

Μελέτες (Studies) / 35

Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα

ΜΑΡΙΑ ΠΕΤΜΕΖΙΔΟΥ, ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ, ΜΑΡΙΑ ΠΕΜΠΕΤΖΟΓΛΟΥ,
ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΚΛΗΣ ΠΟΛΥΖΩΙΔΗΣ



**Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα
στην Ελλάδα**

Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα

Μαρία Πετμεζίδου
Στέφανος Παπαναστασίου
Μαρία Πεμπειζόγλου
Χρίστος Παπαθεοδώρου
Περικλής Πολυζωίδης

- * Κατά τον πρώτο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας συμμετείχε στην Ομάδα Έργου και η Αγγελική Μωυσίδου.

Οκτώβριος 2015

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Εμμανουήλ Μπενάκη 71Α
106 81, Αθήνα
Τηλ. +30 2103327779
Fax +30 2103327770
www.ineobservatory.gr

Οι απόψεις που διατυπώνονται στο παρόν κείμενο
είναι των συγγραφέων και δεν εκφράζουν κατ' ανάγκη
τις θέσεις της ΓΣΕΕ.

Επιμέλεια εξωφύλλου: Βάσω Αβραμοπούλου

Διορθώσεις: Γιώτα Γ. Χρόνη

Φωτογραφία εξωφύλλου: www.shutterstock.com

Ηλεκτρονική σελιδοποίηση: Μάρθα Δελτούζου

Εκτύπωση - Παραγωγή: ΚΑΜΠΥΛΗ ΑΕΒΕ

© ΙΝΕ ΓΣΕΕ

ISBN: 978-960-9571-77-7

Η παρούσα έρευνα χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» 2007-2013.

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Το Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ αποτελεί έναν χώρο έρευνας και δράσης που απευθύνεται στους εργαζομένους, στην ακαδημαϊκή κοινότητα, στους φορείς χάραξης πολιτικής και στο σύνολο των πολιτών. Στόχος του είναι να προσφέρει επιστημονικά τεκμηριωμένες αναλύσεις για μια σειρά κοινωνικών και οικονομικών ζητημάτων που βρίσκονται στο επίκεντρο της τρέχουσας συγκυρίας και που έχουν άμεση σχέση με τα συμφέροντα του κόσμου της εργασίας. Το Παρατηρητήριο είναι σημείο συνάντησης και δημιουργικού διαλόγου πληθώρας ερευνητών, με απώτερο στόχο την ανάδειξη διαστάσεων των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων που έχουν ιδιαίτερη αξία για την οπτική των εργαζομένων και των συνδικάτων. Παράλληλα, η ερευνητική του δραστηριότητα εντάσσεται σε μια ευρύτερη προσπάθεια καταγραφής πολιτικών που δύνανται να συνεισφέρουν με ουσιαστικό τρόπο στην επίλυση των σημαντικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει στην τρέχουσα περίοδο ο κόσμος της εργασίας.

Η δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: α) στην οικονομία και την ανάπτυξη, β) στο κοινωνικό κράτος και το μέλλον της εργασίας και γ) στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σε περιβάλλον δημοκρατίας και ισότητας. Ο πρώτος τομέας αφορά τα αίτια και τις επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, τις σύγχρονες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο δημόσιος τομέας και η δημοσιονομική πολιτική στην Ελλάδα, καθώς και τις αλλαγές που είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν στο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας. Ο δεύτερος τομέας αναφέρεται στην ασκούμενη κοινωνική πολιτική, στα ζητήματα της φτώχειας και των ανισοτήτων, στις εργασιακές σχέσεις και στο θεσμικό πλαίσιο των αγορών εργασίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην ανάλυση της τρέχουσας συγκυρίας και στην αποδόμηση που επιχειρείται σε μια σει-

ρά δικαιωμάτων και κατακτήσεων των εργαζομένων. Τέλος, ο τρίτος τομέας επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων, τις ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις της ανεργίας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τον ρατσισμό που βιώνει σημαντική μερίδα των εργαζομένων και των ανέργων στη χώρα.

Είναι προφανές ότι οι τρεις προαναφερθέντες τομείς έχουν επικαλύψεις μεταξύ τους. Μέσα από τα κείμενά του το Παρατηρητήριο επιδιώκει να αναδείξει αυτές τις επικαλύψεις και να φέρει στην επιφάνεια τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από την πολύπλευρη ανάλυση των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων. Στο πλαίσιο της προσπάθειας που επιχειρείται, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η κατάθεση παρατηρήσεων, προτάσεων αλλά και εναλλακτικών προσεγγίσεων από όσους και όσες επιθυμούν να συνεισφέρουν στην ερευνητική δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου.

Γιάννης Παναγόπουλος

Πρόεδρος ΙΝΕ ΓΣΕΕ

Το παρόν βιβλίο αποτελεί συλλογικό έργο ερευνητικής ομάδας υπό την επιστημονική ευθύνη και επιμέλεια της Μαρίας Πετμεζίδου.

Αναλυτικότερα, η συμβολή στη συγγραφή των κεφαλαίων έχει ως εξής:

Εισαγωγή, Μαρία Πετμεζίδου

Κεφάλαιο 1, Μαρία Πετμεζίδου

Κεφάλαιο 2, Μαρία Πετμεζίδου & Στέφανος Παπαναστασίου

Κεφάλαια 3, Μαρία Πετμεζίδου

Κεφάλαιο 4, Μαρία Πεμπετζόγλου

Κεφάλαιο 5, Μαρία Πεμπετζόγλου

Κεφάλαιο 6, Μαρία Πετμεζίδου

Κεφάλαιο 7, Στέφανος Παπαναστασίου

Κεφάλαιο 8, Χρίστος Παπαθεοδώρου

Κεφάλαιο 9, Περικλής Πολυζωίδης

Κεφάλαιο 10, Μαρία Πετμεζίδου & Στέφανος Παπαναστασίου

Κεφάλαιο 11 (Συμπεράσματα), Μαρία Πετμεζίδου

Περιεχόμενα

Λίστα πινάκων, διαγραμμάτων και χαρτών	13
Ευχαριστίες	19
Εισαγωγή	21
Μέρος Α. Υγειονομική και μακροχρόνια φροντίδα: Τάσεις μεταρρύθμισης, κρίση και ανισότητες	29
1 Συστήματα υγειονομικής και μακροχρόνιας φροντίδας και η δυναμική της κοινωνικής μεταρρύθμισης στον ευρωπαϊκό χώρο	31
1.1 Εισαγωγή	31
1.2 Τάσεις μεταρρύθμισης και ανάδειξη «υβριδικών» μορφών συστημάτων υγείας	34
1.3 Μακροχρόνια φροντίδα	58
1.4 Η Ελλάδα σε συγκριτική προοπτική	68
2 Οικονομική κρίση, λιτότητα και ανισότητες στην υγεία: Πολιτικές επιλογές και προσεγγίσεις στο ζήτημα της ανισότητας	75
2.1 Εισαγωγή	75
2.2 Οικονομική κρίση, δομική προσαρμογή και λιτότητα σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο	76
2.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις για την κοινωνική μεταβολή, την ταξική (απο)διάθρωση και τις ανισότητες υγείας	81
2.4 Η επίδραση της λιτότητας στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και η «μεταρρύθμιση» της υγειονομικής φροντίδας	85
2.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις	89

Μέρος Β. Διαστάσεις της μεταρρύθμισης στην Ελλάδα	91
3 Οι «επιταγές» των Μνημονίων και οι υπό εξέλιξη θεσμικές αλλαγές στην υγεία: Κριτική επισκόπηση	93
3.1 Εισαγωγή	93
3.2 Σύντομη επισκόπηση της πορείας της μεταρρύθμισης	94
3.3 Κριτική αποτίμηση	106
3.4 Αποτύπωση της γεωγραφικής διάρθρωσης των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας κατά τις αρχές του 2014 (πριν από την ίδρυση του ΠΕΔΥ)	117
3.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις	126
4 Πηγές χρηματοδότησης, μηχανισμοί πληρωμών και έλεγχος αγοράς φαρμάκου	127
4.1 Εισαγωγή	127
4.2 Υπολογισμός δαπανών μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας	128
4.3 Πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας	132
4.4 Μηχανισμοί πληρωμών και ελέγχου των δαπανών υγείας	144
4.5 Αγορά φαρμάκου	154
4.6 Συμπεράσματα	177
5 Σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού: Η ευρωπαϊκή εμπειρία και οι επιλογές της μεταρρύθμισης	181
5.1 Εισαγωγή	181
5.2 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	181
5.3 Οιονεί αγορές στον τομέα της υγείας	188
5.4 Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην υγεία	194
6 Κοινωνική (μακροχρόνια) φροντίδα: Αποτύπωση του «υπολειμματικού» αυτού πεδίου άσκησης πολιτικής, ανάγκες και προοπτικές	211
6.1 Εισαγωγή	211
6.2 Χαρακτηριστικά της ΜΦ	211
6.3 Θεσμικές αλλαγές κατά τα τελευταία χρόνια	219
6.4 Τα Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας: Εμπειρική επισκόπηση	221
6.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις	230

Μέρος Γ. Ανισότητες στην υγεία 233

7 Μια εποπτική διαχρονική διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας: Η Ελλάδα σε συγκριτική σκοπιά 235

- 7.1 Εισαγωγή 235
- 7.2 Οικονομία και υγεία: Συσχέτιση - αιτιότητα 236
- 7.3 Εμπειρικές εκτιμήσεις των ανισοτήτων υγείας: Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες 241
- 7.4 Συμπερασματικές παρατηρήσεις 251

8 Η ανισότητα στην υγεία μέσα από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών 253

- 8.1 Εισαγωγή: Μεθοδολογία και δεδομένα 253
- 8.2 Εξέλιξη και κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας 256
- 8.3 Επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων 263

Μέρος Δ. Εθελοντική - Απόψεις των «παρόχων» και των «εξυπηρετούμενων» για τη μεταρρύθμιση 269

9 Κρίση και ενίσχυση της εθελοντικής δράσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας 271

- 9.1 Εισαγωγή 271
- 9.2 Εθελοντισμός στο χώρο της υγείας: Θεωρητική χαρτογράφηση και επισκόπηση της έρευνας 272
- 9.3 Μη κυβερνητικές οργανώσεις στο χώρο της υγείας: Η διεθνής εμπειρία 275
- 9.4 Ο ρόλος του εθελοντισμού στο πλαίσιο του ελληνικού συστήματος υγείας 281
- 9.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις 289

10 Εμπειρική διερεύνηση των απόψεων των «παρόχων» υπηρεσιών υγείας και των «εξυπηρετούμενων» για την υπό εξέλιξη μεταρρύθμιση 295

- 10.1 Εισαγωγή 295
- 10.2 Περιγραφή της διεξαγωγής της έρευνας 296
- 10.3 Οι απόψεις των «παρόχων» υγείας 299
- 10.4 Οι απόψεις των «εξυπηρετούμενων» στην περιοχή της Θράκης 332

11	Συμπεράσματα	343
11.1	Σύνοψη των βασικών θεμάτων και ευρημάτων	344
11.2	Σύντομη αναφορά σε προτάσεις	351
	Βιβλιογραφία	355
	Παράρτημα I	389
	Παράρτημα II	437
	Παράρτημα III	487
	Παράρτημα IV	495
	Παράρτημα V	531

Λίστα πινάκων, διαγραμμάτων και χαρτών

Λίστα πινάκων

Πίνακας 1.1:	Ποσοστιαία διάρθρωση δαπάνης υγείας (χώρες με συστήματα ΕΣΥ, χώρες με συστήματα ΚΑΥ και ΙΑΥ, 2000-2013)	39
Πίνακας 1.2:	Συστάδες χωρών με βάση τα χαρακτηριστικά της ΜΦ	65
Πίνακας 1.3:	Η εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες (2007 και 2013)	73
Πίνακας 3.1:	Αυτο-αναφερόμενη κατάσταση υγείας - Αυτο-αντίληψη περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες	110
Πίνακας 3.2:	Ειδικότητες ιατρικού προσωπικού ανά νομό, 2014	119
Πίνακας 3.3:	Σύνολο γιατρών ΕΟΠΥΥ (γιατροί απασχολούμενοι στις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ και ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ), 2014	120
Πίνακας 3.4:	Πυκνότητα γιατρών και νοσηλευτών ανά 10.000 κατοίκους, 2014	122
Πίνακας 4.1:	Ανώτατα όρια δαπανών των Υπουργείων Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, 2012-14, σε εκατ. ευρώ	138
Πίνακας 4.2:	Η χρηματοδότηση των ΤΚΑ από τον Τακτικό Προϋπολογισμό, 2012-14, σε εκατ. ευρώ	139
Πίνακας 4.3:	Πίνακας ορισμών τιμών φαρμάκου	166
Πίνακας 4.4:	Ποσοστά κέρδους στην αγορά φαρμάκου	167
Πίνακας 5.1:	Εγκεκριμένα έργα μέσω ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας	206
Πίνακας 6.1:	Ανθρώπινο δυναμικό των Κέντρων Κοινωνικής Φροντίδας (2010-13)	213
Πίνακας 6.2:	Στατιστικά δεδομένα για τους άτυπους φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα για τα έτη 2004 και 2006	215
Πίνακας 6.3:	Επαγγελματική ειδικότητα απασχολούμενων στα ΚΚΦ	222
Πίνακας 6.4:	Επίπεδο εκπαίδευσης απασχολούμενων στα ΚΚΦ	223
Πίνακας 6.5:	Επαγγελματική ειδικότητα και επίπεδο εκπαίδευσης	224

Πίνακας 6.6:	Διάρθρωση απασχόλησης σε κάθε περιφέρεια με βάση το φύλο	225
Πίνακας 6.7:	Απασχόληση ανά κατηγορία παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας	225
Πίνακας 6.8:	Περιφέρεια και φύλο εξυπηρετούμενων ανά κέντρο κοινωνικής φροντίδας	227
Πίνακας 6.9:	Αναλογία απασχολούμενων ανά 10 εξυπηρετούμενους ανά περιφέρεια	228
Πίνακας 6.10:	Περιφέρεια και ηλικιακές ομάδες εξυπηρετούμενων ανά κέντρο κοινωνικής φροντίδας	229
Πίνακας 7.1:	Η σχέση ανάμεσα στην οικονομική κρίση και την υγεία των ατόμων (Ελλάδα, 2006-2008 & 2009-2011)	240
Πίνακας 7.2:	Κοινωνικο-επαγγελματική ομαδοποίηση βάσει ISCO-88	243
Πίνακας 7.3:	Αυτο-εκτιμώμενη υγεία και κοινωνικο-επαγγελματική διάρθρωση (2007, 2011)	246
Πίνακας 7.4:	Ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση και κοινωνικο-επαγγελματική διάρθρωση (2007, 2011)	248
Πίνακα 8.1:	Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2013, με βάση τους δείκτες Gini, Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L), Theil, Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας και Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$ και $A_{(\epsilon=2)}$	267
Πίνακας 8.2:	Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2013 (η γραμμή φτώχειας στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης του ατόμου)	268
Πίνακας 10.1:	Χαρακτηριστικά του δείγματος - Φύλο, ηλικία και συμμετοχή σε διοικητικά συμβούλια συνδικαλιστικών / επιστημονικών οργανώσεων	297
Πίνακας 10.2:	Χαρακτηριστικά του δείγματος - Δημόσιος/ιδιωτικός τομέας υγειονομικής φροντίδας	298
Πίνακας 10.3:	Φύλο	333
Πίνακας 10.4:	Ηλικία	333
Πίνακας 10.5:	Ασφαλιστική κάλυψη	333
Πίνακας 10.6:	Επαγγελματική ιδιότητα	334
Πίνακας 10.7:	Επίπεδο εκπαίδευσης	334
Πίνακας 10.8:	Έλλειψη γιατρών στα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ ή στο νοσοκομείο	335
Πίνακας 10.9:	Πού απευθύνεστε για την αντιμετώπιση προβλήματος υγείας;	335
Πίνακας 10.10:	Συχνότητα επίσκεψης σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας για εξέταση ή και συνταγογράφηση	335
Πίνακας 10.11:	Επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο κατά τον τελευταίο χρόνο	336
Πίνακας 10.12:	Φύλο και επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο κατά τον τελευταίο χρόνο	336

Πίνακας 10.13:	Η συμμετοχή ανά συνταγή και το ένα ευρώ αποτελούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση	337
Πίνακας 10.14:	Πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων	337
Πίνακας 10.15:	Επίσκεψη σε ιδιωτικό διαγνωστικό για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων τον τελευταίο χρόνο	338
Πίνακας 10.16:	Η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων ιδιωτικά αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση;	338
Πίνακας 10.17:	Το εισιτήριο των 5 ευρώ που χρειάζεται να πληρώσετε για να επισκεφθείτε τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου αποτελεί οικονομική επιβάρυνση που σας δυσκολεύει;	339
Πίνακας 10.18:	Αναβολή επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό λόγω οικονομικής αδυναμίας κάλυψης του κόστους	339
Πίνακας 10.19:	Αδυναμία επίσκεψης σε ιδιώτη τον τελευταίο καιρό	340
Πίνακας 10.20:	Διακοπή λήψης φαρμακευτικής αγωγής/θεραπείας γιατί η οικονομική επιβάρυνση ξεπερνά τις οικονομικές δυνατότητές σας	340
Πίνακας 10.21:	Περικοπές εξόδων για την κάλυψη κόστους ιατρικής φροντίδας για τον ίδιο ή την οικογένεια	341

Λίστα διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1:	Τυπολογία συστημάτων ΜΦ στην Ευρώπη	64
Διάγραμμα 1.2:	Συστάδες χωρών με βάση τη δημόσια/ιδιωτική δαπάνη, την άτυπη φροντίδα και το βαθμό υποστήριξης στους άτυπους φροντιστές	68
Διάγραμμα 1.3:	Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ ΗΠΑ, σταθερές τιμές 2005)	69
Διάγραμμα 1.4:	Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ ΗΠΑ, σταθερές τιμές 2005)	70
Διάγραμμα 4.1:	Δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό της συνολικής δημόσιας δαπάνης στην Ελλάδα και στην ΕΕ-25 (μετά το 2004), 2000-2012	131
Διάγραμμα 4.2:	Τρέχουσες δαπάνες υγείας ανά λειτουργία στην ΕΕ-23, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)	132
Διάγραμμα 4.3:	Σύνθεση της δαπάνης υγείας στην ΕΕ-28, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)	135
Διάγραμμα 4.4:	Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τους κύριους φορείς χρηματοδότησης, 2009-2013 (σε εκατ. ευρώ, τρέχουσες τιμές)	136

Διάγραμμα 4.5: Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)	156
Διάγραμμα 4.6: Η δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)	157
Διάγραμμα 4.7: Μέση ετήσια μεταβολή της πραγματικής κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2000-2009 και 2009-2012	158
Διάγραμμα 4.8: Η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (με τιμή χονδρικής έως 200 ευρώ) στην Ελλάδα, 2010-2012 (σε %)	169
Διάγραμμα 4.9: Η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (με τιμή χονδρικής έως 200 ευρώ) στην Ελλάδα και στην ΕΕ-23, 2012 (σε %)	169
Διάγραμμα 4.10: Ο μέσος όρος των ποσοστών συμμετοχής των ασφαλισμένων για φάρμακα που βρίσκονται στη θετική λίστα, διάφορες ευρωπαϊκές χώρες	173
Διάγραμμα 5.1: Μεταβολή των ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket) ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας, 2007-2012 (ή πλησιέστερο έτος)	182
Διάγραμμα 5.2: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)	183
Διάγραμμα 5.3: Ποσοστό ασθενών με πλήρη, μερική ή καθόλου κάλυψη νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από ιδιωτική ασφάλεια	186
Διάγραμμα 5.4: Κατά κεφαλήν ασφαλιστήρα υγείας, 2014 (τρέχουσες τιμές)	187
Διάγραμμα 5.5: Ποσοστό ασφαλιστήρων υγείας στο ΑΕΠ, 2011-12	187
Διάγραμμα 6.1: Ποσοστό των γυναικών μεταξύ όλων των άτυπων φροντιστών ηλικίας άνω των 50 ετών σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, γύρω στο 2007	216
Διάγραμμα 6.2: Ώρες παροχής φροντίδας από άτυπους φροντιστές σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, γύρω στο 2007	217
Διάγραμμα 7.1: ΑΕΠ και δαπάνες υγείας (2007-2013, μέσες τιμές)	237
Διάγραμμα 7.2: Δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ, 2007-2013, μέσες τιμές)	237
Διάγραμμα 7.3: Δημόσιες δαπάνες υγείας και ιδιωτικές πληρωμές υγείας (% συνολικών δαπανών υγείας, 2007-2013, μέσες τιμές)	238
Διάγραμμα 7.4: Ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα που αναφέρει κακή ή πολύ κακή υγεία στο πρώτο (χαμηλό), το τρίτο (μεσαίο) και το πέμπτο (υψηλό) εισοδηματικό πεμπτημόριο για τα έτη 2007 και 2011	242
Διάγραμμα 7.5: Ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα που αναφέρει ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση εξαιτίας οικονομικού κόστους στο πρώτο (χαμηλό), το τρίτο (μεσαίο) και το πέμπτο (υψηλό) εισοδηματικό πεμπτημόριο για τα έτη 2007 και 2011	245

Διάγραμμα 8.1:	Μέση ετήσια ατομική ισοδύναμη ιδιωτική δαπάνη για υγεία, Ελλάδα, 2008-2013, σε τρέχουσες τιμές και σε σταθερές τιμές 2009	257
Διάγραμμα 8.2:	Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008 και 2013 (ευρώ, σταθερές τιμές 2009)	259
Διάγραμμα 8.3:	Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2013	261
Διάγραμμα 8.4:	Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2013	265
Διάγραμμα 8.5:	Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2013	266

Λίστα χαρτών

Χάρτης 3.1:	Ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ανά 1.000 κατοίκους γενικού πληθυσμού, σε κάθε νομό, 2013	123
Χάρτης 3.2:	Πυκνότητα γιατρών που αποτελούν την «πύλη εισόδου» ανά 1.000 κατοίκους, σε κάθε νομό, 2014	124
Χάρτης 3.3:	Πυκνότητα γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων ανά 1.000 κατοίκους 65 ετών και άνω, σε κάθε νομό, 2014	125

Ευχαριστίες

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής, για τη συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων συνέβαλαν πολλοί και με ποικίλους τρόπους. Ιδιαίτέρως θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε:

- Τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ και τους διοικητικά υπεύθυνους των πρώην μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ.
- Τους διοικητές και υποδιοικητές των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας σε όλες τις περιφέρειες της χώρας, καθώς και τους κοινωνικούς λειτουργούς στις Μονάδες αυτές που μας βοήθησαν να συγκεντρώσουμε τις απαραίτητες πληροφορίες.
- Την υποψήφια διδάκτορα του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης & Πολιτικής Επιστήμης Σαββίνα Μουρατίδου, η οποία ευγενώς προσφερθείσα βοήθησε στη συγκέντρωση των στοιχείων από τα πρώην πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ καθώς και στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από ένα δείγμα εξυπηρετούμενων σε αυτά (και στα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας – ΚΕ.Π.Α.) της Θράκης. Επίσης, την Αγγελική Μωυσίδου, η οποία, αν και για προσωπικούς λόγους έπαψε να συμμετέχει στην Ομάδα Έργου κατά τον δεύτερο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, με προθυμία συνέβαλε στη συγκέντρωση στοιχείων από τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας κατά τα μέσα του 2014.
- Τους γιατρούς, φαρμακοποιούς και νοσηλευτές οι οποίοι αποδέχθηκαν να πάρουν μέρος στις συνεντεύξεις και να αναπτύξουν τις απόψεις τους για τα προβλήματα και τις προοπτικές της μεταρρύθμισης. Επίσης, τους εξυπηρετούμενους στις δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας και τα ΚΕ.Π.Α. της Θράκης που δέχθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια σχετικά με την κάλυψη των αναγκών τους για ιατρική περίθαλψη.
- Τη δρ. Όλγα Σίσκου, η οποία με προθυμία μας παρείχε χρήσιμες πληροφορίες

σχετικά με την εφαρμογή του συστήματος Εθνικών Λογαριασμών για την Υγεία 2003-2011.

- Τέλος, θερμές ευχαριστίες απευθύνουμε στους υπεύθυνους εκδόσεων του Παρατηρητηρίου Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του ΙΝΕ ΓΣΕΕ για την ιδιαίτερη φροντίδα με την οποία διεκπεραίωσαν τη γλωσσική και τεχνική επιμέλεια της έκδοσης.

Εισαγωγή

Η μεταρρύθμιση των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας βρίσκεται στο επίκεντρο του κοινωνικού και πολιτικού διαλόγου στις χώρες της Ευρώπης εδώ και αρκετές δεκαετίες. Παράγοντες όπως η ταχεία αύξηση των υγειονομικών δαπανών σε συνάρτηση με τη γήρανση του πληθυσμού, τις αλλαγές στο προφίλ της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία και τις κλινικές πρακτικές καθιστούν τον τομέα της υγείας κομβικό πεδίο παρέμβασης και αναδιάταξης της δομής και λειτουργίας του κοινωνικού κράτους. Παράλληλα οι κοινωνικές και δημογραφικές αλλαγές αυξάνουν επιτακτικά την ανάγκη για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες αποτελούν πεδίο επικάλυψης ανάμεσα στην ιατρική περίθαλψη και την κοινωνική πρόνοια.¹

Οι πιέσεις μεταρρύθμισης εντάθηκαν κατά την τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία ενίσχυσε σε πολλές χώρες πολιτικές επιλογές όπως δραστηκή μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία (και την κοινωνική φροντίδα) και ενίσχυση της ιδιωτικής περίθαλψης, περιορισμό των παρεχόμενων (δημόσιων) υπηρεσιών και επιδομάτων, και ευρείας εμβέλειας αλλαγές στη φαρμακευτική πολιτική και στις σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση και παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Οι επιλογές αυτές προβάλλουν το επιχείρημα της ύπαρξης αντισταθμίματος (trade-off) ανάμεσα στην (οικονομική) αποτελεσματικότητα, από τη μια μεριά, και άλλες βασικές αρχές του κοινωνικού κράτους, όπως είναι η κοινωνική δικαιοσύνη, η ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες, η ισότητα ως προς

1. Στις χώρες με καθολικά συστήματα υγείας (τύπου Beveridge), η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί σημαντικό πυλώνα κοινωνικής πολιτικής. Αντίθετα, στις χώρες όπου επικρατεί το βισμαρκικό μοντέλο (ασφάλισης υγείας), η μακροχρόνια φροντίδα εντάχθηκε με σχετική καθυστέρηση στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Μεγαλύτερη υστέρηση παρουσιάζουν οι χώρες της νότιας Ευρώπης, και μεταξύ αυτών η Ελλάδα εμφανίζει έντονες αδυναμίες ως προς την αντιμετώπιση των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας.

την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας (και μακροχρόνιας φροντίδας) και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, από την άλλη. Με βάση το επιχειρήμα αυτό, οι μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση της οικονομικής αποτελεσματικότητας αποβαίνουν εις βάρος των παραπάνω βασικών αρχών. Η αποδυνάμωση των αρχών αυτών υποδηλώνει τις αρνητικές επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων στην ανισότητα και τη φτώχεια (με ταχεία επιδείνωση των επιπτώσεων κατά την περίοδο της υφιστάμενης παγκόσμιας κρίσης, καθώς μειώνονται, ταυτόχρονα, τόσο η ανταποκρισιμότητα του δημόσιου τομέα στις αυξανόμενες ανάγκες, όσο και η ικανότητα των νοικοκυριών να προβούν σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας).

Ο τομέας της υγειονομικής φροντίδας βρίσκεται στο προσκήνιο του προγράμματος δομικής προσαρμογής που εφαρμόστηκε στο πλαίσιο του πρώτου και δεύτερου Μνημονίου. Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης συναρτάται με έναν αριθμό παραγόντων: (α) Με καιρίες «ενδογενείς» στρεβλώσεις και αδυναμίες (“system-specific deficits”) του Εθνικού Συστήματος Υγείας (στο θέμα αυτό υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία).² (β) Με κοινές τάσεις που επηρεάζουν όλα τα εθνικά συστήματα υγείας (όπως η δημογραφική γήρανση, οι τεχνολογικές εξελίξεις στην υγεία κ.λπ.) και απαιτούν πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης υγείας. Και (γ) με τις ιδιαίτερες επιταγές του προγράμματος «διάσωσης» (και τις ιδεολογικο-πολιτικές επιλογές που το χαρακτηρίζουν).³

Υπό το πρίσμα αυτό, κεντρικός στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση και κριτι-

2. Βλέπε ενδεικτικά Davaki and Mossialos (2005, 2006), Petmesidou and Guillén (2006), Petmesidou (2012, 2013a, 2014a, 2014b), Petmesidou et al. (2014). Ακόμη και σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης, η Ελλάδα υστερεί ως προς την πλήρη εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος υγείας, και αυτό προβάλλεται στη συγκριτικά υψηλή ιδιωτική δαπάνη μέχρι την έναρξη της κρίσης (40% της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2008, η οποία ανερχόταν σε 9,8% του ΑΕΠ· η ιδιωτική δαπάνη μειώθηκε στο 33,5% της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2013 (στοιχεία από τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ, βλ. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT). Εξαιρετικά χαμηλή παραμένει η δαπάνη για τη μακροχρόνια φροντίδα (ο πλησιέστερος διαθέσιμος δείκτης αφορά τη δημόσια δαπάνη για τη φροντίδα των ηλικιωμένων κατά το έτος 2008 – 0,09% του ΑΕΠ [0,41% ο μέσος όρος για την ΕΕ-27], βλ. Petmesidou, 2014b: 24).

3. Για μια εποπτική θεώρηση των επιπτώσεων της κρίσης στην πολιτική υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο, από τη σκοπιά των παραγόντων που θέτει στο επίκεντρο της ανάλυσης η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας βλ. Mladovsky et al. (2012), καθώς και το σύνολο των άρθρων στο τεύχος του περιοδικού *Eurohealth*, 18 (1) του 2012.

κή αποτίμηση των δράσεων και πολιτικών υγείας (και μακροχρόνιας φροντίδας) στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης καθώς και οι επιπτώσεις στις εκβάσεις υγείας (health outcomes) και κατ' επέκταση στην κοινωνικο-οικονομική ανισότητα (και τη φτώχεια).

Το βιβλίο αυτό αποτελείται από τέσσερα μέρη και έντεκα κεφάλαια. Το Μέρος Α περιλαμβάνει δύο κεφάλαια τα οποία διερευνούν μέσα από μια συγκριτική σκοπιά τις τάσεις εξέλιξης των συστημάτων υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας στις χώρες της Ευρώπης καθώς και τις επιλογές πολιτικής που διαμορφώνονται υπό τις συνθήκες της οικονομικής κρίσης. Ειδικότερα, το πρώτο Κεφάλαιο εξετάζει βασικές παραμέτρους των μεταρρυθμίσεων που χαρακτηρίζουν τους διαφορετικούς τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (με έμφαση στη χρηματοδότηση, την παροχή και τη ρύθμιση). Διερευνώνται επίσης τα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας σε συνάρτηση με την υγειονομική περίθαλψη. Αναπτύσσεται έτσι ένα πλαίσιο σύγκρισης της Ελλάδας με τις άλλες χώρες της Ευρώπης και κυρίως με τις τρεις χώρες της νότιας Ευρώπης. Παρουσιάζονται συνοπτικά: το προφίλ του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, οι τάσεις εξέλιξης των δαπανών υγείας πριν και μετά το ξέσπασμα της κρίσης, και τα χαρακτηριστικά της μακροχρόνιας φροντίδας η οποία μέχρι σήμερα αποτελεί ένα υπολειμματικό πεδίο κοινωνικής πολιτικής. Η ανάλυση αναδεικνύει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η υγειονομική (και μακροχρόνια) φροντίδα υπό τις συνθήκες οικονομικής κρίσης και παρατεταμένης λιτότητας.

Το δεύτερο Κεφάλαιο εξετάζει, μέσα από μια συγκριτική σκοπιά, τις επιπτώσεις της κρίσης και της κοινωνικής και ταξικής (ανα)διάθρθωσης στις ανισότητες υγείας. Διερευνώνται οι αρνητικές επιπτώσεις στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (π.χ. απασχόληση, εισόδημα), οι οποίες καταλήγουν να υπονομεύουν το στάτους υγείας των ατόμων και τη δυνατότητα χρήσης της υγειονομικής φροντίδας. Εξετάζονται επίσης οι βασικές συνιστώσες της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγειονομικής (και μακροχρόνιας) φροντίδας, με έμφαση σε επιλογές πολιτικής που υιοθετήθηκαν στις διάφορες χώρες, οι οποίες υποστηρίζουν τη νεοφιλελεύθερη τάση αποδυνάμωσης των δημόσιων συστημάτων υγειονομικής (και μακροχρόνιας) φροντίδας.

Το Μέρος Β αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια τα οποία εξετάζουν διεξοδικά τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο, στη χρηματοδότηση (με ιδιαίτερη έμφαση στις σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού στο χώρο της υγείας), και στην οργάνωση της παρο-

χής υπηρεσιών υγειονομικής και μακροχρόνιας φροντίδας. Ειδικότερα, το τρίτο Κεφάλαιο εξετάζει την πορεία των μεταρρυθμίσεων στην υγεία κατά τα τελευταία χρόνια υπό τις επιταγές του προγράμματος διάσωσης. Γίνεται κριτική αποτίμηση των αλλαγών με κριτήρια τις αρχές της ίσης πρόσβασης, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της βιωσιμότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, παρουσιάζονται και αναλύονται τα δεδομένα που συγκεντρώσαμε, στο πλαίσιο εμπειρικής έρευνας, από τις δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (και από τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ) σχετικά με τη γεωγραφική διάρθρωση (σε επίπεδο νομού) της δημόσια παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το τέταρτο Κεφάλαιο εστιάζεται στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, στους μηχανισμούς πληρωμών και στον έλεγχο της αγοράς φαρμάκου. Υπό το πρίσμα των αλλαγών που θεσπίστηκαν κατά τα χρόνια της χρηματοπιστωτικής κρίσης εξετάζονται τα παρακάτω ζητήματα: η σύνθεση και η εξέλιξη των δαπανών υγείας μέσα από το σύστημα λογαριασμών υγείας· οι πηγές χρηματοδότησης (κρατικός προϋπολογισμός, φορείς κοινωνικής ασφάλισης, ιδιωτικές [επίσημες και άτυπες] πληρωμές)· οι μηχανισμοί πληρωμών και ελέγχου των δαπανών υγείας· οι τάσεις εξέλιξης και οι μηχανισμοί ελέγχου της αγοράς φαρμάκου.

Με βάση την ανάλυση αυτή, το πέμπτο Κεφάλαιο προχωρεί σε μια συγκριτική διερεύνηση των θεσμικών εργαλείων με τα οποία επιδιώκεται η αναδιάταξη των σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού στο πεδίο της υγειονομικής φροντίδας. Εξετάζεται η ανακατανομή αρμοδιοτήτων, η μεταφορά όλο και μεγαλύτερου μέρους του κόστους της δαπάνης στους «καταναλωτές» υπηρεσιών υγείας (είτε μέσα από την αύξηση του μεριδίου της ιδιωτικής ασφάλισης, είτε μέσα από την αύξηση των άμεσων πληρωμών), και η ανάδυση μηχανισμών με τους οποίους ενισχύεται η ιδιωτική αγορά στο χώρο της υγείας και ανακατανέμονται πόροι προς όφελος των ιδιωτικών παρόχων (υπηρεσιών και υποδομών).

Το έκτο Κεφάλαιο επικεντρώνεται στη μακροχρόνια φροντίδα. Παρά τις αυξανόμενες ανάγκες λόγω της δημογραφικής γήρανσης, η μακροχρόνια φροντίδα δεν έχει αποτελέσει πεδίο συστηματικής άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα μέχρι σήμερα. Με βάση στοιχεία από διάφορες πηγές, το κεφάλαιο αυτό αποτυπώνει τα χαρακτηριστικά των υφιστάμενων υπηρεσιών και προγραμμάτων, τα οποία ωστόσο καλύπτουν περιορισμένο μέρος των αναγκών. Εξετάζονται οι υπηρεσίες κλειστής και ανοικτής φροντίδας, η τυπική και άτυπη φροντίδα, η χρηματοδότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα κριτήρια πρόσβασης,

τα χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών κ.λπ. Επίσης, παρουσιάζονται και αναλύονται στοιχεία σχετικά με τη γεωγραφική διάταξη των Κέντρων Κοινωνικής Φροντίδας (ανά περιφέρεια). Εξετάζονται τα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στα Κέντρα αυτά (φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική κατηγορία), το είδος της παρεχόμενης φροντίδας και τα χαρακτηριστικά των ωφελούμενων.

Το Μέρος Γ αποτελείται από δύο κεφάλαια τα οποία επικεντρώνονται στις ανισότητες στην υγεία. Ειδικότερα, το έβδομο Κεφάλαιο εξετάζει τις ανισότητες στην υγεία με βάση τα μικροδεδομένα της EU-SILC. Το κύριο ερευνητικό ερώτημα που διατρέχει το Κεφάλαιο αυτό είναι αν η οικονομική κρίση έχει οξύνει τις ανισότητες υγείας. Διερευνώνται ενδεχόμενες συσχετίσεις (ή/και αιτιώδεις σχέσεις) μεταξύ κρίσιμων οικονομικών και υγειονομικών δεικτών και δεδομένων. Χρησιμοποιούνται μέθοδοι απλής συσχέτισης μεταξύ των χωρών που έχουμε επιλέξει να μελετήσουμε (κυρίως χώρες που θεωρούνται «κύριοι» εκπρόσωποι των «τριών καθεστώτων κοινωνικού κράτους» όπως αυτά διατυπώνονται στο έργο του Esping-Andersen [2014]), καθώς και πιο ειδικές οικονομετρικές αναλύσεις για την εμπειρική εκτίμηση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των εξεταζόμενων χωρών. Η διερεύνηση αυτή μας προσφέρει ένα συγκριτικό πλαίσιο για την ερμηνεία των επιπτώσεων της κρίσης στις ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα.

Στο όγδοο Κεφάλαιο αξιοποιούνται τα μικροδεδομένα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) της ΕΛΣΤΑΤ (περίοδος 2008-2013) για τη μελέτη των τάσεων εξέλιξης των ιδιωτικών δαπανών υγείας και την επίδραση που αυτές έχουν στην ανισότητα και στον κίνδυνο φτώχειας. Επίσης, υπό το πρίσμα των ευρύτερων επιπτώσεων που έχουν η κρίση και η λιτότητα στη συνολική κατανάλωση και τα καταναλωτικά πρότυπα των ατόμων, εξετάζονται οι επιδράσεις της κρίσης και της λιτότητας στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας μεταξύ των διαφορετικών κλιμακίων (δεκατημορίων) καταναλωτικής δαπάνης και διερευνώνται οι αλλαγές στη σύνθεση των δαπανών αυτών.

Το Μέρος Δ αποτελείται από δύο κεφάλαια που εξετάζουν την εθελοντική δράση στο πεδίο της υγειονομικής φροντίδας, και τις απόψεις των «παρόχων» και των «εξυπηρετούμενων» για τη μεταρρύθμιση και τα προβλήματα στο χώρο της υγείας. Ειδικότερα, το ένατο Κεφάλαιο συνοψίζει τον επιστημονικό διάλογο για τον εθελοντισμό και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις στο πεδίο της υγείας. Με βάση την εποπτική παρουσίαση βασικών παραμέτρων του εθελοντισμού

και του ρόλου των ΜΚΟ στην παροχή υπηρεσιών υγείας, εξετάζεται στη συνέχεια η συνεισφορά των ΜΚΟ στο πεδίο αυτό στην Ελλάδα. Η ανάλυση περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα παροχής υπηρεσιών καθώς και διαφορετικούς τομείς της υγειονομικής φροντίδας (υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, φαρμακευτική περίθαλψη κ.λπ.), τόσο από τις ΜΚΟ με σταθερές δομές όσο και στο πλαίσιο ad hoc δράσεων που αναδείχθηκαν υπό τις συνθήκες της παρατεταμένης κρίσης.

Τέλος, το δέκατο Κεφάλαιο αναφέρεται στην εμπειρική (ποιοτική) έρευνα που διεξήγαμε σε δύο φάσεις (Μάρτιος-Μάιος 2013 και Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2014). Η έρευνα αυτή στηρίζεται σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήσαμε, κατά τα παραπάνω χρονικά διαστήματα, με υγειονομικό προσωπικό του ΕΣΥ, του ΕΟΠΥΥ, ιδιώτες-γιατρούς, φαρμακοποιούς και νοσηλευτικό προσωπικό του ΕΣΥ σε πόλεις της Βόρειας Ελλάδας και στην Αθήνα. Στόχος της έρευνας αυτής ήταν να αποτυπώσει τις απόψεις/αντιλήψεις των «παρόχων» υπηρεσιών σχετικά με την υπό εξέλιξη μεταρρύθμιση, τις επιλογές μέτρων πολιτικής που πρέπει να ιδωθούν ως προτεραιότητες για την αντιμετώπιση των παθογενειών του συστήματος, καθώς και τις επιπτώσεις της κρίσης και των μέτρων λιτότητας στην υγεία, και ειδικότερα, στις ανισότητες στην υγεία. Η ανάλυση του περιεχομένου των απαντήσεων διαρθρώνεται σε επτά ενότητες που περιλαμβάνουν ζητήματα όπως η εποπτική θεώρηση των επιπτώσεων της κρίσης από τους ερωτώμενους, οι απόψεις τους για την ανισότητα στην υγεία (με ιδιαίτερη έμφαση στο πρόβλημα των ανασφάλιστων), οι απόψεις τους για τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ καθώς επίσης και για την αγορά φαρμάκου και τα μέτρα περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης. Επιπλέον, η τελευταία ενότητα του κεφαλαίου περιλαμβάνει σύντομη παρουσίαση των αποτελεσμάτων μιας μικρής κλίμακας έρευνας που πραγματοποιήσαμε με ερωτηματολόγια σε εξυπηρετούμενους από τα πρώην πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ και από τα Κέντρα Πιστοποίησης της Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α) στην Αλεξανδρούπολη, την Κομοτηνή και την Ξάνθη, τον Ιούνιο και Ιούλιο 2014. Περίπου το 43% των ατόμων που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ήταν άνω των 60 ετών. Οι απαντήσεις προβάλλουν έντονα τα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα τις διογκούμενες μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική φροντίδα, ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων τρίτης ηλικίας στις περιοχές της Θράκης.

Τα Συμπεράσματα συνοψίζουν τα βασικά θέματα και επιχειρήματα που αναπτύσσονται στα παραπάνω κεφάλαια. Η έμφαση επικεντρώνεται στις γενικό-

τερες τάσεις μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο. Η προϊούσα τάση συρρίκνωσης του δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε μέσα από θεσμικές αλλαγές που προδήλως αναδιατάσσουν τις σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού, είτε μέσα από μια «τακτική εκτροπής» (policy drift) κατά την οποία σταθερά υποβαθμίζονται οι παρεχόμενες από τον δημόσιο τομέα υπηρεσίες (βλ. στο θέμα αυτό Πετμεζίδου, 2014), σε πολλές χώρες της Ευρώπης, διαγράφουν μια προοπτική αποδυνάμωσης του κοινωνικού κράτους. Αν και κατά πόσο αυτές οι επιλογές πολιτικής, οι οποίες προσανατολίζουν και την πορεία της μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, αποτελούν μια μη αναστρέψιμη πορεία στον ευρωπαϊκό χώρο αποτελεί ανοικτό ερώτημα. Στην τελευταία ενότητα των Συμπερασμάτων παραθέτουμε ορισμένες προτάσεις κυρίως σε σχέση με την υπό εξέλιξη μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δεδομένου ότι ο εξορθολογισμός αναφορικά με τη σύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος.

Μέρος Α

**Υγειονομική
και μακροχρόνια φροντίδα:
Τάσεις μεταρρύθμισης, κρίση
και ανισότητες**

1. Συστήματα υγειονομικής και μακροχρόνιας φροντίδας και η δυναμική της κοινωνικής μεταρρύθμισης στον ευρωπαϊκό χώρο

1.1 Εισαγωγή

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ομαδοποιούνται σε τρεις τύπους: (α) Εθνικά Συστήματα Υγείας (ΕΣΥ) με καθολικές παροχές με βάση την ιδιότητα του πολίτη. Τα συστήματα αυτά ονομάζονται τύπου «Beveridge» και εδραιώθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις σκανδιναβικές χώρες κατά τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, και κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970 – αρχές της δεκαετίας του 1980 εισήχθησαν και στις τέσσερις χώρες της νότιας Ευρώπης.⁴ (β) Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (ΚΑΥ) ή αλλιώς συστήματα τύπου «Bismarck», τα οποία αναπτύχθηκαν κυρίως στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Βέλγιο και Ολλανδία), και (γ) συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας (ΙΑΥ), με χαρακτηριστικό παράδειγμα τις ΗΠΑ (Freeman, 2000· Wendt, 2009· Rothgang et al., 2008· Schmidt et al., 2010).

Ιδιαίτερα στη βορειο-δυτική Ευρώπη, η πετρελαϊκή κρίση της δεκαετίας του 1970 και η ιδεολογικο-πολιτική στροφή προς το νεοφιλελευθερισμό (που ανα-

4. Ωστόσο, ο βαθμός ανάπτυξής τους στις χώρες της νότιας Ευρώπης ποικίλλει μεταξύ των τεσσάρων χωρών (με την Πορτογαλία και την Ελλάδα να υστερούν σε σύγκριση με την Ιταλία και την Ισπανία ως προς την καθολική εφαρμογή του συστήματος και την ολοκληρωμένη υπαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύστημα· επιπλέον, το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης στο σύνολο της δαπάνης υγείας παρέμεινε υψηλό στις δύο πρώτες χώρες).

δείχθηκε κυρίως στον αγγλοσαξονικό χώρο) με την άνοδο στην εξουσία της Thatcher και του Reagan σηματοδοτούν το τέλος μιας περιόδου ταχείας διεύρυνσης του κοινωνικού κράτους και κατ' επέκταση και των υγειονομικών συστημάτων. Από αυτήν την καθοριστική οικονομική αναταραχή και μετά παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές σε ό,τι αφορά το ρόλο του κράτους και στα τρία παραπάνω συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι αλλαγές αυτές εντείνονται από τη δεκαετία του 1990, αναδεικνύουν τάσεις σύγκλισης μεταξύ των τριών συστημάτων και συνοψίζονται σε αλλαγές ως προς τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, τη διάρθρωση της παροχής υπηρεσιών, και τους μηχανισμούς ρύθμισης των συστημάτων. Στο πλαίσιο της δεσποζουσας νεοφιλελεύθερης οπτικής, η ανάγκη εξεύρεσης αποτελεσματικότερων τρόπων οργάνωσης των συστημάτων υγείας οδήγησε σε έναν οικονομικό ντετερμινισμό, ο οποίος αποτυπώνεται στο επίγραμμα περί αντισταθμίματος μεταξύ αποτελεσματικότητας και ισότητας (βλ. Εισαγωγή παραπάνω) και απαιτεί την ιδιωτικοποίηση των κοινωνικών κινδύνων, την εισαγωγή αγοραίου ανταγωνισμού στο χώρο της υγείας, και την υποχώρηση του κράτους σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Giaino and Manow, 1999· Hacker, 2004a· Powell, 2007, 2008· Marmor et al., 2009).

Όπως αναφέραμε παραπάνω, κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι χώρες της νότιας Ευρώπης πραγματοποίησαν μια σημαντική στροφή στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης από ένα «βιςμαρκερικού τύπου» σύστημα, σε ένα εθνικό, καθολικό σύστημα περίθαλψης. Ωστόσο, η μετάβαση από ένα σύστημα πολλών «ταμείων» κοινωνικής ασφάλισης υγείας, προς ένα εθνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από διαφορετικό ρυθμό και παρουσιάζει διαφορετικό εύρος κάλυψης, μεταξύ των τεσσάρων χωρών (Petmesidou et al., 2014).

Ειδικότερα, στην Ελλάδα, η μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας δεν οδήγησε σε ένα πλήρως αναπτυγμένο ΕΣΥ. Διατηρήθηκε ένα μεικτό (και κατακερματισμένο) σύστημα, χρηματοδοτούμενο εν μέρει από τη φορολογία και εν μέρει από τις εισφορές των ασφαλισμένων σε μια πληθώρα κοινωνικο-επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων, το οποίο αναπαρήγαγε σημαντικές ανισότητες ως προς την κάλυψη των αναγκών. Ταυτόχρονα αυξήθηκαν ραγδαία οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (με τη μορφή άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς). Παράλληλα με τις διογκούμενες εγγενείς ανεπάρκειες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η τρέχουσα κρίση επιδείνωσε ραγδαία τη δημοσιονομική του βιωσιμότητα.

Δεδομένης της βαρύτητας των δαπανών υγείας στον κρατικό προϋπολογισμό, ο περιορισμός τους κόστους του συστήματος υγείας και σημαντικές μεταρρυθμίσεις που αναδιατάσσουν τις σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού ως προς τη χρηματοδότηση, την παροχή και τη ρύθμιση του συστήματος αποτελούν κατευθυντήριες επιλογές της μεταρρύθμισης που βρίσκεται σε εξέλιξη κατά τα τελευταία χρόνια (Petmesidou and Guillén, 2015).

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρούμε μια εποπτική παρουσίαση των τάσεων μεταρρύθμισης στην υγεία στον ευρωπαϊκό χώρο κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ως πλαίσιο αναφοράς για την πορεία της μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι μια σειρά από πολιτικές επιλογές στο πεδίο της υγείας (π.χ. ενίσχυση των αγοραίων μηχανισμών με παράλληλη αύξηση του κεντρικού κρατικού ελέγχου, ιδιωτικοποίηση κ.λπ.) οι οποίες ασκούν εντεινόμενη επίδραση κατά τα τελευταία χρόνια, υπό τις συνθήκες της κρίσης, ήταν ήδη εμφανείς από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 που σηματοδοτεί το τέλος της «χρυσής εποχής» του κοινωνικού κράτους. Στον ένα ή άλλο βαθμό, οι επιλογές αυτές επηρεάζουν τις μεταρρυθμίσεις από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα σε όλες σχεδόν τις χώρες της βορειο-δυτικής Ευρώπης, με αποτέλεσμα μια τάση σύγκλισης μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, και όπως αναφέρουμε στην ανάλυσή μας, την ανάδειξη «υβριδικών» μορφωμάτων.

Η ενότητα 1.2 εστιάζεται στις τάσεις μεταρρύθμισης που παρατηρούνται σε κάθε ένα από τους τρεις τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ως προς τις τρεις κεντρικές διαστάσεις που αναφέρουμε παραπάνω (τη χρηματοδότηση, την παροχή και τη ρύθμιση). Σε συνάρτηση με τους διαφορετικούς τύπους συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, η ενότητα 1.3 παρουσιάζει και σχολιάζει τα διαφορετικά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας (ΜΦ) και τις τάσεις εξέλιξής τους στον ευρωπαϊκό χώρο. Τέλος, η ενότητα 1.4 επικεντρώνεται στις χώρες της νότιας Ευρώπης και παρουσιάζει συνοπτικά το προφίλ του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης, καθώς και τις τάσεις εξέλιξης των δαπανών υγείας πριν και μετά το ξέσπασμα της κρίσης. Γίνεται επίσης σύντομη αναφορά στη μακροχρόνια φροντίδα. Η ανάλυση ολοκληρώνεται με συμπερασματικές παρατηρήσεις σχετικά με τις πιέσεις και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η υγειονομική (και μακροχρόνια) φροντίδα υπό τις συνθήκες της οικονομικής κρίσης και παρατεταμένης λιτότητας.

1.2 Τάσεις μεταρρύθμισης και ανάδειξη «υβριδικών» μορφών συστημάτων υγείας

Στις χώρες της Ευρώπης τα προγράμματα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης (όπως και τα δημόσια συνταξιοδοτικά συστήματα) ως επί το πλείστον απολαμβάνουν ευρείας υποστήριξης από ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Η ιστορική πορεία διαμόρφωσης των συστημάτων αυτών και ο ρόλος των κατεστημένων συμφερόντων γύρω από αυτά επηρεάζουν σημαντικά τις επιλογές μεταρρύθμισης (βλ. μεταξύ άλλων Steinmo and Watts, 1996· Clark, 2000· Geyman, 2004· Toth 2013). Για παράδειγμα, οι Freeman and Moran (2000) δείχνουν ότι η πυκνότητα των γιατρών επηρεάζει το επίπεδο των δαπανών για την υγεία καθώς και τις δυνατότητες μεταρρύθμισης με στόχο τη συγκράτηση του κόστους. Παρομοίως, τα «κατεστημένα συμφέροντα» σημαντικών «εμπλεκόμενων φορέων» στο πεδίο της υγείας (όπως η φαρμακοβιομηχανία, οι παραγωγοί ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού κ.ά.) συχνά συγκρούονται με τις δημοσιονομικές επιταγές περιορισμού του κόστους.

Στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (ΚΑΥ) κυριαρχούν η αλληλεγγύη και η αναλογιστική αρχή. Οι ασφαλισμένοι αποκτούν την ιδιότητα του μέλους ασφαλιστικού ταμείου με βάση την απασχόλησή τους και καταβάλλουν (οι ίδιοι και οι εργοδότες τους) τακτική εισφορά σε αυτό, ως ποσοστό του εισοδήματός τους, χωρίς αυτό να αντανακλά την κατάσταση της υγείας του ασφαλιζόμενου (και των εξαρτημένων από αυτόν μελών) ή τον πιθανό κίνδυνο. Ο τύπος αυτός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από ποικιλία εκδοχών, όπως είναι η καθολική ασφάλιση, δηλαδή μία ενιαία δημόσια ασφάλιση που καλύπτει όλους τους πολίτες (όπως για παράδειγμα στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης), ή ένα σύστημα πολλών και διαφορετικών επαγγελματικών ταμείων που μπορεί να συνοδεύεται και από επιπλέον ιδιωτική ασφάλιση υγείας για τα οικονομικώς ευπορότερα κοινωνικά στρώματα (όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, στη Γερμανία) (Saltman et al., 2004· Schmidt et al., 2010).

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και το ιατρικό σώμα διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης. Το κράτος θέτει απλώς ένα κανονιστικό πλαίσιο για την οργάνωση και λειτουργία των ασφαλίσεων, ενώ οι υπηρεσίες παρέχονται από ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, και ιδιώτες γιατρούς. Τα συστήματα ΚΑΥ διακρίνονται για τη δυνατότητα επιλογής που παρέχουν στους ασθενείς, και ο βαθμός ικανοποίησης των εξυπηρετούμε-

νων από το σύστημα είναι γενικά υψηλός. Από την άλλη μεριά, τα τυπικά προβλήματα των συστημάτων ΚΑΥ αφορούν στην αδυναμία τους να συγκρατήσουν το κόστος και να αντιμετωπίσουν τις πιέσεις στο μη μισθολογικό κόστος της εργασίας από την αύξηση των εισφορών. Επιπλέον, θεωρείται ότι στο πλαίσιο του συστήματος αυτού κανένας από τους δύο κεντρικούς παράγοντες –τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και το ιατρικό σώμα– δεν έχει ως πρωτεύον κίνητρο τη συγκράτηση των δαπανών.

Στις χώρες με εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ), το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη δεν προέρχεται από τις εισφορές, αλλά από την ιδιότητα του πολίτη. Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα δημόσιο αγαθό και ως εκ τούτου χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία. Η παροχή υπηρεσιών διέπεται από κεντρικό σχεδιασμό και την ευθύνη για τη λειτουργία του συστήματος φέρουν η κεντρική κυβέρνηση ή οι περιφέρειες (και οι δήμοι). Ως επί το πλείστον, τα νοσοκομεία αποτελούν κρατικούς φορείς (δευτεροβάθμιας υγειονομικής φροντίδας). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από δημόσια (τοπικά) κέντρα υγείας αλλά και από ιδιωτικά ιατρεία, αν και η αναλογία ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ποικίλλει μεταξύ των χωρών με εθνικό σύστημα υγείας. Σε αντίθεση με τα συστήματα ΚΑΥ, στα συστήματα τύπου ΕΣΥ ο κεντρικός σχεδιασμός επιτρέπει τον έλεγχο του προϋπολογισμού και διευκολύνει τη συγκράτηση του κόστους. Ο «σφιχτός προγραμματισμός» όμως έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή προσφορά και τις λίστες αναμονής. Επιπλέον, τα εθνικά συστήματα υγείας έχουν επικριθεί για τον γραφειοκρατικό χαρακτήρα τους και την περιορισμένη ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες διαφορετικών ομάδων εξυπηρετούμενων. Ωστόσο, από τη σκοπιά της θεσμικής συγκρότησής τους που διέπεται από κεντρική διαχείριση, θεωρείται ότι τα συστήματα τύπου ΕΣΥ είναι πιο εύκολο να εισάγουν μεταρρυθμίσεις, σε αντίθεση με τα συστήματα ΚΑΥ στον οποίων τη διαχείριση ισχυρή θέση κατέχουν οι ομάδες κοινωνικο-επαγγελματικών συμφερόντων (van der Zee and Kroneman, 2007· Wendt, 2009· Schmidt et al., 2010).

Η έκρηξη του κόστους στον τομέα της υγείας, σε σχέση με τις ιατροτεχνολογικές εξελίξεις και την προϊούσα δημογραφική γήρανση, έχουν αναγνωριστεί ως πρόβλημα εδώ και αρκετές δεκαετίες. Ωστόσο, εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις άρχισαν να πραγματοποιούνται από τη δεκαετία του 1990 και μετά, ιδιαίτερα υπό την επίδραση του νεοφιλελευθερισμού. Με την πτώση των κομμουνιστικών καθεστώτων στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη στα τέλη της δεκαετίας του

1990, ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια και μηχανισμοί αγοράς τείνουν να διεισδύουν περαιτέρω στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό ενισχύεται επίσης με την ολοκλήρωση του σχεδίου της ενιαίας αγοράς στην Ευρωπαϊκή Ένωση (με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, το 1991) και τη διευρυνόμενη εφαρμογή του σχεδίου αυτού κατά τις δεκαετίες που ακολούθησαν.

Η προσέγγιση του Pierson (1993, 1996, 2000) προσφέρει γόνιμο έδαφος για τη μελέτη της πολιτικής δυναμικής της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας. Όπως χαρακτηριστικά τονίζει ο Pierson, η διεύρυνση του κοινωνικού κράτους έχει μεταβάλει σημαντικά την πολιτική δυναμική γύρω από την άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Έτσι, ενώ η ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους κατά τη «χρυσή τριακονταετία» 1945-1975 χαρακτηρίζεται από μια πολιτική τακτική «credit-claiming» (πίστωσης οφέλους) για τις κυβερνήσεις, η περίοδος συγκράτησης/αναχαίτισης των παροχών χαρακτηρίζεται από μια τακτική «blame-avoidance» (αποφυγής των κυβερνητικών ευθυνών, βλ. επίσης Πετμεζίδου, 2014). Σε μεγάλο βαθμό, η στροφή αυτή εξηγείται από τη διαμόρφωση ισχυρών συμφερόντων γύρω από δύο κεντρικής σημασίας κοινωνικά προγράμματα –την κοινωνική ασφάλιση και την υγειονομική φροντίδα– και την ανάδειξη φορέων-ομάδων άσκησης βέτο, με αποτέλεσμα το υψηλό πολιτικό κόστος που μπορεί να επιφέρει η περιστολή των προγραμμάτων αυτών.

Ωστόσο, το επιχείρημα «περί αποφυγής των κυβερνητικών ευθυνών» δεν αποκλείει την εφαρμογή περικοπών στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Εξάλλου, όπως δείχνει ο Pierson (βλ. Πετμεζίδου, 2014: 14-20), οι κυβερνητικοί φορείς μπορούν να ακολουθήσουν διαφορετικές στρατηγικές «αποφυγής ευθυνών», οι οποίες συνίστανται: (α) στη «συσκότιση» (“obfuscation”), δηλαδή την απόκρυψη των βασικών στόχων της μεταρρύθμισης με τη χειραγώγηση της κοινής γνώμης (με όχημα την πολιτική ρητορεία και τη διαστρέβλωση των στόχων από τα media)· (β) στην παροχή αντισταθμιστικών ωφελημάτων (“compensation”) προς ορισμένες κοινωνικές ομάδες· και (γ) σε χειρισμούς του τύπου «διαίρει και βασιλεύε» (division).

Μια άλλη διάσταση σχετικά με τη μεταρρύθμιση κεντρικών τομέων του κοινωνικού κράτους είναι αυτή που αφορά στον «εξευρωπαϊσμό» (Europeanization). Συχνά στο επίκεντρο των μελετών για τις επιπτώσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) στο κράτος πρόνοιας βρίσκεται το ζήτημα της διάχυσης των ιδεών και της αμοιβαίας εκμάθησης πολιτικής μεταξύ των χωρών-μελών μέσα από έναν ειδικό

μηχανισμό που προωθεί η ΕΕ – την Ανοικτή Μέθοδο Συντονισμού (ΑΜΣ). Καίριας σημασίας, ωστόσο, είναι επίσης οι κανονισμοί της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς και οι επιπτώσεις τους για το κράτος πρόνοιας. Αν και η ευθύνη για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής ανήκει στα κράτη-μέλη της ΕΕ, εξαιτίας της οικονομικής βαρύτητάς τους τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υπόκεινται, ως προς την οικονομική διάστασή τους, στις αρμοδιότητες της ΕΕ σχετικά με τη λειτουργία της ενιαίας αγοράς. Έτσι, οι τέσσερις «θεμελιώδεις ελευθερίες» – των αγαθών, των κεφαλαίων, των προσώπων και των υπηρεσιών– ισχύουν και για την αγορά της υγειονομικής φροντίδας. Και, συνεπώς, ο «εξευρωπαϊσμός» ως όχημα μεταρρύθμισης στο τομέα της υγείας συνδέει την «ευέλικτη» διάχυση επιλογών πολιτικής μέσω της ΑΜΣ με το αναγκαστικό δίκαιο που διέπει τη λειτουργία της εσωτερικής αγοράς (βλ. Martinsen and Vrangbaek, 2007· Hervey, 2008· Mossialos et al., 2010).

Όπως αναφέρουμε παραπάνω, ως κύριοι εκπρόσωποι των δύο παραπάνω συστημάτων υγειονομικής φροντίδας θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (για τα συστήματα τύπου ΚΑΥ) και οι σκανδιναβικές χώρες (για τα συστήματα τύπου ΕΣΥ).⁵ Ως τρίτο τύπο, θα πρέπει να προσθέσουμε και τα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης (όπου η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να είναι υποχρεωτική ή μη υποχρεωτική). Να τονίσουμε ωστόσο ότι εκτός από τη διάκριση ανάμεσα σε εθνικά συστήματα, συστήματα κοινωνικής υγειονομικής ασφάλισης και συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης μπορούμε επίσης να συγκρίνουμε τη μεταρρυθμιστική πορεία με βάση την έκταση (και το βάθος) της μεταρρύθμισης (π.χ. χώρες που παρουσιάζουν «ριζική μεταρρύθμιση» έναντι χωρών που αντιμετωπίζουν μια «κατάσταση αδιεξόδου», βλ. Wilsford, 1994· van Kersbergen and Vis, 2014). Ιδιαίτερα αναφορικά με τις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης, ο Esping-Andersen (1996: 24) χρησιμοποίησε το χαρακτηρισμό «κατάσταση πα-

5. Εδώ θα πρέπει να προσθέσουμε και το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας που εισήχθη από τον Beveridge και ως εκ τούτου θα μπορούσε να θεωρηθεί ως το «πρότυπο» του τύπου αυτού. Όμως εξαιτίας της πολιτικής δραστικών περικοπών που εφάρμοσε η Thatcher, και διατήρησαν αργότερα και οι Εργατικοί όταν διαδέχθηκαν τους Συντηρητικούς στην εξουσία το 1997, το βρετανικό ΕΣΥ έχει υποστεί σημαντική συρρίκνωση και πολλές αλλοιώσεις. Για μια συμπληρωματική σύντομη επισκόπηση των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας στη βορειο-δυτική και νότια Ευρώπη, με έμφαση κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα, βλ. Παράρτημα Ι (ενότητα Ι-Β).

γωμένου τοπίου» για να αποδώσει την αδράνεια των βισμαρκικού τύπου κρατών πρόνοιας απέναντι σε προκλήσεις και προβλήματα που απαιτούν μεταρρυθμίσεις. Μια δεκαετία αργότερα οι Palier and Martin (2008) προβάλλουν την ανάγκη μεταρρύθμισης στις χώρες αυτές από τη μια μεριά και τον υψηλό βαθμό «ακινήσιας» των υφιστάμενων δομών από την άλλη. Εξάιρεση αποτελεί η Ολλανδία, όπου παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές τόσο στη χρηματοδότηση όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας με την καθιέρωση του «ελεγχόμενου ανταγωνισμού» (regulated competition) το 2006 (βλ. Gress et al., 2007· Schut et al., 2013). Σε σύγκριση με τις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης, η Βρετανία και εν μέρει και η Σουηδία υπήρξαν πρωτοπόρες ως προς την εισαγωγή στοιχείων της αγοράς σε ένα δημόσιο σύστημα (Klein, 2005· Powell, 2008· Øvretveit, 2003· Anell, 2011).

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε πολύ σύντομα τις τάσεις μεταρρύθμισης που χαρακτηρίζουν τα διαφορετικά συστήματα υγειονομικής φροντίδας με ιδιαίτερη έμφαση σε τρία χαρακτηριστικά: τις αλλαγές στη χρηματοδότηση (και κυρίως την αναδιάταξη των σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού), τις μεταβολές στην παροχή υπηρεσιών καθώς και στη ρύθμιση/διακυβέρνηση της ευημερίας. Οι αλλαγές αυτές ενισχύονται παραπέρα κατά την τελευταία δεκαετία, επιτείνονται δε υπό την πίεση της «Μεγάλης Ύφεσης» που ακολούθησε τη χρηματοπιστωτική κρίση του 2008.

1.2.1 Χρηματοδότηση, παροχή και ρύθμιση: Ο μεταβαλλόμενος ρόλος του κράτους στην υγειονομική φροντίδα

Όπως αναφέραμε παραπάνω, η πορεία σύγκλισης μεταξύ των τριών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (αν και με διαφορετικό ρυθμό και ένταση σε κάθε χώρα) είναι ήδη εμφανής από τη δεκαετία του 1990 και μετά. Ο Πίνακας 1.1 παρουσιάζει τη διάρθρωση της δαπάνης υγείας (δημόσια-ιδιωτική) σε χώρες που εκπροσωπούν διαφορετικά συστήματα υγείας. Η ιδιωτική δαπάνη καλύπτει περίπου το ένα τέταρτο της συνολικής δαπάνης στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (ΚΑΥ) και παρουσιάζει αυξητική τάση κατά τη δεκαετία του 2000. Οι χώρες με εθνικά συστήματα υγείας διατηρούν σχετικά υψηλά επίπεδα δημόσιας δαπάνης, η οποία ωστόσο βαίνει μειούμενη (βλ. Σουηδία). Οι χώρες της νότιας Ευρώπης παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα ιδιωτικής δαπάνης σε σύγκριση με τις παραπάνω δύο ομάδες χωρών. Να σημειώσουμε, ακόμη, ότι οι χώρες που εντάχθηκαν σε «πρόγραμμα διάσωσης» παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικής δαπάνης μεταξύ των εξεταζόμενων ευρωπαϊκών χωρών.

Πίνακας 1.1: Ποσοστιαία διάρθρωση δαπάνης υγείας (χώρες με συστήματα ΕΣΥ, χώρες με συστήματα ΚΑΥ και ΙΑΥ, 2000-2013)

		2000		2007		2013		
		Δημόσια δαπάνη	Ιδιωτική δαπάνη*	Δημόσια δαπάνη	Ιδιωτική δαπάνη*	Δημόσια δαπάνη	Ιδιωτική δαπάνη*	
ΕΣΥ (με διαφορετικό βαθμό εφαρμογής καθολικού συστήματος)	ΚΑΥ	Γερμανία	79	21	75	25	76	24
		Γαλλία	79	21	78	22	79	21
		Αυστρία	76	24	76	24	76	24
		Βέλγιο	75	25	75	25	78	22
		Ιρλανδία	75	25	76	24	68**	32**
	ΕΣΥ	Ηνωμένο Βασίλειο	85	15	86	14	83	17
		Δανία	83	17	84	16	84	16
		Σουηδία	86	14	81	19	81	19
	ΕΣΥ (με διαφορετικό βαθμό εφαρμογής καθολικού συστήματος)	Ιταλία	73	27	77	23	77	23
		Ισπανία	72	28	72	28	72**	28**
		Πορτογαλία	71	29	69	31	62	38
		Ελλάδα	62	38	62	38	67	33
		ΙΑΥ	ΗΠΑ	44	56	46	54	48

Πηγή: OECD health statistics, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# (πρόσβαση 14/8/2015)

Σημείωση: Με πλάγια γραφή σημειώνονται οι χώρες που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα διάσωσης. * Η ιδιωτική δαπάνη περιλαμβάνει τις άμεσες πληρωμές (out-of-pocket payments) και την ιδιωτική ασφάλιση. **Τα πιο πρόσφατα στοιχεία για την Ιρλανδία και την Ισπανία αφορούν το έτος 2012.

Αναμφισβήτητα, το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης εμφανίζεται στις ΗΠΑ, που εκπροσωπούν το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (ΙΑΥ). Ωστόσο, είναι εμφανής μια τάση αύξησης του μεριδίου της δημόσιας δαπάνης κατά τη δεκαετία του 2000. Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη διάρθρωση της παροχής δυστυχώς δεν μας επιτρέπουν μια λεπτομερή σύγκριση μεταξύ των παραπάνω χωρών. Οι μελέτες ωστόσο που έχουν γίνει σε χώρες με εθνικά συστήματα υγείας (κυρίως στη χώρα που κατεξοχήν αντιπροσωπεύει το καθολικό μοντέλο, τη Σουηδία) παρουσιάζουν μια έντονη τάση ενίσχυσης της ιδιωτικής παροχής (αν και η

χρηματοδότηση, σε μεγάλο μέρος, εξακολουθεί να γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό): Για παράδειγμα, στη Σουηδία περίπου το 50% της πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχεται από ιδιώτες (Anell, 2011). Επίσης, από την πλευρά των «κομητειακών συμβουλίων» που διαχειρίζονται τον δημόσιο προϋπολογισμό για την υγεία, η αγορά υπηρεσιών από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς παρόχους αυξήθηκε μεταξύ 2007 και 2012 κατά 56% και, κατά το τέλος αυτής της περιόδου, σχεδόν το ένα τέταρτο των κέντρων υγείας που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία είχε ιδιωτικοποιηθεί (Dahlgren, 2014).

Όπως θα δούμε παρακάτω, αναφορικά με τους μηχανισμούς ρύθμισης, τα τρία συστήματα υγειονομικής περίθαλψης –ΕΣΥ, ΚΑΥ και ΙΑΥ– έχουν υιοθετήσει «καινοτόμα» στοιχεία, κάποια από τα οποία αποκλίνουν από τα γνωρίσματα που αμιγώς χαρακτηρίζουν κάθε σύστημα. Η σύγκλιση ως προς τη διάρθρωση της δαπάνης υγείας (και τη διάρθρωση της παροχής) αλλά και ως προς «καινοτόμα» στοιχεία ρύθμισης οδηγεί σε «υβριδικά» συστήματα φροντίδας υγείας. Αυτό το χαρακτηριστικό μπορεί να ιδωθεί ως μια «ήπια» μορφή σύγκλισης, καθώς η αναδυόμενη μεξή ρυθμιστικών εργαλείων (κρατικού ελέγχου και αγοραίας λογικής) συνεπάγεται αυξανόμενες ομοιότητες μεταξύ των συστημάτων (βλ. Rothgang et al., 2005, 2006· Cacace et al., 2008· Schmidt et al., 2010).

Από μια δομική σκοπιά, οι παρατηρούμενες τάσεις μπορεί να ερμηνευθούν ως ιδιαίτερη ανταπόκριση των διαφορετικών τύπων υγειονομικής περίθαλψης στις αυξανόμενες πιέσεις μετά το τέλος της μεταπολεμικής συναίνεσης για την επέκταση του κράτους πρόνοιας, δηλαδή από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και μετά (βλ., για παράδειγμα, Freeman, 2000· Marmor et al., 2005). Κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από διαφορετικά πλεονεκτήματα και αδυναμίες. Επιπλέον, διαφέρουν οι μηχανισμοί προσαρμογής του κάθε συστήματος στις πιέσεις που ασκούνται σε αυτά από ένα σύνολο χρηματοδοτικών, δημογραφικών, τεχνολογικών και άλλων παραγόντων. Η δομική αυτή διάσταση είναι καθοριστική για να εξηγήσουμε τις τάσεις μεταρρύθμισης και σύγκλισης. Παράλληλα, όμως, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη και άλλους μηχανισμούς που ενεργοποιούν διαδικασίες μεταρρύθμισης, όπως η διάχυση ιδεών ή η απλή μίμηση πολιτικών πρωτοπόρων χωρών, η μεταφορά και εκμάθηση πολιτικής (π.χ. στο πλαίσιο της ΑΜΣ, και άλλων διεθνικών fora), οι διακρατικές προσπάθειες ανάπτυξης λύσεων και η επιβολή κανονιστικών μηχανισμών ρύθμισης του ανταγωνισμού (π.χ. στο πλαίσιο της ενιαίας αγοράς της ΕΕ) (βλ. μεταξύ άλλων Stone,

2007· Béliand, 2009· Hervey, 2008· Mossialos et al., 2010). Ακόμη, οι μεταρρυθμίσεις μπορεί να επιβάλλονται από εξαναγκαστικούς μηχανισμούς των υπερεθνικών οργανισμών (ΔΝΤ, Παγκόσμια Τράπεζα κ.ά.), κυρίως στις αναπτυσσόμενες (και σπανιότερα στις αναπτυγμένες) χώρες. Το φαινόμενο αυτό ωστόσο εντείνεται, κατά τα τελευταία χρόνια, στο πλαίσιο των δημοσιονομικής κρίσης και των προγραμμάτων διάσωσης των χωρών της Ευρωζώνης.

Οι μεταρρυθμίσεις στην υγειονομική περίθαλψη, με κύριο μοχλό την ενίσχυση της «αγοράς», αναπροσαρμόζουν την ισορροπία ανάμεσα στην «ελευθερία» και την «αλληλεγγύη». Οι μεταρρυθμίσεις στοχεύουν, από τη μια μεριά, στην ενίσχυση της ελευθερίας επιλογής από τους εξυπηρετούμενους, και από την άλλη στην περιστολή του κόστους και την αύξηση της αποτελεσματικότητας. Υπό το πρίσμα αυτό, η αγοραία λογική του νεοφιλελεύθερου μοντέλου (π.χ. του συστήματος ΙΑΥ των ΗΠΑ)⁶ έχει επηρεάσει τις μεταρρυθμίσεις στην Ευρώπη, παρά το γεγονός ότι το αμερικανικό μοντέλο είναι πολύ δαπανηρό (και ως εκ τούτου λιγότερο αποδοτικό) και συγχρόνως κοινωνικά άδικο.

Οι υφιστάμενες μελέτες (Rothgang et al., 2006· Schmidt et al., 2010) εντοπίζουν πολλές ομοιότητες στις μεταρρυθμίσεις που οδηγούν στη σύγκλιση των συστημάτων. Υποστηρίζεται δε ότι κάθε τύπος υγειονομικής περίθαλψης δημιουργεί ιδιαίτερες ανεπάρκειες, οι οποίες, ωστόσο, δεν μπορούν να επιλυθούν με βάση, αμιγώς, την αναδιάρθρωση των υφιστάμενων χαρακτηριστικών κάθε συστήματος. Απαιτούνται νέα στοιχεία («καινοτομίες» που δεν συνδέονται άμεσα με το υφιστάμενο σύστημα), με αποτέλεσμα την εμφάνιση «υβριδικών» μορφών υγειονομικής φροντίδας που υποδηλώνουν μία τάση σύγκλισης μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων.

Μετά από μια σύντομη περιγραφή των ειδικών προβλημάτων/ανεπαρκειών κάθε συστήματος, θα εξετάσουμε τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Οι επιλογές πολιτικών μεταρρύθμισης περιλαμβάνουν κυρίως νέα, «καινοτόμα» στοιχεία που διευρύνουν το φάσμα των μέτρων ρύθμισης των συστημάτων. Μεταξύ άλλων, το μέτρο των «ομοειδών διαγνωστικών ομάδων» (Diagnostic Related groups – DRGs) αποτελεί κεντρικό ερ-

6. Βλέπε για παράδειγμα την έννοια της «διαχείρισης του ανταγωνισμού» για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ που ανέπτυξε ο Enthoven (1993), όπου οι ασφαλιστικές εταιρείες ανταγωνίζονται για να προσελκύσουν ασφαλιζόμενους, και στη συνέχεια συνάπτουν συμβάσεις με τους παρόχους.

γαλείο που αντικατοπτρίζει τις νέες ιδέες για τη ρύθμιση της λειτουργίας των φορέων υγειονομικής περίθαλψης (Kimberley et al., 2008· Goldfield, 2010). Πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει το μέτρο αυτό (ή παρόμοια συστήματα ταξινόμησης ασθενειών και μέτρησης του νοσολογικού φάσματος), ιδίως στη δευτεροβάθμια (νοσοκομειακή) περίθαλψη, ως εργαλείο ρύθμισης των σχέσεων μεταξύ των «παρόχων υπηρεσιών υγείας» και των οργάνων χρηματοδότησης του συστήματος.

Όπως αναφέρουμε παρακάτω, τα DRGs εισάγονται ως ανταπόκριση στα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει κάθε σύστημα υγειονομικής φροντίδας. Συγχρόνως, όμως, η διακρατική διάδοση/μεταφορά και εκμάθηση πολιτικής προώθησαν παραπέρα την εφαρμογή τους. Υπό το πρίσμα αυτό, η εξέταση της εισαγωγής του μέτρου των ομοειδών διαγνωστικών και θεραπευτικών ομάδων σε μεγάλο αριθμό χωρών παρέχει μια προνομιακή προοπτική για τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο δομικοί παράγοντες και διαδικασίες διάχυσης ιδεών και μέτρων πολιτικής επηρεάζουν τους μηχανισμούς μετασχηματισμού των συστημάτων υγείας.

Οι αλλαγές που παρατηρούνται στα συστήματα υγείας επικεντρώνονται γύρω από το ρόλο του κράτους. Η σύγκλιση αφορά στη χρηματοδότηση, σε κοινές τάσεις στην παροχή υπηρεσιών και στην ανάδειξη υβριδικών συστημάτων ρύθμισης. Οι τάσεις αυτές συνοψίζονται στους εξής μετασχηματισμούς: (α) Τον περιορισμό των διαφορών μεταξύ των συστημάτων ως προς την κρατική χρηματοδότηση. (β) Την υποχώρηση του κράτους ως άμεσου παρόχου υπηρεσιών υγείας (παράλληλα με τη στροφή από τη νοσοκομειακή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπου παραδοσιακά οι ιδιώτες πάροχοι παίζουν σημαντικότερο ρόλο).⁷ Και (γ) αναδιατάξεις στη ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ των τριών κύριων φορέων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης – το κράτος, τα ταμεία υγείας

7. Σε αντίθεση με τη νοσοκομειακή φροντίδα όπου κυριαρχεί η δημόσια παροχή. Όπως τονίζουν οι Rothgang et al. (2008), η στροφή από την ενδονοσοκομειακή στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα είναι αποτέλεσμα πιέσεων για αποτελεσματικότερη διαχείριση των συστημάτων υγείας, παράλληλα με την ανάγκη για παροχή φροντίδας σε όσο το δυνατόν καταλληλότερο πλαίσιο για τον «ασθενή». Παράλληλα, η ιατρική πρόοδος ενισχύει τις δυνατότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η τάση αυτή χαρακτηρίζεται ως «έμμεση» ιδιωτικοποίηση από τους παραπάνω συγγραφείς. Προσθέτουν δε και τη «ρητή» ιδιωτικοποίηση, δεδομένου ότι το κράτος περιορίζει τις υποδομές του ακόμη και στη

ή τις ενώσεις παρόχων υπηρεσιών υγείας, και τους ιδιώτες γιατρούς που συμμετέχουν στην «αγορά» στο χώρο της υγείας. Οι υφιστάμενες μελέτες διακρίνουν τρεις βασικούς τρόπους συντονισμού (ή «ιδεατούς» τρόπους ρύθμισης) μεταξύ των παραπάνω φορέων: (α) την άσκηση του ιεραρχικού ελέγχου από το κράτος, ή με άλλα λόγια, την κρατική ιεραρχία, (β) τη συλλογική διαπραγματεύση, όπου τα συμβαλλόμενα μέρη αλληλεπιδρούν, με ίσους όρους, με στόχο την ανάπτυξη συλλογικών συμφωνιών, και (γ) τη συνθήκη του ανταγωνισμού, που υποδηλώνει αντιπαλότητα μεταξύ ατόμων ή ομάδων και ως εκ τούτου πιο επιλεκτικές και ασταθείς σχέσεις (Rothgang, 2009).

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι κρατικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εισάγουν στοιχεία αγοράς για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, αν και αυτό, ωστόσο, συνοδεύεται από τον αυξανόμενο ρόλο του κράτους στη ρύθμιση των παρόχων των υπηρεσιών (Hacker, 2004a, 2004b· Rothgang et al., 2008). Από την άλλη μεριά, η συντεχνιακή αυτορρύθμιση που χαρακτηρίζει τα βισμαρκικού τύπου συστήματα ολοένα και συμπιέζεται από τον αυξανόμενο ρόλο του κράτους και της αγοράς. Για παράδειγμα, στη Γερμανία, η εισαγωγή του ανταγωνισμού μεταξύ των ταμείων υγείας το 1996, αποτέλεσε το έναυσμα για επακόλουθες μεταρρυθμίσεις που έχουν αλλάξει ριζικά τους τρόπους χρηματοδότησης και ρύθμισης του συστήματος (Toth, 2010). Συνοπτικά, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τείνουν να ομοιάζουν μεταξύ τους καθώς υιοθετούν εργαλεία και δομές το ένα από το άλλο, καθώς και κοινά ρυθμιστικά μέσα (όπως π.χ. τα DRGs) τα οποία, ωστόσο, προσαρμόζονται αναλόγως, σε κάθε συγκεκριμένο σύστημα, ώστε να «ανταποκρίνονται» στα ιδιαίτερα προβλήματα του κάθε συστήματος. Αναμφισβήτητα, στο πλαίσιο αυτό σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ιδεολογικο-πολιτικοί παράγοντες.

(α) Εθνικά Συστήματα Υγείας

Τα συστήματα τύπου ΕΣΥ παρέχουν καθολική κάλυψη στον πληθυσμό με βάση την ιδιότητα του πολίτη (citizenship). Οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται μέσω των φόρων. Στην ιδανική περίπτωση, ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών υγείας παρέχεται δωρεάν, συνήθως από δημόσιους φορείς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας (κρατικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας). Επιπλέον, οι σχέ-

δευτεροβάθμια φροντίδα, πουλώντας τα δημόσια νοσοκομεία σε κερδοσκοπικές εταιρείες με στόχο την ενίσχυση της κερδοφόρας αγοράς στο χώρο της υγείας (σελ. 137).

σεις μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης, των παρόχων υπηρεσιών υγείας, και των (εν δυνάμει) δικαιούχων / ασθενών ρυθμίζονται κυρίως μέσα από την κρατική διοικητική ιεραρχία. Όπως αναφέρουμε παραπάνω, οι σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Δανία, Φινλανδία, Νορβηγία και Ισλανδία) εκπροσωπούν το σύστημα αυτό. Επίσης, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία⁸ εντάσσονται στην κατηγορία αυτή, αν και στις χώρες αυτές η αγοραία λογική έχει αλλοιώσει σημαντικά τη λειτουργία του ΕΣΥ. Στη νότια Ευρώπη, η Ιταλία και η Ισπανία έχουν αναπτύξει εθνικά συστήματα υγείας με αποκεντρωμένη διάρθρωση, ενώ η Πορτογαλία και (κυρίως) η Ελλάδα διατήρησαν για μεγάλο διάστημα ένα μεικτό σύστημα. Συνεπώς υφίσταται σημαντικός βαθμός ετερογένειας μεταξύ των χωρών που συγκαταλέγονται στην ομάδα που ανέπτυξε εθνικό σύστημα υγείας. Επιπλέον, στον ένα ή άλλο βαθμό, όλες οι παραπάνω χώρες αποκλίνουν από τον ιδανικό τύπο ενός καθολικού, δημόσιου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς η εν μέρει παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας τείνει να διευρύνεται (Rothgang et al., 2008· Magnussen et al., 2009· Fafo, 2014).

Τα συστήματα τύπου ΕΣΥ λειτουργούν στο πλαίσιο ενός «κλειστού προϋπολογισμού», και από την άποψη αυτή είναι περισσότερο αποτελεσματικά (σε σύγκριση με τα συστήματα τύπου ΚΑΥ) ως προς τη συγκράτηση του κόστους. Ωστόσο, αυτό οξύνει τις δυσλειτουργίες των συστημάτων (όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής για ορισμένες ειδικότητες και θεραπείες, ο μειούμενος βαθμός ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων, οι ανεπαρκείς επενδύσεις σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης κ.λπ.) (βλ. μεταξύ άλλων Freeman, 2000· Keen et al., 2001). Οι συνθήκες αυτές οδηγούν ένα σημαντικό μέρος των οικονομικά ευπορότερων κοινωνικών στρωμάτων στην «έξοδο» από το σύστημα, και τη στροφή στην ιδιωτική ασφάλιση, με αποτέλεσμα τη μειούμενη υποστήριξη του ΕΣΥ (κυρίως μέσα από την αρνητική στάση των στρωμάτων αυτών απέναντι στην απαιτούμενη υψηλή φορολογία για τη διατήρηση του ΕΣΥ – βλ. για παράδειγμα τη λεγόμενη «tax revolt» των μεσαίων και υψηλών εισοδηματικών στρωμάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο).⁹

Οι συνθήκες αυτές συντελούν στην υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ από τον κρα-

8. Όπως επίσης, εκτός Ευρώπης, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία.

9. Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που σταδιακά διαβρώνει την κοινωνική αλληλεγγύη στα συστήματα τύπου ΕΣΥ αφορά στις μεταναστευτικές ροές και στις αλλαγές στην πληθυσμιακή σύσταση που αυτές επιφέρουν (βλ., για παράδειγμα, Kettunen et al., 2015). Εξάλλου, ειδικά στις ΗΠΑ, οι έντονες εθνοτικές, πολιτιστικές διαφορές (παράλ-

τικό προϋπολογισμό και τις συνακόλουθες πρακτικές παροχής υπηρεσιών «με δελτίο» (rationing) και μείωση της ποιότητας των παροχών. Όλα αυτά καλλιεργούν την αντίληψη για την «κρατική ανεπάρκεια» που θεωρείται, κατά κύριο λόγο, ότι αντανάκλα την έλλειψη κατάλληλων κινήτρων από τη μεριά των δημόσιων λειτουργών του ΕΣΥ. Διαμορφώνεται έτσι μια αντίληψη περί ενός αντισταθμίσιματος (trade-off) ανάμεσα στην ισότητα και την αποτελεσματικότητα στην περίπτωση των συστημάτων τύπου ΕΣΥ, όπου τα δημόσια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εγγυηθούν την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες, εις βάρος όμως της αποτελεσματικότητας του συστήματος (και της ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας) (βλ. Maynard, 2005· Maarse, 2006· Albrecht, 2009· Lewis et al., 2009). Η αντίληψη αυτή ενισχύει την αναζήτηση λύσεων που να αντιμετωπίζουν την «αποτυχία του κράτους» να εξασφαλίσει την ισορροπία ανάμεσα στην ισότητα και την αποτελεσματικότητα. Επίσης, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η στροφή σε ιδιωτικές εναλλακτικές λύσεις εκφράζει τις επιλογές των κυβερνήσεων να περιστείλουν την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (και, κυρίως, για κοστοβόρες δευτεροβάθμιες υπηρεσίες νοσηλείας, βλ. Schmidt et al., 2010: 465-468).

Έτσι, στο πλαίσιο των συστημάτων τύπου ΕΣΥ, οι εναλλακτικές λύσεις προς τις οποίες κατευθύνονται οι μεταρρυθμίσεις τείνουν να ενισχύουν την αγορά στο χώρο της υγείας. Οι κυριότερες αλλαγές που παρατηρούνται στα συστήματα αυτά συνίστανται στην ενίσχυση της ιδιωτικής χρηματοδότησης και στον αυξανόμενο ρόλο της ιδιωτικής παροχής (ακόμη και σε ό,τι αφορά μεγάλο μέρος των δημοσίως χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών – κυρίως δε αυτών που συγκροτούν την πρωτοβάθμια φροντίδα). Επιπλέον, τα αγοραία κριτήρια για τη ρύθμιση των σχέσεων ανάμεσα στους φορείς χρηματοδότησης και τους παρόχους ενισχύονται σημαντικά. Για παράδειγμα, στην Αγγλία, τη Φινλανδία και την Ιταλία καθιερώνεται ο θεσμός των «οιονεί αγορών» με τη διάκριση ανάμεσα σε «αγοράστες» και «παρόχους» υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι «πάροχοι» (δηλαδή τα νοσοκομεία) παύουν να υπόκεινται σε μια συγκεντρωτική, ιεραρχική διαχείριση του τύπου «command and control» αλλά αποκτούν αυτονομία και ανταγωνίζονται για την προσέλκυση συμβάσεων από τους «χρηματοδοτικούς φορείς» (δηλαδή τους «αγοραστές»). Σε άλλες χώρες (π.χ. στη Σουη-

ληλα με τη ρατσιστική ιδεολογία) επέτειναν τον προσανατολισμό σε ένα σύστημα περιθωριακής δημόσιας κάλυψης (βλ. Kettunen et al., 2015: Part II).

δία) η διάκριση μεταξύ «αγοραστών» και «παρόχων» περιορίζεται σε ορισμένους τομείς, και στην Ισπανία η διείδυση της θεσμικής αυτής αλλαγής ποικίλλει μεταξύ των περιφερειών. Όμως οι αλλαγές αυτές δεν σημαίνουν αναγκαστικά τη δραστική υποχώρηση της κρατικής εξουσίας, καθώς η ενίσχυση των αγοραίων μηχανισμών συναρτάται με παράλληλη εντατικοποίηση του κρατικού ελέγχου στην αγορά υπηρεσιών υγείας.¹⁰

Συνοπτικά, οι υφιστάμενες μελέτες δείχνουν ότι, παρά τις διαφορές ως προς το ρυθμό και την έκταση της ιδιωτικοποίησης και των αγοραίων τρόπων ρύθμισης μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγείας, υφίστανται κοινές τάσεις μεταρρύθμισης στις χώρες όπου λειτουργούν εθνικά συστήματα υγείας. Θεωρείται δε ότι αυτό είναι απόρροια ορισμένων κοινών πιέσεων που ασκούνται στα συστήματα αυτά, όπως κοινά προβλήματα εξαιτίας των περιορισμένων πόρων καθώς επίσης και της αυξανόμενης δυσαρέσκειας από τη μεριά των «χρηστών» λόγω μεγάλων χρόνων αναμονής και μείωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα οποία αντανakλούν την περιορισμένη ανταπόκριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στις ανάγκες. Έτσι, οι πρακτικές της «παροχής με το δελτίο» ενισχύουν την αμφισβήτηση από τη μεριά ενός ολοένα και περισσότερο ενημερωμένου κοινού, για τις αποφάσεις των ειδικών που ελέγχουν την πρόσβαση στο σύστημα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η κρίση της δεκαετίας του 1970 έφερε στην εξουσία το συντηρητικό κόμμα. Τα προβλήματα διατυπώθηκαν ως ανεπάρκειες της λειτουργίας του ΕΣΥ, και, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις για την ανωτερότητα των αγορών, η πολιτική απάντηση στράφηκε προς την εισαγωγή αγοραίων μηχανισμών για την ενίσχυση του ανταγωνισμού. Αν και ο πολιτικο-ιδεολογικός προσανατολισμός των κομμάτων που εναλλάσσονται στην εξουσία επηρεάζει την πορεία των μεταρρυθμίσεων προς την ενίσχυση της αγοράς, η προσήλωση (στον ένα ή άλλο βαθμό) προς την κατεύθυνση αυτή δεν ανατρέπεται. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η άνοδος των εργατικών στην εξουσία το 1997 δεν οδήγησε σε ακύρωση των «αγοραίων» μεταρρυθμίσεων, παρά μόνο σε ενίσχυση των ρυθμιστικών κανόνων για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Καθώς ανέκυψαν πολλά προβλήματα σε σχέση με το είδος των συμβάσεων με τα νοσοκομεία

10. Οι Schmidt et al. (2010: 466) ονομάζουν το φαινόμενο αυτό «φαινόμενο της τραμπάλας» (seesaw effect).

και τον υπολογισμό του κόστους, εισήχθησαν ρυθμιστικοί κανόνες τυποποίησης του κόστους με βάση ένα σύστημα ταξινόμησης των ασθενών (HRGs, Healthcare Resource Groups – ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες που απαιτούν περίπου το ίδιο επίπεδο ιατρικών πόρων) (Mason et al., 2011). Επιπλέον, ιδρύθηκαν εθνικοί φορείς ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών.

Από την άλλη μεριά, στη Σουηδία, η ιδιωτικοποίηση ορισμένων νοσοκομείων που θεωρούνται κομβικής σημασίας για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας ανακλήθηκε από τους σοσιαλδημοκράτες όταν ξανακέρδισαν την εξουσία. Ωστόσο, η διακριτική ευχέρεια των περιφερειακών αρχών να αποφασίζουν για την εφαρμογή μηχανισμών της αγοράς (ιδίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα) δεν αμφισβητήθηκε (Blomqvist, 2004). Σε άλλες σκανδιναβικές χώρες όμως (π.χ. Δανία) ο θεσμός της «εσωτερικής αγοράς» δεν εφαρμόστηκε ποτέ σε μεγάλη έκταση λόγω της αρνητικής στάσης σε μια τέτοια μεταρρύθμιση από το σοσιαλδημοκρατικό κόμμα και τα συνδικάτα (Schmidt et al., 2010: 468).

Συνεπώς, πιέσεις που απορρέουν από «κοινά προβλήματα» στα συστήματα τύπου ΕΣΥ, καθώς και η επικράτηση μιας αντίληψης των προβλημάτων αυτών, από τους αρμόδιους φορείς χάραξης πολιτικής, ως έλλειψη αποτελεσματικότητας προκάλεσαν μεταρρυθμίσεις που ενισχύουν την αγοραία λογική. Όμως η διασφάλιση της λειτουργίας των αγορών κατέστησε, παράλληλα, αναγκαία την περαιτέρω ενίσχυση της κρατικής παρέμβασης. Επιπλέον, διαφορετικές εκβάσεις της μεταρρύθμισης, ως προς το μείγμα δημόσιου-ιδιωτικού και τον ρυθμιστικό ρόλο τους κράτους, συνδέονται με το χαρακτήρα της πολιτικής σύγκρουσης σε κάθε χώρα.

(β) Συστήματα Ασφάλισης Υγείας

Όπως αναφέρουμε παραπάνω, συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (ΚΑΥ) ανέπτυξαν κυρίως οι χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (η Γαλλία, η Γερμανία, η Αυστρία, το Βέλγιο, η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο, και –από το 1996– η Ελβετία). Στα συστήματα αυτά η κάλυψη για υγειονομική φροντίδα συναρτάται με την απασχόληση (και τις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες). Δημιουργούνται έτσι ξεχωριστά προγράμματα για τις διάφορες κοινωνικο-επαγγελματικές ομάδες (τους επιστήμονες-επαγγελματίες, τις ειδικότητες εργαζομένων στους διάφορους κλάδους παραγωγής, τους αυτοαπασχολούμενους, τους δημόσιους υπαλλήλους κ.ά). Το σύστημα χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, ως ποσοστό επί του μισθού, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται κυρίως από δημόσια ή ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκο-

μεία, ενώ στους υπόλοιπους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης κυριαρχούν οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί πάροχοι. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας χαρακτηρίζονται από κορπορατιστική αυτορρύθμιση μέσω συλλογικών διαπραγματεύσεων μεταξύ των ταμείων υγείας και των διαφόρων ενώσεων των παρόχων (Schmidt et al., 2010: 468-471).

Η δημογραφική γήρανση και η διογκούμενη δαπάνη διαβρώνουν την οικονομική βάση των συστημάτων αυτών και ενισχύουν τις πιέσεις για μεταρρύθμιση. Σε αυτό συνετέλεσε και η σημαντική μείωση του μεριδίου των μισθών στο συνολικό εισόδημα των οικονομιών από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Δεδομένου ότι οι μισθοί είναι αυτοί που υπόκεινται σε εισφορές, η μείωση του μεριδίου τους μειώνει τη χρηματοδοτική ικανότητα του συστήματος. Συγχρόνως, ο παγκόσμιος ανταγωνισμός ασκεί πιέσεις στην αύξηση των εισφορών, καθώς οι εισφορές αποτελούν ένα «ορατό» μέρος του κόστους εργασίας. Οι πιέσεις αυτές καθιστούν αναγκαίες δύο αντίρροπες τάσεις: από τη μια μεριά απαιτείται η διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης των συστημάτων αυτών, ενώ από την άλλη επιδιώκεται η μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης για τους εργοδότες.

Έτσι, στη Γαλλία, τη δεκαετία του 1990, εισάγεται μια μεταρρύθμιση που αντικαθιστά μεγάλο μέρος των εισφορών (δηλαδή του μη μισθολογικού κόστους της εργασίας) με ένα «φόρο κοινωνικής ασφάλισης» που επιβάλλεται στα κέρδη του κεφαλαίου. Αυτό οδήγησε σε σημαντική μείωση του μεριδίου των εργοδοτικών εισφορών από σχεδόν τα δύο τρίτα περίπου στο μισό των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (Sandier et al., 2004). Την ίδια περίοδο στη Γερμανία μειώθηκαν οι εργοδοτικές εισφορές και αυξήθηκαν αυτές που βαρβαίνουν τους εργαζόμενους, ενώ παράλληλα θεσμοθετήθηκε η άντληση πόρων από τη γενική φορολογία και αυξήθηκαν σημαντικά οι συν-πληρωμές από τους εξυπηρετούμενους (Rothgang et al., 2010). Ταυτόχρονα, η Ολλανδία σταδιακά μετέτρεπε το βάρος από τις εισφορές επί του μισθού σε «κατ' αποκοπή εισφορές» (flat rate contributions) που έφθασαν να καλύπτουν σχεδόν το 50% της δαπάνης υγείας (Gress et al., 2007).

Μόνιμες πιέσεις για δημοσιονομική λιτότητα καθώς και ανεπάρκειες στον τομέα της νοσηλείας οδηγούν προς την ιδιωτικοποίηση σημαντικού μέρους των παροχών σχεδόν σε όλες τις χώρες με συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Rothgang et al., 2008). Τα δημόσια νοσοκομεία μετατρέπονται σε αυτόνομους οργανισμούς που αναλαμβάνουν την ευθύνη για τα κέρδη και τις ζημιές με σκοπό

την ενίσχυση κινήτρων για αποδοτική λειτουργία. Ακόμη, το κράτος μπορεί να μεταβιβάσει ορισμένα δημόσια νοσοκομεία σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, με στόχο την ενίσχυση ευέλικτων μισθολογικών συμβάσεων και την εξεύρεση πόρων για τη λειτουργία των μονάδων αυτών μέσω των κεφαλαιαγορών. Η μεταβίβαση νοσοκομείων σε ιδιωτικές επιχειρήσεις υπόσχεται βραχυπρόθεσμα έσοδα για το κράτος, ανακούφιση από τα ελλείμματα των δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, και μειούμενες ανάγκες για επενδύσεις σε κτιριακές υποδομές και ιατρικό εξοπλισμό στον τομέα αυτόν (βλ. Rothgang et al., 2008 για τις μεταρρυθμίσεις στη Γερμανία). Επιπλέον, εκτός από την «ρητή ιδιωτικοποίηση» μέσω των παραπάνω ενεργειών, επιδιώκεται και η έμμεση ιδιωτικοποίηση, κυρίως με την ενθάρρυνση της προσφυγής στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, δεδομένου του μικρότερου κόστους της πρωτοβάθμιας σε σχέση με τη δευτεροβάθμια (ενδονοσοκομειακή) φροντίδα και τη μεγαλύτερη εμπλοκή ιδιωτών παρόχων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, όπως αναφέρουμε παραπάνω. Χαρακτηριστικό παράδειγμα πρακτικών υποκατάστασης της ενδονοσοκομειακής φροντίδας από την πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί η Γαλλία, όπου η τάση αυτή είναι έκδηλη ήδη από τη δεκαετία του 1980.

Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο της μεταρρυθμιστικής πορείας των συστημάτων αυτών είναι ο περιορισμός του ρόλου της κορπορατιστικής αυτοδιοίκησης τους, με αντιστάθμισμα την ενίσχυση του κρατικού ελέγχου από τη μια μεριά, και του ανταγωνισμού της αγοράς από την άλλη. Τα προβλήματα σχετικά με την κορπορατιστική αυτοδιοίκηση των διαφόρων κοινωνικών-ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας εντείνονται ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, όταν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης εκτινάχθηκε στα ύψη (με ρυθμούς αύξησης που υπερέβαιναν τον μέσο ρυθμό των χωρών του ΟΟΣΑ). Αυτό ενίσχυσε την αντίληψη σχετικά με την έλλειψη «αποτελεσματικότητας κόστους». Τα διάφορα ταμεία ασθενείας είχαν περιορισμένα κίνητρα για να κρατήσουν χαμηλά τα ποσοστά εισφορών, ενώ παράλληλα, οι πιέσεις, από τη μεριά των καλά οργανωμένων και ισχυρών παρόχων –π.χ. ενώσεις γιατρών– στο πλαίσιο των συλλογικών διαπραγματεύσεων, δεν άφηναν πολλά περιθώρια για συγκράτηση του κόστους. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται συνήθως στην υφιστάμενη βιβλιογραφία ως θεσμική σκλήρυνση (institutional sclerosis) για τις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης. Τόσο οι συντηρητικές όσο και οι σοσιαλδημοκρατικές κυβερνήσεις έβλεπαν την αύξηση του μη μισθολογικού κόστους της εργασίας ως μειονέκτημα στον παγκόσμιο ανταγωνισμό, με αποτέ-

λεσμα την επιβολή περιορισμών στην αυτορρύθμιση των συστημάτων διαμέσου του ιεραρχικού, διοικητικού ελέγχου (στους τομεακούς προϋπολογισμούς, τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων κ.λπ.) (Abel-Smith and Mossialos, 1994).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές συνέβαλαν στον έλεγχο της προσφοράς κατά τη δεκαετία του 1980, ωστόσο ζητήματα ανισοτήτων ως προς την κάλυψη των αναγκών μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και αναποτελεσματικότητας εξακολούθησαν να αποτελούν αντικείμενο δημόσιου διαλόγου. Οι επιλογές μέτρων πολιτικής, ωστόσο, για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων (π.χ. στο Βέλγιο, τη Γερμανία, την Ελβετία και την Ολλανδία) ενίσχυσαν περαιτέρω το νομικό πλαίσιο για τον ανταγωνισμό μεταξύ των ταμείων υγείας, προκειμένου να καταστούν υπόλογα για τις δαπάνες τους. Ωστόσο, δεδομένων των θεσμικών εμποδίων απέναντι σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στις χώρες με συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, η εφαρμογή των παραπάνω μέτρων πολιτικής δεν θα ήταν δυνατή χωρίς μια ευρεία πολιτική συναίνεση. Είναι ενδιαφέρον να τονίσουμε ότι το επιχείρημα στο οποίο στήριξαν τη στροφή στον ανταγωνισμό τα σοσιαλδημοκρατικά κόμματα ήταν ακριβώς η επίκληση του ότι «οι αγορές περιορίζουν την ανισότητα μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων... για παράδειγμα, μεταξύ των εργατών και υπαλλήλων γραφείου στη Γερμανία ή μεταξύ χαμηλά και υψηλά αμειβόμενων ομάδων στην Ολλανδία» (Schmidt et al., 2010: 471).

Συνοπτικά, οι συνθήκες έκρηξης της δαπάνης υγείας υπό τις συνθήκες κορπορατιστικής αυτορρύθμισης, και οι πιέσεις για αύξηση των εισφορών (και κατά συνέπεια και του μη μισθολογικού κόστους της εργασίας) οδήγησαν στην ενίσχυση του κρατικού ελέγχου για τη συγκράτηση του κόστους, πρωτίστως ως ανταπόκριση στον εντεινόμενο παγκόσμιο ανταγωνισμό. Παρά τους ισχυρούς θεσμικούς περιορισμούς που χαρακτηρίζουν τα συστήματα ΚΑΥ, η ανάπτυξη ενός πολιτικο-ιδεολογικού λόγου περί περιορισμένης αποτελεσματικότητας του κόστους και ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες αποτέλεσε το όχημα για την εισαγωγή των μηχανισμών της αγοράς από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 και μετά. Επιπλέον, η εισαγωγή αγοραίων μηχανισμών κατέστησε αναγκαία την περαιτέρω ενίσχυση της ιεραρχικής-διοικητικής ρύθμισης των βασικών παραγόντων-φορέων στο πεδίο της υγειονομικής φροντίδας με επίκληση τη διαφύλαξη της αλληλεγγύης. Η αλληλεπίδραση αυτή μεταξύ αγοραίας λογικής και κρατικής-διοικητικής παρέμβασης για τη ρύθμιση των αγορών είχαν

ως αποτέλεσμα τη συμπίεση της κορπορατιστικής αυτοδιοίκησης συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας, και άρα, την αλλοίωση των χαρακτηριστικών τους.

(γ) Συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Στα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (ΙΑΥ) κυριαρχούν οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών και ο ανταγωνισμός συνιστά το μηχανισμό ρύθμισης των συστημάτων αυτών. Χαρακτηρίζονται από ελεύθερη επιλογή «παρόχου» που αμείβεται «κατά πράξη». Οι ΗΠΑ, πριν από την εισαγωγή των δημόσιων προγραμμάτων (Medicare¹¹ & Medicaid¹²), αντιπροσωπεύουν ένα πρότυπο αμιγούς ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ στον ευρωπαϊκό χώρο η Ελβετία (μέχρι το 1996) αποτελεί ένα παρόμοιο παράδειγμα. Στα αμιγώς ιδιωτικά συστήματα, ούτε η ιδιωτική ασφάλιση είναι υποχρεωτική, ούτε οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις υποχρεούνται να δέχονται όλους τους υποψήφιους αγοραστές «πακέτων ασφαλιστικής κάλυψης». Οι ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν μια ποικιλία συμβολαίων που εξαρτώνται από διαφόρους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση της υγείας των ατόμων, το επίπεδο της ζήτησης και η ικανότητα των ενδιαφερόμενων αγοραστών να πληρώσουν. Υπό τις συνθήκες αυτές ο επιμερισμός των κινδύνων (risk-pooling) είναι περιορισμένος και συνίσταται κυρίως στη μεταφορά των βαρών από τους «ασθενείς» στους «υγιείς». Δεν υφίσταται αναδιανομή πόρων μεταξύ διαφορετικών κοινωνικο-οικονομικών ομάδων. Τα συστήματα αυτά παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο ανισότητας ως προς την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την κάλυψη αναγκών, ενώ ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο. Τόσο η νοσοκομειακή περίθαλψη (που συνιστά μια βιομηχανία), όσο και η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχονται από κερδοσκοπικούς παρόχους.

11. Πρόγραμμα κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας για οικογένειες και άτομα με χαμηλό εισόδημα. Εισήχθη το 1965 και οι παροχές στηρίζονται στον έλεγχο των πόρων των δικαιούχων. Χρηματοδοτείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τις πολιτείες, και κάθε πολιτεία μπορεί να αποφασίζει σχετικά με τα κριτήρια για τον προσδιορισμό των δικαιούχων και τον τρόπο εφαρμογής του προγράμματος.

12. Πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για άτομα 65 ετών και άνω που έχουν καταβάλλει εισφορές στο σύστημα κατά τη διάρκεια του εργασιακού τους βίου. Καλύπτει επίσης νεότερα άτομα με αναπηρία. Λειτουργεί από το 1966 και καλύπτει περίπου το 50% των δαπανών για παροχές υγείας των ασφαλισμένων ατόμων τρίτης ηλικίας και νεότερων ατόμων με αναπηρία.

1.2.2 Επιλογές μέτρων πολιτικής ως ανταπόκριση στις πιέσεις: Η διάδοση των DRGs

Με βάση την παραπάνω σύντομη, αλλά εποπτική, παρουσίαση των χαρακτηριστικών των τριών ομάδων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και των τρόπων με τους οποίους οι κυβερνήσεις αντιλαμβάνονται τις πιέσεις που ασκούνται στα συστήματα αυτά, θα επικεντρωθούμε, στην ενότητα αυτή, σε ένα εργαλείο πολιτικής, τις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (για την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία) και την εφαρμογή του σε διάφορες χώρες. Σε μεγάλο βαθμό, η εφαρμογή του εργαλείου αυτού αντανάκλα τη σύγκλιση των τριών συστημάτων, με επίκεντρο την ανάπτυξη ενός μείγματος αγοραίας λογικής (και ανταγωνισμού) με μηχανισμούς ιεραρχικής, διοικητικής ρύθμισης.

Όπως αναφέρουμε παραπάνω, τα DRGs (ομοειδείς διαγνωστικές και θεραπευτικές ομάδες) ταξινομούν τους ασθενείς, σύμφωνα με το «μείγμα περίπτωσης» (case mix) όπως αυτό προσδιορίζεται από τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή με βάση ένα ομοιογενές κόστος θεραπείας. Οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες καθορίζουν το «παραγόμενο προϊόν» των νοσοκομείων και αποτελούν το εργαλείο καθορισμού της χρηματοδότησής τους (Busse et al., 2011· Goldfield, 2010). Συνιστούν ένα τεχνικό μέσο κατηγοριοποίησης των ασθενών ανάλογα με το κόστος και την ομάδα ασθένειας-θεραπείας, με ευρύ φάσμα εφαρμογής (ως μέσο για την απλή τεκμηρίωση των περιστατικών μέχρι την εφαρμογή σύνθετων μεθόδων για την αποτελεσματική διαχείριση της κλινικής φροντίδας). Η ποικιλία εφαρμογών των DRGs αντανάκλα διαφορετικούς στόχους των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (βλ. Leister and Stausberg, 2005) αναφορικά με τη ρύθμιση της σχέσης μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης και των παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Τεχνικές προσδιορισμού ομοειδών διαγνωστικών ομάδων αναπτύχθηκαν κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1960 στο Πανεπιστήμιο του Yale, ως ανταπόκριση στο πρόβλημα που αφορά σε μεγάλες διαφορές ως προς τις δαπάνες μεταξύ νοσοκομειακών μονάδων για συγκρίσιμες υπηρεσίες (Schmidt et al., 2010: 475). Ωστόσο, η πρώτη μεγάλη κλίμακας εφαρμογή πραγματοποιείται περίπου δύο δεκαετίες αργότερα (το 1983), στο πλαίσιο του προγράμματος Medicare των ΗΠΑ, με στόχο τον υπολογισμό μελλοντικών πληρωμών ώστε να ελεγχθούν οι αμοιβές στους παρόχους. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ πληρώνονταν αναδρομικά για τα έξοδά τους, κάτι το οποίο δεν προσέφερε κίνητρα για τη συγκράτηση του κόστους. Όπως αναφέρουν οι Schmidt et al.

(2010: 475), την περίοδο 1970-1982 η μέση ετήσια πραγματική αύξηση της νοσοκομειακής δαπάνης κυμαινόταν μεταξύ 5,2% και 9,4%. Η συγκράτηση της νοσοκομειακής δαπάνης με την επιβολή ιεραρχικού, διοικητικού ελέγχου στους παρόχους αποτέλεσε το βασικό κίνητρο για την εφαρμογή του συστήματος «προοπτικής» χρηματοδότησης (prospective financing) στο πρόγραμμα Medicare. Η εισαγωγή των DRGs προκάλεσε σημαντικές αναδιαρθρώσεις στα νοσοκομεία και συνέβαλε στο να αποκτήσουν οι διευθυντές των νοσοκομείων μεγαλύτερη επίγνωση των ζητημάτων οικονομικής διαχείρισης. Επιπρόσθετα, η μεταρρύθμιση αυτή συνοδεύθηκε από ενίσχυση της εξειδίκευσης των μονάδων υγείας, την ανάθεση λειτουργιών σε εξωτερικούς παρόχους, και τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας. Παράλληλα, μέσω του ιεραρχικού, διοικητικού ελέγχου ενισχύθηκε ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο τον περιορισμό του όγκου των υπηρεσιών, κάτι το οποίο ωστόσο επηρέασε αρνητικά της ποιότητα των υπηρεσιών (Schmidt et al., 2010). Από το 1990 και μετά, η επιτυχής συγκράτηση του κόστους της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στο πρόγραμμα Medicare μέσω των DRGs συνέβαλε στην υιοθέτησή τους και από άλλα δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης.

Στον ευρωπαϊκό χώρο τα DRGs εισήχθησαν στη Γαλλία κατά τη δεκαετία του 1980. Ακολούθησε το Βέλγιο, το 1990, καθώς και διάφορες χώρες με εθνικά συστήματα υγείας, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία, η Σουηδία, η Φινλανδία και η Πορτογαλία.¹³ Το 2000, η Νορβηγία και η Δανία υιοθέτησαν μαζί με τις άλλες σκανδιναβικές χώρες ένα κοινό σύστημα (NordDRGs) με στόχο την από κοινού επίλυση προβλημάτων. Λίγο αργότερα, το 2003, η Γερμανία έθεσε σε εφαρμογή το σύστημα G-DRGs. Θα πρέπει επίσης να συμπεριλάβουμε την Αυστρία και την Ολλανδία που ήδη από τη δεκαετία του 1990 ανέπτυξαν παρόμοιους μηχανισμούς οι οποίοι βασίζονται τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπευτική διαδικασία. Τα συστήματα των δύο αυτών χωρών καλύπτουν συγχρόνως τις ενδο- και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, και με αυτόν τον τρόπο επιχειρούν να ενισχύσουν τη διασύνδεση των τομέων της υγείας. Η στρατηγική αυτή αποβλέπει στην αντιμετώπιση του προβλήματος του θεσμικού διαχωρισμού των εξωνοσοκομειακών και ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών που χαρακτηρίζουν ειδικά τις χώρες με συστήματα τύπου κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

13. Εκτός του ευρωπαϊκού χώρου, ο Καναδάς και η Αυστραλία εφάρμοσαν επίσης συστήματα ομοειδών διαγνωστικών ομάδων.

Αν και εφαρμόζονται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, η εμβέλεια εφαρμογής των DRGs ποικίλλει: για παράδειγμα, στη Δανία και την Πορτογαλία επηρεάζουν ένα μέρος μόνον του προϋπολογισμού των νοσοκομείων· στην Ελβετία και τη Φινλανδία χρησιμοποιούνται από ένα περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων· ενώ στη Σουηδία και την Ισπανία εφαρμόζονται σε ορισμένες περιφέρειες. Η Ελλάδα υιοθέτησε πρόσφατα το εργαλείο αυτό και κατά συνέπεια βρίσκεται ακόμη σε ένα πρώιμο στάδιο εφαρμογής του.

Διεθνείς φορείς όπως το Συμβούλιο της Ευρώπης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζουν συστηματικά τη διερεύνηση της εφαρμογής των DRGs. Ωστόσο, οι προσπάθειες από την πλευρά της ΕΕ για την τυποποίηση των DRGs σε ευρωπαϊκό επίπεδο δεν βρήκαν ανταπόκριση από τα κράτη-μέλη λόγω διαφορετικών εθνικών συνθηκών (Rodrigues, 1993).

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, παρατηρούμε τάσεις διάχυσης μέσα από διακρατική επικοινωνία σχετικά με τα DRGs και τη χρήση τους, μέσα από συνέδρια, κοινές ερευνητικές δραστηριότητες και άλλες δράσεις. Αυτό οδήγησε σε αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφορετικών εκδοχών των DRGs. Για παράδειγμα, ο «γαλλικός όμιλος» «Groupes Homogènes des Malades» έχει δεχθεί επιδράσεις από το αμερικανικό σύστημα «Health Care Financing Administration» (HCFA), το οποίο είχε επιρροή κυρίως σε χώρες που πρώιμα υιοθέτησαν αυτό το μηχανισμό πληρωμών. Όπως αναφέρουν οι Schmidt et al. (2010: 476), η πρώιμη υιοθέτηση από τη Γαλλία ενός συστήματος που στηρίζεται στο HCFA προέκυψε από την επιρροή που άσκησε στο Υπουργείο Υγείας της Γαλλίας μια ομάδα εμπειρογνομόνων, υποστηρικτών των DRGs, που είχαν επαφή με Αμερικανούς ερευνητές στο πεδίο αυτό, στο Πανεπιστήμιο Yale. Επίσης, το γερμανικό σύστημα (G-DRGs) χρησιμοποίησε ως πρότυπο το αυστραλιανό σύστημα.

Στο ερώτημα γιατί διαχέεται το σύστημα αυτό πληρωμής των μονάδων υγείας οι Gilardi et al. (2009) απαντούν με βάση το εύρημα της στατιστικής ανάλυσής τους: δηλαδή ότι «η πιθανότητα εφαρμογής των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων αυξάνεται όσο περισσότερο αναποτελεσματικό εμφανίζεται το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης, και όσο περισσότερο προβάλλεται η σχετική επιτυχία των DRGs για τη συγκράτηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία στις χώρες που έχουν ήδη υιοθετήσει ένα τέτοιο σύστημα». Αυτή η στατιστική σχέση ερμηνεύεται από τους παραπάνω με-

λητητές ως απόδειξη της λειτουργίας διαδικασιών «εκμάθησης της πολιτικής» (policy learning).

Ωστόσο, όπως τονίζουν οι Schmidt et al. (2010: 478), λόγω έλλειψης εξειδικευμένων στοιχείων, «η επιτυχία των DRGs μετράται προσεγγιστικά με βάση το συνολικό δημόσιο κόστος για την υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με άλλες χώρες». Ως εκ τούτου, οι μελετητές αυτοί αμφισβητούν το γεγονός ότι, σε όλες τις περιπτώσεις, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής επιλέγουν την εφαρμογή συστήματος DRGs με βάση κριτήρια αποτελεσματικότητας που εδράζονται σε τέτοιους αδρούς δείκτες. Αντίθετα, θεωρούν ότι ορισμένες φορές η υιοθέτηση του παραδείγματος χωρών με θετική απόδοση των DRGs ως προς τις δαπάνες υγείας μπορεί να εκφράζει «μίμηση». Εδράζουν δε το επιχειρήματός τους αυτό στο γεγονός ότι τα DRGs συχνά εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς από τη συγκράτηση του κόστους, όπως είναι ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών και η καλύτερη κατανομή των κονδυλίων στο πλαίσιο του προϋπολογισμού. Έτσι, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι «η διακρατική διάδοση των ιδεών, είτε ως μια διαδικασία εκμάθησης πολιτικής είτε ως μίμηση, μπορεί να χρησιμεύσει ως μηχανισμός για τη διαρθρωτική καινοτομία». Και αυτό συμβάλλει στη σύγκλιση /υβριδοποίηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Οι παραπάνω συγγραφείς επιχειρούν να συνοψίσουν τα κίνητρα για την εφαρμογή των DRGs ανάλογα με τους τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και τα αντίστοιχα συστήματα χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Για παράδειγμα, θεωρούν ότι στις ΗΠΑ, το κύριο κίνητρο για την εισαγωγή ομοειδών διαγνωστικών ομάδων και «προοπτικής» χρηματοδότησης (prospective financing) ήταν ο περιορισμός του κόστους μέσω ενός ιεραρχικού συστήματος ελέγχου των παρόχων που προσαρτάται στη λειτουργία της αγοράς. Αυτός ο στόχος ήταν ιδιαίτερα εμφανής στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων με βάση τις αμοιβές κατά πράξη όπου έλλειπαν τα κίνητρα για τον περιορισμό του κόστους. Από την άλλη μεριά, οι χώρες με εθνικά συστήματα υγείας και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας υποκινήθηκαν από άλλους παράγοντες. Σε αντίθεση με τις ΗΠΑ, οι περισσότερες από τις χώρες αυτές κατάφεραν εύκολα να εφαρμόσουν κλειστούς προϋπολογισμούς (fixed budgets) για τα νοσοκομεία, προκειμένου να εμποδίσουν την υπερβολική αύξηση των δαπανών. Ωστόσο, οι φραγμοί στο ύψος του προϋπολογισμού δεν συνεπάγονται αυτομάτως και κίνητρα για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών. Αντίθετα, μπορεί εύκολα να οδηγήσουν σε περιορισμό των

παρεχόμενων υπηρεσιών (rationing) και λίστες αναμονής, όπως αναφέρουμε παραπάνω. Στην περίπτωση αυτή η ανάγκη αύξησης της παραγωγικότητας αναδεικνύεται ως κεντρικός στόχος. Με την καθιέρωση των DRGs επιχειρείται «η εισαγωγή κινήτρων στα νοσοκομεία για αποτελεσματική λειτουργία, έτσι ώστε να εναθρύνεται η αύξηση της δραστηριότητας υπό συνθήκες σταθερού κόστους» (Donaldson and Magnussen, 1992: 60-61). Για αυτό απαιτείται ο υπολογισμός του μοναδιαίου κόστους των διαφόρων λειτουργιών, στο οποίο συμβάλλουν τα συστήματα DRGs. Στην περίπτωση της Αγγλίας, οι HRGs χρησίμευσαν για να ενισχύσουν τη διαφάνεια του κόστους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ανοίγοντας το δρόμο για τον ανταγωνισμό όπως προβλέπεται από το διαχωρισμό ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές. Επίσης, ορισμένα αποκεντρωμένα συστήματα ΕΣΥ εφαρμόζουν εκδοχές των DRGs, για να υπολογίσουν συγκριτικά τους περιφερειακούς προϋπολογισμούς για την παροχή φροντίδας υγείας, όπως, για παράδειγμα, στις σκανδιναβικές χώρες, την Ιταλία και την Ισπανία (ενώ ο μηχανισμός κατανομής των κονδυλίων στα νοσοκομεία μπορεί να ρυθμίζεται από τις περιφέρειες). Η Ιρλανδία και το Βέλγιο είχαν ως στόχο την παροχή κινήτρων για τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας, ενώ στη Γερμανία, παράλληλα με τον παραπάνω στόχο, η εισαγωγή των DRGs απέβλεπε στη διαφάνεια των δαπανών καθώς και στην ενίσχυση του ανταγωνισμού ώστε να επιτυγχάνεται αποτελεσματική κατανομή των πόρων μεταξύ και εντός των νοσοκομείων.

Εν κατακλείδι, οι εξελίξεις σε όλα τα συστήματα μπορούν να ερμηνευθούν ως κοινή πίεση αποδοτικότητας, υπό την επίδραση της αγοραίας λογικής από τη μια πλευρά, και τις πιέσεις στα διάφορα συστήματα από την ταχεία αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης από την άλλη. Ωστόσο, οι στόχοι εξειδικεύονται με διαφορετικό τρόπο στο πλαίσιο των διαφορετικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων τους και το σχετικό θεσμικό πλαίσιο για τον έλεγχο του κόστους και την ενίσχυση της παραγωγικότητας.

Αναφερόμενοι στις τρεις χώρες που αποτελούν αντιπροσωπευτικό παράδειγμα για τους διαφορετικούς τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (τις ΗΠΑ, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο), η εισαγωγή των DRGs καταδεικνύει την τάση σύγκλισης που εκφράζεται μέσα από τον «υβριδισμό» των συστημάτων αυτών. Το ιδιωτικό, αμερικανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που στηρίζεται στον ανταγωνισμό εισάγει τον ιεραρχικό έλεγχο για να κατευθύ-

νει τη συμπεριφορά των παρόχων. Το εθνικό σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο υιοθετεί τα DRGs προκειμένου να εξασφαλίσει τη διαφάνεια στις πληρωμές και να οδηγήσει προς μια περισσότερο ανταγωνιστική συμπεριφορά. Τέλος, στη Γερμανία, που αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας, παρατηρείται ένα μείγμα στόχων αναφορικά με την εισαγωγή των DRGs, όπως η εφαρμογή του ανταγωνισμού και η ενίσχυση του ιεραρχικού ελέγχου των παραδοσιακά αυτο-ρυθμιζόμενων παρόχων. Συνεπώς η σύγκλιση εκφράζει κοινές τάσεις, οι οποίες ωστόσο εξειδικεύονται στο πλαίσιο των διαφορετικών αναγκών ανάλογα με τον τύπο του κάθε συστήματος.

Η χρηματοπιστωτική αναταραχή του 2008 και η οικονομική κρίση και παρατεταμένη λιτότητα που ακολούθησαν, στον ένα ή άλλο βαθμό, επέτειναν τις παραπάνω τάσεις μεταρρύθμισης και σύγκλισης των συστημάτων. Παρατηρούνται σημαντικές μειώσεις στη δημόσια δαπάνη για την υγεία, περιορισμοί στη δημόσια παροχή και αναδιατάξεις στην οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων. Το ένα τρίτο των χωρών της ΕΕ μείωσε τον δημόσιο προϋπολογισμό για την υγεία (πρωτίστως δε οι χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση). Άλλες χώρες (όπως π.χ. η Αγγλία και η Ουγγαρία) πάγωσαν τους προϋπολογισμούς για την υγεία, με αποτέλεσμα τη μείωση των δαπανών σε σταθερές τιμές. Οι χώρες με συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας βρέθηκαν αντιμέτωπες με σημαντική απώλεια εσόδων λόγω της αύξησης της ανεργίας. Οι περισσότερες από τις χώρες αυτές επέλεξαν να αυξήσουν τις εισφορές που βαραίνουν το μισθό (και εν μέρει και την κρατική χρηματοδότηση). Ελάχιστες χώρες ωστόσο, επωφελήθηκαν από τη δημιουργία χρηματικών αποθεματικών κατά την περίοδο της οικονομικής μεγέθυνσης.

Επίσης, πολλές χώρες προσπάθησαν να μειώσουν τη δημόσια δαπάνη μετακυλώντας το κόστος στους ιδιώτες. Περίπου οι μισές από τις χώρες της ΕΕ αύξησαν τις συν-πληρωμές για βασικές υπηρεσίες και για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ το ένα τρίτο των χωρών περιόρισε το φάσμα των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών. Ακόμη, το ένα τρίτο των χωρών προχώρησαν σε σημαντικές αναδιαρθρώσεις στην οργάνωση του συστήματος με στόχο τη μείωση των γενικών εξόδων (εισήχθησαν ή εντάθηκαν πολιτικές για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, με τον έλεγχο της συνταγογράφησης και τη στροφή στα γενόσημα φάρμακα). Αρκετές χώρες (περίπου το ένα τρίτο) πάγωσαν ή μείωσαν τις αμοιβές των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (Mladovsky et al., 2012).

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ενισχύθηκε η προστασία ομάδων χαμηλού εισοδήματος (π.χ. με την εξαίρεσή τους από συν-πληρωμές), σε γενικές γραμμές όμως η διαφαινόμενη τάση είναι προς την κατάργηση δικαιωμάτων σε παροχές, κάτι το οποίο προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη. Να προσθέσουμε, τέλος, ότι μπορεί οι σκανδιναβικές χώρες να μην επηρεάστηκαν σημαντικά από τη χρηματοπιστωτική κρίση και την επακόλουθη κρίση χρέους στην Ευρώπη, ωστόσο και στις χώρες αυτές διακρίνουμε αλλαγές, όπως η μετάθεση του 50% της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ιδιώτες παρόχους και η ενίσχυση του κεντρικού, ιεραρχικού ελέγχου (περιορισμός της αποκεντρωμένης διαχείρισης των συστημάτων υγείας που εδώ και χρόνια χαρακτηρίζει το σκανδιναβικό μοντέλο, βλ. Anell, 2011· Saltman and Cahn, 2013).

1.3 Μακροχρόνια φροντίδα

Κατά την τελευταία δεκαετία ενισχύεται η δημόσια ευαισθητοποίηση γύρω από το ζήτημα του μελλοντικού οικονομικού βάρους που σχετίζεται με τη δημογραφική γήρανση και τις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας. Έτσι ο προβληματισμός για την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας συνοδεύεται από την ανάγκη αντιμετώπισης προκλήσεων σχετικά με τη χρηματοδότηση της φροντίδας των ατόμων τρίτης ηλικίας (και των χρονίως πασχόντων). Πολλές χώρες προσπαθούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες με ένα σύμπλοκο σύστημα διαφόρων υπηρεσιών, ενώ παράλληλα παρατηρούνται τάσεις αποκέντρωσης των αρμοδιοτήτων για τη χρηματοδότηση, την παροχή και τη ρύθμιση των υπηρεσιών σε περιφερειακό και/ή τοπικό επίπεδο διακυβέρνησης και διοίκησης. Ωστόσο, σε σύγκριση με τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας, πληροφορίες και ποσοτικά στοιχεία για τον τρόπο κάλυψης των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας (καθώς και για τις εθνικές αποκλίσεις και συγκλίσεις) δεν είναι διαθέσιμα σε συστηματική βάση για όλες τις χώρες. Επιπλέον, οι υφιστάμενες μελέτες δείχνουν ότι η κατηγοριοποίηση των χωρών ως προς τα «συστήματα ΜΦ» δεν συμπίπτει πλήρως με αυτή που αναφέρεται στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (OECD, 2005: 17 & 2008a) και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2013α), η ΜΦ συνίσταται σε μια σειρά από υπηρεσίες που απαιτούνται για τα άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια για τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής λόγω χρόνιας σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας. Αυτό το κεντρικό στοι-

χείο *προσωπικής φροντίδας* παρέχεται συχνά σε συνδυασμό με ορισμένες βασικές ιατρικές υπηρεσίες, όπως η φαρμακευτική αγωγή, η παρακολούθηση της υγείας των ατόμων με χρόνια νοσήματα, η πρόληψη, η αποκατάσταση, και/ή η παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας. Η παροχή υπηρεσιών ΜΦ μπορεί να είναι *άτυπη ή τυπική*. Η άτυπη φροντίδα παρέχεται στο σπίτι και δεν συνεπάγεται αμοιβή. Πάροχοι είναι οι άτυποι φροντιστές, όπως ο/η σύζυγος, άλλα μέλη της οικογένειας, φίλοι, γείτονες κ.ά. Αντίθετα, η τυπική φροντίδα παρέχεται στο πλαίσιο μιας συμβολαϊκής σχέσης, δηλαδή από ειδικευμένο προσωπικό που απασχολείται σε έναν οργανισμό (ο οποίος μπορεί να είναι είτε δημόσιος είτε ιδιωτικός) ή από ειδικευμένους φροντιστές που προσλαμβάνει ο ίδιος ο ωφελούμενος. Η τυπική φροντίδα μπορεί να παρέχεται εντός ενός ιδρυματικού φορέα (π.χ. οίκους ευγηρίας, κέντρα αποκατάστασης, κλινικές [nursing homes]) ή κατ' οίκον.

Η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας από τον ιδιωτικό τομέα πραγματοποιείται μέσα από τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστικών συμβολαίων, με τη χρήση ιδιωτικών γηροκομείων και ιδιωτικών υπηρεσιών παροχής βοήθειας στο σπίτι. Στις παροχές από τον δημόσιο τομέα συμπεριλαμβάνονται η νοσηλεία σε νοσοκομείο, η διαμονή σε δημόσιους οίκους ευγηρίας, η παροχή υπηρεσιών βοήθειας στο σπίτι, οι οικονομικές παροχές είτε σε χρήμα είτε σε είδος κ.λπ. (Βακάλη, 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει συγκροτήσει μια ομάδα κριτηρίων για τη σύγκριση μεταξύ συστημάτων ΜΦ (WHO, 2003: 253). Τα κριτήρια αυτά είναι τα εξής: (1) αν οι παροχές είναι καθολικές ή στοχευμένες, δηλαδή στηρίζονται στον έλεγχο των πόρων και απευθύνονται σε όσους διαβιούν κάτω από ένα ορισμένο εισοδηματικό όριο· (2) αν οι παροχές χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία ή μέσω της κοινωνικής ασφάλισης· (3) αν παράλληλα παρέχεται (και σε ποιο βαθμό) υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον· (4) η αυστηρότητα/ευελιξία των κριτηρίων επιλεξιμότητας για την παροχή υπηρεσιών· (5) το επίπεδο των παροχών· (6) ο βαθμός κάλυψης της αναπηρίας (ευρύ # περιορισμένο φάσμα κάλυψης)· και (7) η βαρύτητα των χρηματικών παροχών. Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο παίζει και το επίπεδο διοίκησης που ευθύνεται για την παροχή ΜΦ (κεντρική κυβέρνηση, περιφέρειες, τοπική αυτοδιοίκηση). Για παράδειγμα, οι Da Roit et al. (2007) εξετάζουν το βαθμό αποκέντρωσης ως προς τη θεσμική συγκρότηση των προγραμμάτων (π.χ. δυνατότητα να νομοθετούν οι περιφερειακές κυβερνήσεις για τη ΜΦ), την υλοποίηση των προγραμμάτων, και τη χρηματοδότησή τους. Επίσης, διερευνούν με ποιον τρόπο γίνεται η εκτίμηση

αναγκών των ατόμων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και ποιοι φορείς έχουν την αρμοδιότητα αυτή (κάτι το οποίο έχει άμεση σχέση με την ευελιξία/αυστηρότητα των κριτηρίων επιλεξιμότητας του WHO). Άλλοι μελετητές (Pommer et al., 2007) προσθέτουν πληροφορίες σχετικά με την προσφορά και την κατανάλωση των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών φροντίδας, παράλληλα με την παρεχόμενη υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Η ομαδοποίηση των χωρών που προκύπτει από τις υφιστάμενες αναλύσεις διακρίνει συνήθως τρία διαφορετικά συστήματα ΜΦ: το σκανδιναβικό, το ηπειρωτικό και το μεσογειακό, με κριτήριο το πώς επιμερίζεται η ευθύνη για την παροχή φροντίδας ανάμεσα στο κράτος, την πυρηνική οικογένεια και/ή τη διευρυμένη οικογένεια. Ωστόσο, οι Pommer et al. (2007) υποστηρίζουν ότι, σε εμπειρικό επίπεδο, η διάκριση αυτή δεν είναι τόσο σαφής όσο παρουσιάζεται σε εννοιολογικό επίπεδο. Στις μεσογειακές χώρες, γενικά ένα υψηλότερο μερίδιο της φροντίδας παρέχεται ανεπίσημα και ένα μικρότερο μερίδιο από το κοινωνικό κράτος, παράλληλα όμως οι ανάγκες για ένα μέρος του πληθυσμού παραμένουν ακάλυπτες.

Από την άλλη μεριά, οι Pacolet et al. (1998) θεωρούν ότι η διάκριση μεταξύ συστήματος τύπου «Bismarck» και τύπου «Beveridge» για την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να συμπεριλάβει και τη ΜΦ. Εντάσσουν δε και τις χώρες της νότιας Ευρώπης στο βισμαρκικό μοντέλο, κάτι ωστόσο το οποίο δεν ανταποκρίνεται πλήρως στην πραγματικότητα δεδομένου ότι, όπως αναφέρουμε παραπάνω, οι χώρες αυτές (τουλάχιστον η Ιταλία και η Ισπανία) έχουν πραγματοποιήσει εδώ και χρόνια μια ολοκληρωμένη μετάβαση από ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε ένα εθνικό σύστημα τύπου «Beveridge».

Παρακάτω παραθέτουμε μια κατηγοριοποίηση των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας με βάση την ανάλυση των Kraus et al. (2010). Η συγκριτική αυτή ανάλυση επικεντρώνεται κατεξοχήν στις υπηρεσίες ΜΦ και όχι στο σύνολο των κοινωνικών υπηρεσιών (για μια ευρύτερη προσέγγιση βλ. Bettio and Platenga, 2004), και κυρίως στην παροχή/οργάνωση των υπηρεσιών αυτών και τη χρηματοδότησή τους. Η συγκριτική ανάλυση των Kraus et al. στηρίζεται κυρίως στα κριτήρια που διατύπωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Συγκεκριμένα, για τη διάκριση μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων ΜΦ λαμβάνουν υπόψη τις παρακάτω μεταβλητές:

- (1) Τα κριτήρια επιλεξιμότητας (Απαιτείται έλεγχος των πόρων ή οι υπηρεσίες ΜΦ παρέχονται ως καθολικό δικαίωμα; Ποιοι αποκλείονται, μόνο ορισμένες

υψηλές εισοδηματικές κατηγορίες, ή η επιλεξιμότητα συναρτάται με κλιμάκωση του ύψους των παροχών;)

- (2) Τη βαρύτητα των παροχών σε χρήμα.
- (3) Τη δυνατότητα επιλογής παρόχου (τόσο για την ιδρυματική φροντίδα όσο και για τη φροντίδα στο σπίτι). Να σημειώσουμε εδώ, ότι στις περισσότερες χώρες υφίσταται κάποιος βαθμός επιλογής, π.χ. στη Δανία, την Ιταλία και την Ισπανία οι ωφελούμενοι έχουν τη διακριτική ευχέρεια να επιλέξουν πάροχο για την κατ' οίκον φροντίδα (αντίθετα στη Φινλανδία δεν υφίσταται η δυνατότητα αυτή).
- (4) Την ύπαρξη ή όχι μηχανισμών διασφάλισης της ποιότητας.
- (5) Τη σύνδεση / το συντονισμό των υπηρεσιών ΜΦ με την υγειονομική φροντίδα (καθώς θεωρείται ότι όσο υψηλότερο το επίπεδο συντονισμού μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών τόσο υψηλότερη θα είναι και η ποιότητα της φροντίδας).

Οι παραπάνω μεταβλητές χρησιμοποιούνται για την εξέταση της διάστασης του «οργανωσιακού βάθους» των συστημάτων ΜΦ.

- (6) Τον επιμερισμό του κόστους (cost-sharing), με έμφαση στο οικονομικό βάρος που αναλαμβάνουν τα ιδιωτικά νοικοκυριά. Αυτά δεν παρέχουν μόνο άτυπη φροντίδα, αλλά συχνά συμβάλλουν οικονομικά για την περίθαλψη που παρέχεται σε ιδρύματα και/ή κατ' οίκον. Το κόστος της ιδρυματικής παροχής ΜΦ συνήθως καλύπτεται εν μέρει από το δημόσιο σύστημα και εν μέρει από τα ιδιωτικά νοικοκυριά. Ο επιμερισμός του κόστους μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής κάλυψης μπορεί να συνδέεται με το εισόδημα (κυρίως από συντάξεις) ή, εναλλακτικά, να συνιστά συμμετοχή που πληρώνουν οι αποδέκτες φροντίδας για την παραμονή τους σε ίδρυμα (ή την κατ' οίκον φροντίδα) ανεξάρτητα από το εισόδημά τους.¹⁴ Στην ανάλυση των Kraus et al. (2010), η μεταβλητή του επιμερισμού του κόστους ανά πλαίσιο παροχής φροντίδας χρησιμεύει «ως ένα μέτρο για το κατά πόσο διαδεδομένος είναι ο επιμερισμός του κόστους» στις εξεταζόμενες χώρες, αν και τα διαθέσιμα δεδομένα για τη μεταβλητή αυτή είναι ανεπαρκή και δεν επιτρέπουν μια λεπτομερή εξέτα-

14. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, οι ιδιωτικές πληρωμές παίζουν σημαντικότερο ρόλο για τη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχεται εντός των ιδρυμάτων από ό,τι στο σπίτι (OECD, 2005).

ση.¹⁵ Επιπλέον, λαμβάνουν υπόψη τη δημόσια δαπάνη για ΜΦ ως ποσοστό του ΑΕΠ (7^η μεταβλητή). Οι δύο αυτές μεταβλητές (επιμερισμός κόστους και ύψος δημόσιας δαπάνης) χρησιμοποιούνται ως κριτήριο για τη «χρηματοδοτική γενναιοδωρία» των συστημάτων ΜΦ.

Η μελέτη των Kraus et al. (2010) δεν συμπεριέλαβε τη διάκριση των συστημάτων ΜΦ με βάση τον τρόπο χρηματοδότησής τους (μέσω της γενικής φορολογίας ή μέσω της κοινωνικής ασφάλισης), κυρίως διότι η διάκριση αυτή δεν είναι τόσο σαφής στην περίπτωση της ΜΦ. Σε σύγκριση με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης φαίνεται να είναι περιορισμένος, ενώ συχνότερα μεγαλύτερη βαρύτητα φαίνεται να έχει η γενική φορολογία ως μέσο χρηματοδότησης της ΜΦ. Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες που παραδοσιακά ανέπτυξαν συστήματα κοινωνικής προστασίας τα οποία στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, όπως η Αυστρία και η Γαλλία, οι παρεχόμενες υπηρεσίες ΜΦ παρεκκλίνουν από το βισμαρκικό μοντέλο (ειδικότερα στην Αυστρία, η ΜΦ δεν χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση). Θεωρείται δε, ότι σε μεγάλο βαθμό, η μεταβλητή του «τρόπου χρηματοδότησης» συναρτάται με τα κριτήρια πρόσβασης σε υπηρεσίες ΜΦ, και κατά συνέπεια επικαλύπτεται από τη μεταβλητή (1) που αναφέρουμε παραπάνω.

Με βάση όλες τις παραπάνω μεταβλητές, οι συγγραφείς καταλήγουν σε μια ομαδοποίηση των εξεταζόμενων συστημάτων ΜΦ, η οποία προδήλως ενισχύει το επιχείρημα ότι η συνήθης διάκριση μεταξύ σκανδιναβικών, ηπειρωτικών και μεσογειακών χωρών δεν αποτυπώνει επαρκώς τις ομοιότητες και διαφορές στον ευρωπαϊκό χώρο (βλ. Διάγραμμα 1.1).¹⁶

15. Οι Kraus et al. (2010: 12) υποθέτουν πως καθώς «οι άνθρωποι εκτιμούν την αλληλεγγύη και αποστρέφονται τον κίνδυνο αναμένεται ότι τα άτομα που έχουν ανάγκη από φροντίδα προτιμούν ένα καθεστώς όπου ο επιμερισμός του κόστους είναι λιγότερο διαδεδομένος». Ωστόσο, τα εμπειρικά στοιχεία που παρέχουν, μας δείχνουν ότι, εν γένει, στις περισσότερες χώρες υφίσταται υποχρεωτικός επιμερισμός του κόστους για την ιδρυματική φροντίδα. Όσο για τη φροντίδα κατ' οίκον (συμπεριλαμβανόμενης και της νοσηλευτικής φροντίδας), τα στοιχεία που παραθέτουν μας δείχνουν ότι μόνο στη Δανία, τη Γερμανία και τη Λετονία δεν χρεώνονται οι αποδέκτες για τη φροντίδα αυτή.

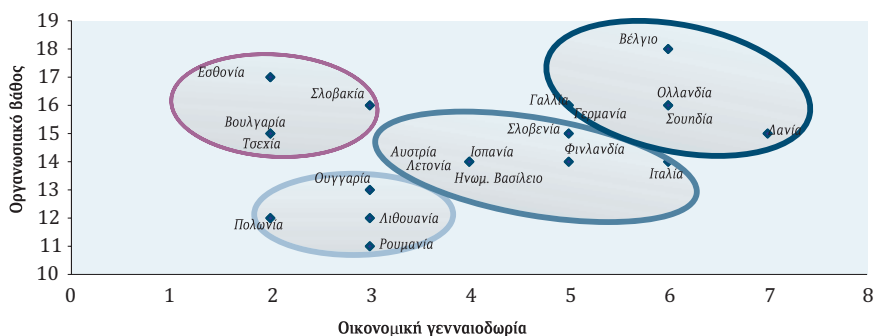
16. Λόγω έλλειψης συγκρίσιμων εμπειρικών δεδομένων, η Ελλάδα δεν περιλαμβάνεται στη συγκριτική αυτή μελέτη.

Μια πρώτη ομάδα αποτελείται από τις σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Σουηδία) και τις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία και Ολλανδία). Η ομάδα αυτή χαρακτηρίζεται από «οργανωσιακό βάθος» και υψηλά επίπεδα «οικονομικής γενναιοδωρίας». Στην ομάδα αυτή, οι αποδέκτες φροντίδας απολαμβάνουν την υψηλότερη δυνατή πρόσβαση σε δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες ΜΦ, και επίσης έχουν υψηλό βαθμό επιλογής παρόχου. Ως προς την οικονομική γενναιοδωρία, όπως αυτή προσδιορίζεται με βάση τη δημόσια δαπάνη για ΜΦ ως ποσοστό του ΑΕΠ και τον επιμερισμό του κόστους, η Δανία κατέχει την υψηλότερη θέση – η δημόσια δαπάνη για ΜΦ ανέρχεται σε 1,7% του ΑΕΠ, και η συμμετοχή στο κόστος που βαραίνει τους ωφελουμένους αφορά μόνο την ιδρυματική φροντίδα. Ωστόσο, ως προς το «οργανωσιακό βάθος» το Βέλγιο παρουσιάζει την υψηλότερη απόδοση. Οι μελετητές τονίζουν ότι, παρόλο που οι δημόσιες δαπάνες για ΜΦ είναι υψηλότερες στην Ολλανδία (2,5% του ΑΕΠ) και τη Σουηδία (3,5% του ΑΕΠ), τα συστήματά ΜΦ των χωρών αυτών ταξινομούνται ως λιγότερο «οικονομικά γενναιόδωρα» σε σύγκριση με τη Δανία, γιατί η συμμετοχή των αποδεκτών των υπηρεσιών στο κόστος είναι περισσότερο διαδεδομένη σε αυτές τις δύο χώρες.

Η δεύτερη ομάδα αποτελεί μια ενδιάμεση περίπτωση, μεταξύ των «συστάδων» 1 και 3. Περιλαμβάνει συστήματα ΜΦ που χαρακτηρίζονται από μέσες τιμές για το «οργανωσιακό βάθος» και την «οικονομική γενναιοδωρία» τους. Σε σύγκριση με την πρώτη ομάδα, οι χώρες αυτές υστερούν σημαντικά κυρίως ως προς την οργανωτική διάσταση της ΜΦ, ενώ οι διαφορές ως προς την οικονομική γενναιοδωρία (σε σύγκριση με την ομάδα 1) είναι μικρότερες. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η ομάδα αυτή περιλαμβάνει χώρες από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές (τη Φινλανδία από τη Σκανδιναβία, την Αυστρία από την ηπειρωτική Ευρώπη, τις χώρες της νότιας Ευρώπης –Ισπανία και Ιταλία– αλλά και ορισμένες χώρες της ανατολικής Ευρώπης –Σλοβενία και Λετονία–, καθώς και το Ηνωμένο Βασίλειο). Όπως τονίζουν οι μελετητές, τα διακριτικά χαρακτηριστικά μεταξύ των ομάδων 1 και 2 δεν είναι ιδιαίτερα σαφή, δεδομένου ότι «η εφαρμογή του αλγορίθμου ομαδοποίησης αποκάλυψε επανειλημμένα κάποιο βαθμό ευελιξίας όσον αφορά την κατάταξη της Ιταλίας, της Φινλανδίας και της Σλοβενίας, καθώς οι χώρες αυτές μερικές φορές ταξινομούνται επίσης στην πρώτη ομάδα» (Kraus et al., 2010: 16).

Η τρίτη και τέταρτη ομάδα περιλαμβάνει χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ. Οι χώρες αυτές έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό το χαμηλό επίπεδο «οικονομικής γενναιοδωρίας», καθώς η δημόσια δαπάνη για υπηρεσίες ΜΦ δεν υπερβαίνει το 0,5% του ΑΕΠ, και οι ιδιωτικές συνεισφορές (και πληρωμές) είναι ευρέως διαδεδομένες. Ωστόσο, οι δύο ομάδες διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το «οργανωσιακό βάθος», το οποίο εμφανίζεται συγκριτικά υψηλό στις χώρες της τρίτης ομάδας (Εσθονία, Τσεχία, Σλοβακία και Βουλγαρία), και εξαιρετικά χαμηλό στις χώρες της τέταρτης ομάδας (Ουγγαρία, Πολωνία, Λιθουανία και Ρουμανία). Συνεπώς, οι διαφορές ως προς την οργανωτική διάσταση εξηγούν γιατί οι χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ δεν αποτελούν στο σύνολό τους μια διακριτή ομάδα.

Διάγραμμα 1.1: Τυπολογία συστημάτων ΜΦ στην Ευρώπη



Πηγή: Kraus et al. (2010: 16)

Ως προς την οικονομική γενναιοδωρία, παρατηρούμε ένα χάσμα μεταξύ της δυτικής και της ανατολικής Ευρώπης (συμπεριλαμβανομένων και των Βαλκανικών χωρών – Βουλγαρία και Ρουμανία). Εν γένει τα κράτη της δυτικής Ευρώπης (που περιλαμβάνονται στη μελέτη) εμφανίζονται περισσότερο γενναιοδωρα στο πεδίο της ΜΦ. Οι χώρες αυτές δαπανούν κατά μέσο όρο 1,6% του ΑΕΠ για τη ΜΦ, ενώ οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης δαπανούν κατά μέσο όρο περίπου 0,3% του ΑΕΠ.

Συνοπτικά, οι σκανδιναβικές χώρες και οι χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης συνιστούν γειτονικά συμπλέγματα (ομάδες 1 & 2, Διάγραμμα 1.1), αν και οι περισσότερες χώρες από τις δύο αυτές γεωγραφικές περιοχές εντάσσονται στην πρώτη ομάδα. Οι δύο μεσογειακές χώρες που περιλαμβάνονται στη μελέτη αυτή

Πίνακας 1.2: Συστάδες χωρών με βάση τα χαρακτηριστικά της ΜΦ

Συστάδες χωρών	Δημόσια δαπάνη σταθμισμένη ως προς τον αριθμό ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο σύνολο του πληθυσμού (1)	Ιδιωτική δαπάνη ως % επί του συνόλου της δαπάνης για ΜΦ (2)	Τυπική φροντίδα (3)	Άτυπη φροντίδα (4)	Πρόσβαση (έλεγχος των πόρων) (5)	Παροχή σε χρήμα (6)	Υποστήριξη άτυπων φροντιστών (7)
Βέλγιο							
Τσεχία							
Γερμανία	1	1	2	3	1	1	3
Σλοβακία (Α)							
Δανία							
Σουηδία	3	1	3	1	1	1	3
Ολλανδία (Β)							
Αυστρία							
Φινλανδία							
Γαλλία							
Ισπανία	2	3	2	3	3	3	3
Ηνωμένο Βασίλειο (Γ)							
Ουγγαρία							
Ιταλία (Δ)	1	3	1	3	2	2	1

Πηγή: Kraus et al. (2012: 26)

κατατάσσονται στην ίδια ομάδα (ομάδα 2) και υπολείπονται ως προς την οικονομική γενναιοδωρία των χωρών της 1^{ης} ομάδας (βέβαια, η 2^η ομάδα στην οποία εντάσσονται οι δύο μεσογειακές χώρες είναι αρκετά ανομοιογενής ως προς τα χαρακτηριστικά των κρατών πρόνοιας των χωρών που περιλαμβάνονται σε αυτήν). Τέλος, οι πρώην ανατολικές χώρες παρουσιάζουν τους χαμηλότερους δείκτες ως προς τις δύο παραπάνω μεταβλητές.

Ωστόσο, η παραπάνω μελέτη αναπτύσσει και μία δεύτερη προσέγγιση με βάση κυρίως το ύψος των δαπανών για τη ΜΦ, τον/τους φορείς χρηματοδότησης, την πρόσβαση, και την παροχή υπηρεσιών ΜΦ. Η δεύτερη αυτή προσέγγιση επικεντρώνεται, ειδικότερα, στα παρακάτω χαρακτηριστικά με βάση τα οποία διαμορφώνονται επτά μεταβλητές (βλ. Kraus et al., 2010: 21):

- Το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης για ΜΦ επί του ΑΕΠ, σταθμισμένο με βάση τον αριθμό των ατόμων 65 και άνω στο σύνολο του πληθυσμού.
- Το μερίδιο της ιδιωτικής δαπάνης επί του συνόλου της δαπάνης για ΜΦ.
- Το ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας που χρησιμοποιούν υπηρεσίες «τυπικής» και «άτυπης» φροντίδας.
- Το βαθμό υποστήριξης που προσφέρεται στους άτυπους φροντιστές (επίδομα και άλλες υποστηρικτικές παροχές).
- Την πρόσβαση στις παροχές ΜΦ (η ΜΦ καθολικό δικαίωμα ή παροχή με βάση τον έλεγχο των πόρων;).
- Το μερίδιο της παροχής σε χρήμα (μέση κατά κεφαλήν παροχή σε χρήμα για ιδρυματική ή κατ' οίκον φροντίδα, σταθμισμένη ως προς το κόστος διαβίωσης στις χώρες της ΕΕ).

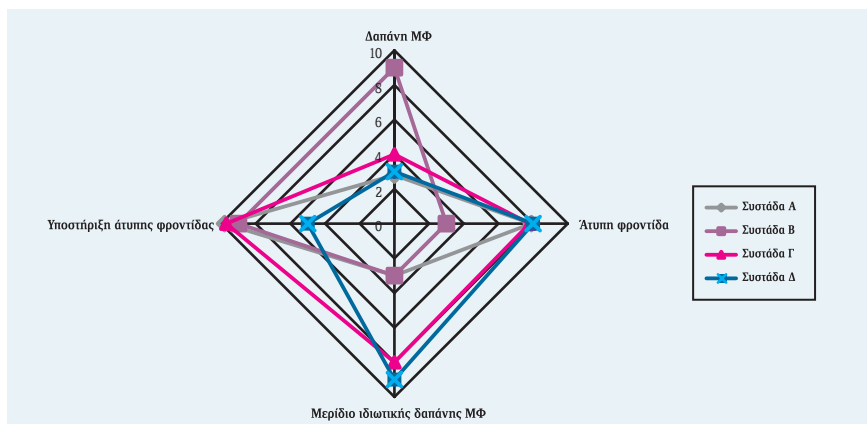
Η δεύτερη αυτή προσέγγιση συμπληρώνει την παραπάνω ανάλυση και προσφέρει εναλλακτικές ομαδοποιήσεις με βάση τη δαπάνη, την πρόσβαση στη ΜΦ, το ρόλο της άτυπης φροντίδας, το βαθμό υποστήριξης των φροντιστών κ.λπ. Με βάση τις δαπάνες διακρίνουμε τρεις συστάδες. Οι σκανδιναβικές χώρες και η Ολλανδία χαρακτηρίζονται από ένα ιδιαίτερα ανεπτυγμένο και γενναιοδωρο σύστημα ΜΦ (βλ. Πίνακα 1.2), όπου κυριαρχεί η τυπική φροντίδα (ως καθολικό δικαίωμα) και επιπλέον στο βαθμό που υφίσταται άτυπη φροντίδα, παρέχεται σημαντική υποστήριξη στους άτυπους φροντιστές. Μια άλλη συστάδα χωρών που περιλαμβάνει το Βέλγιο, τη Γερμανία, την Τσεχία και τη Σλοβακία παρουσιάζει συγκριτικά χαμηλό επίπεδο δημόσιας κατά κεφαλήν δαπάνης για ΜΦ, μέτριο επίπεδο παροχής τυπικής φροντίδας και υψηλό επίπεδο παροχής άτυπης φροντίδας με παράλληλη, ωστόσο υποστήριξη των άτυπων φροντιστών. Η Αυστρία, η Γαλλία, η Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο (καθώς και η Φινλανδία, από τις σκανδιναβικές χώρες) χαρακτηρίζονται από ένα μέσο επίπεδο «οικονομικής γενναιοδωρίας», υψηλό επίπεδο ιδιωτικής δαπάνης, εκτεταμένη εφαρμογή «ελέγχου των πόρων» (και/ή της ανάγκης για ΜΦ) των δικαιούχων, ως κριτή-

ριο επιλεξιμότητας, υψηλό επίπεδο παροχών σε χρήμα, μέτρια παροχή τυπικής φροντίδας, υψηλό βαθμό άτυπης φροντίδας, η οποία, και στην περίπτωση των χωρών αυτών υποστηρίζεται με παροχές προς τους άτυπους φροντιστές. Τέλος, η Ιταλία και η Ουγγαρία συνιστούν μια ακόμη συστάδα χωρών που παρουσιάζει πολύ χαμηλή δημόσια δαπάνη και υψηλή ιδιωτική δαπάνη, χαμηλό επίπεδο παροχής τυπικής φροντίδας και μέτριο επίπεδο παροχών σε χρήμα (και εφαρμογή ελέγχου των πόρων για τις παροχές αυτές), καθώς επίσης και εκτεταμένη χρήση υπηρεσιών άτυπης φροντίδας αλλά χωρίς ουσιαστική υποστήριξη προς τους άτυπους φροντιστές.

Οι παραπάνω ομαδοποιήσεις αποτυπώνουν συγκριτικά το βαθμό ανάπτυξης των συστημάτων ΜΦ. Η συστάδα Β που περιλαμβάνει κυρίως τις σκανδιναβικές χώρες διαθέτει ένα ιδιαίτερα εξελιγμένο σύστημα με γενναιόδωρη χρηματοδότηση, όπου η σχετικά χαμηλή χρήση της άτυπης φροντίδας (παρά την οικονομική και γενικότερη υποστήριξη προς τους άτυπους φροντιστές) μπορεί να εξηγηθεί από τη διαθεσιμότητα και, προφανώς, την προτίμηση για επίσημες υπηρεσίες από τα άτομα που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας. Στον αντίποδα βρίσκεται η συστάδα Δ που χαρακτηρίζεται από ένα ανεπαρκώς ανεπτυγμένο σύστημα τυπικής φροντίδας και μεγάλη εξάρτηση όσων έχουν ανάγκη φροντίδας από άτυπη παροχή (μέσα στην οικογένεια), χωρίς ωστόσο να υφίσταται θεσμικά κατοχυρωμένη υποστήριξη προς τους άτυπους φροντιστές. Οι συστάδες Α και Γ συνδυάζουν μέτρια παροχή τυπικής φροντίδας και υψηλό επίπεδο άτυπης φροντίδας η οποία, όμως, υποστηρίζεται συστηματικά. Να τονίσουμε επίσης ότι ο υψηλός βαθμός άτυπης φροντίδας αντανακλά την περιορισμένη δημόσια δαπάνη για ΜΦ: οι ομάδες χωρών με τη χαμηλότερη δημόσια δαπάνη παρουσιάζουν υψηλούς δείκτες ως προς την άτυπη φροντίδα.

Το Διάγραμμα 1.2 συνοψίζει τις διαφορές μεταξύ των τεσσάρων ομάδων χωρών ως προς τις τέσσερις (από τις επτά) μεταβλητές που εξετάζονται. Αποτυπώνει μια σαφή διάκριση μεταξύ συστημάτων με χαμηλό και υψηλό μερίδιο ιδιωτικής δαπάνης για ΜΦ (συστάδα Α και Β # συστάδα Γ και Δ). Οι δύο ομάδες χωρών με μικρό μερίδιο ιδιωτικής δαπάνης (συστάδες Α και Β) ξεχωρίζουν μεταξύ του με βάση το ύψος της (κατά κεφαλήν, σταθμισμένης ως προς τον αριθμό ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω) δημόσιας δαπάνης για ΜΦ (σε αυτές με υψηλή δαπάνη και αυτές με χαμηλή δαπάνη) και το βαθμό άτυπης φροντίδας. Οι δύο ομάδες που παρουσιάζουν υψηλή ιδιωτική δαπάνη (συστάδες Γ & Δ) ξεχωρίζουν μεταξύ τους με βάση

Διάγραμμα 1.2: Συστάδες χωρών με βάση τη δημόσια/ιδιωτική δαπάνη, την άτυπη φροντίδα και το βαθμό υποστήριξης στους άτυπους φροντιστές



Πηγή: Kraus et al. (2010: 30)

το βαθμό υποστήριξης προς τους άτυπους φροντιστές, με την ομάδα που περιλαμβάνει την Ιταλία και την Ουγγαρία να παρουσιάζει τον χαμηλότερο δείκτη υποστήριξης της άτυπης φροντίδας παρά την εκτεταμένη χρήση υπηρεσιών άτυπης φροντίδας στις χώρες από αυτούς που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας.

Τέλος, ιδιαίτερα στις δύο χώρες της νότιας Ευρώπης, η τρέχουσα κρίση έχει περιορίσει σημαντικά τη χρηματοδοτική ικανότητα των προγραμμάτων ΜΦ (βλ. Jessoula and Pavolini, 2013· Patxot, 2013· Petmesidou, 2013a).

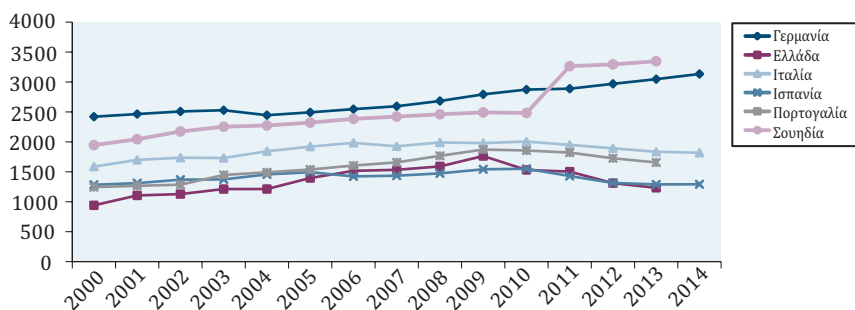
1.4 Η Ελλάδα σε συγκριτική προοπτική

Σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης, η Ελλάδα διατήρησε μέχρι πρόσφατα ένα μεικτό σύστημα, τόσο όσον αφορά τη χρηματοδότηση όσο και την παροχή υπηρεσιών υγείας: ένα σύστημα ασφάλισης υγείας που βασίζεται στην απασχόληση συνδυάστηκε με ένα εθνικό σύστημα υγείας (κυρίως για τη νοσοκομειακή φροντίδα), ενώ παράλληλα η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία αυξήθηκε σημαντικά μέχρι το ξέσπασμα της κρίσης. Σε σύγκριση με την Ιταλία και την Ισπανία (Petmesidou et al., 2014) η Ελλάδα διατήρησε μέχρι πρόσφατα έναν υψηλό βαθμό ανισότητας ως προς το εύρος και το επίπεδο των παροχών υγείας για τους ασφαλισμένους στα διάφορα κοινωνικο-επαγγελματικά ταμεία.

Η σύνδεση ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια φροντίδα παρέμεινε προβληματική και οι ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket payments) έφθασαν να καλύπτουν περίπου το 34% της συνολικής δαπάνης για την υγεία (το 2008, τα αντίστοιχο ποσοστό για την Ιταλία και την Ισπανία ανερχόταν σε 20%, και για την Πορτογαλία στο 27%).

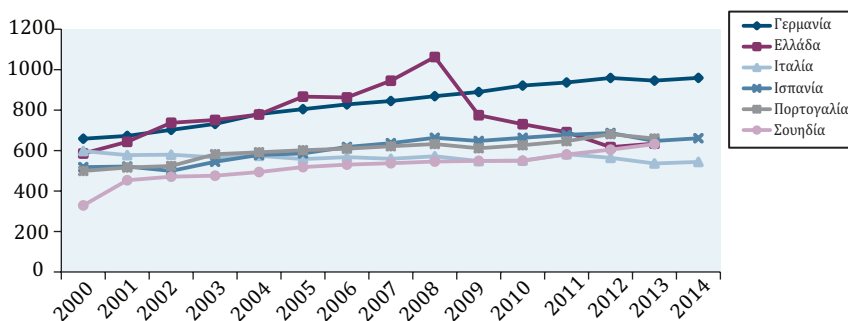
Τα Διαγράμματα 1.3 και 1.4 παρουσιάζουν την εξέλιξη της δημόσιας και ιδιωτικής κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία (σε μονάδες αγοραστικής δύναμης σε \$ ΗΠΑ και σταθερές τιμές 2005, κατά τη δεκαετία του 2000). Η δημόσια δαπάνη παρουσιάζει σημαντική ανοδική πορεία μέχρι την έναρξη της κρίσης. Ωστόσο, συγκριτικά με άλλες χώρες (όπως φαίνεται στο διάγραμμα), η δημόσια δαπάνη παρέμεινε χαμηλή (χαμηλότερη ακόμη και σε σύγκριση με την Πορτογαλία, κατά το πρώτο μισό της δεκαετίας του 2000). Αντίθετα, αναφορικά με την κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη (σε ΜΑΔ, \$ ΗΠΑ και σταθερές τιμές 2005), η Ελλάδα ξεχωρίζει για τη σταθερά υψηλή δαπάνη μέχρι την έναρξη της κρίσης, και την απότομη μείωση από το 2009 έως το 2013. Αναμφισβήτητα, η παράλληλη συρρίκνωση τόσο της δημόσιας όσο και της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, κατά τα τελευταία χρόνια, συνεπάγονται τη διόγκωση των ακάλυπτων αναγκών για υγειονομική φροντίδα (βλ. Μέρος III, παρακάτω). Να σημειωθεί ότι από το 2009 μέχρι το 2012, η δημόσια δαπάνη μειώθηκε κατά 5 δισ. ευρώ, ενώ έχει προϋπολογιστεί περαιτέρω μείωση της τάξης των περίπου 2,7 δισ.

Διάγραμμα 1.3: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ ΗΠΑ, σταθερές τιμές 2005)



Πηγή: OECD Health Statistics

Διάγραμμα 1.4: Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ ΗΠΑ, σταθερές τιμές 2005)



Πηγή: OECD health statistics

ευρώ μέχρι το 2015.¹⁷ Μεγάλο μέρος των περικοπών είναι αποτέλεσμα δραστικού περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης και υπαγορεύεται από την «Μνημονιακή» δέσμευση περιορισμού της δημόσιας δαπάνης υγείας στο 6% του ΑΕΠ (το οποίο ωστόσο συρρικνώθηκε κατά το ένα τέταρτο από το 2009 έως το 2014).

Δεδομένου ότι οι δαπάνες για την υγεία ασκούν πίεση στον κρατικό προϋπολογισμό, η αναμόρφωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί κεντρικό στοιχείο της διαρθρωτικής προσαρμογής, και οι βασικές πτυχές της μεταρρύθμισης έχουν περιληφθεί στο «Μνημόνιο Συνεννόησης» ανάμεσα στην Ελλάδα και τους διεθνείς πιστωτές της. Σημαντικές εξελίξεις έχουν καταγραφεί σε σχέση με την αντιμετώπιση του κατακερματισμού στη διακυβέρνηση και τη διοίκηση της δημόσιας υγείας (συγχώνευση των κύριων ταμείων υγειονομικής ασφάλισης, αναδιάταξη του χάρτη των δημόσιων νοσοκομείων και των φορέων κοινωνικής φροντίδας, εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ηλεκτρονικών παραπομπών, εισαγωγή Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων ως μεθό-

17. Από το 2009 έως το 2012, η μέση ετήσια μείωση της κατά κεφαλήν δημόσιας δαπάνης σε σταθερές τιμές ήταν 11,8% στην Ελλάδα. Αξιοσημείωτη μέση ετήσια μείωση παρουσιάζει και η Πορτογαλία που επίσης εντάχθηκε σε πρόγραμμα διάσωσης (-7,9% κατά την ίδια περίοδο). Στην Ιταλία και την Ισπανία, κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης οι περικοπές ήταν σχετικά περιορισμένες, εντάθηκαν όμως στη συνέχεια (η μέση ετήσια μείωση στην Ισπανία ανέρχεται σε -5,7%, και στην Ιταλία σε -2,4% καλύπτει δε την περίοδο 2009-2013· βλ. Petmesidou et al., 2014: 335).

δου κοστολόγησης της θεραπείας, νέο σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων, αλλάγές στο σύστημα προμηθειών και στο λογιστικό σύστημα του ΕΣΥ και κατάρτιση θετικής και αρνητικής λίστας φαρμάκων).

Οι μεταρρυθμίσεις αντανακλούν δεσμεύσεις της «συμφωνίας διάσωσης» και ως τέτοιες δίνουν προτεραιότητα στη χρηματοδότηση του δημόσιου χρέους σε βάρος σημαντικών κριτηρίων όπως η ποιότητα των παροχών, η κοινωνική δικαιοσύνη και η καθολική πρόσβαση. Οι μεταρρυθμίσεις τείνουν να αυξάνουν την ανάγκη για πληρωμές από την τσέπη των ασθενών, λόγω της αύξησης της συμμετοχής στο κόστος των φαρμάκων, σε διάφορες κλινικές εξετάσεις και για μια σειρά από υλικά και αναλώσιμα υγείας για συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών της συρρίκνωσης των πεδίων θεραπείας που καλύπτονται από τη δημόσια παροχή, παράλληλα με τη συμφόρηση στην παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης από τον ΕΟΠΥΥ¹⁸ που αναγκάζουν τους ασθενείς να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα του εισιτηρίου για την πρόσβαση στις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία και άλλα παρόμοια μέτρα. Πιλοτικές μελέτες που διεξήχθησαν σε πρώιμο στάδιο της κρίσης (Kentikelenis et al., 2011· Kondilis et al., 2013) παρέχουν επαρκή στοιχεία του τρόπου με τον οποίο οι οικονομικές δυσχέρειες και τα εμπόδια πρόσβασης στη δημόσια υγεία (μεγάλες λίστες αναμονής, απόσταση κ.λπ.) δεν επιτρέπουν στους πολίτες να ζητήσουν ιατρική φροντίδα, ακόμη και όταν τη χρειάζονται.¹⁹ Οι δραματικές περικοπές στις δαπάνες για την υγεία, η συρρίκνωση του αριθμού των κλινών (ακόμη και σε μονάδες εντατικής θεραπείας), η μείωση του υγειονομικού προσωπικού στον δημόσιο τομέα και η υποχώρηση της κάλυψης δεν αποτελούν καλό οιωνό για την αντιμετώπιση της αυξανόμενης ζήτησης δημοσίων παροχών (Triantafyllou and Angeletopoulou, 2011). Η εξίσωση της ποιότητας και της κάλυψης προς τα κάτω, δηλαδή προς ένα χαμηλή κοινό παρονομαστή είναι μια πιθανή απειλή με αρνητικές συνέπει-

18. Ο «Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας», που ιδρύθηκε με τη συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων υγείας, καλύπτει εργαζόμενους του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, αυτοαπασχολούμενους και αγρότες. Τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας των ασκούντων επιστημονικά-ελευθέρια επαγγέλματα διατήρησαν το ξεχωριστό ασφαλιστικό καθεστώς τους μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2012, οπότε και εκείνα εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.

19. Μία άλλη ένδειξη των επιπτώσεων της κρίσης στις ευάλωτες ομάδες είναι η αυξανόμενη χρήση υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται δωρεάν από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (π.χ. Γιατροί του Κόσμου).

ες όχι μόνο για τις πιο ευάλωτες ομάδες, αλλά και για μεγάλα τμήματα των μεσαίων εισοδηματικών στρωμάτων των οποίων το βιοτικό επίπεδο καταρρέει (Petmesidou, 2013b· Petmesidou et al., 2014).

Λίγο πριν από το ξέσπασμα της κρίσης, η εκτίμηση των πολιτών για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προβάλλει σημαντικά προβλήματα. Στην Ελλάδα (όπως επίσης και στην Πορτογαλία) αρνητικές εκτιμήσεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την πρόσβαση και την οικονομική προσιτότητα διατυπώνονται από την πλειοψηφία των πολιτών τόσο σχετικά με τη δευτεροβάθμια όσο και με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (και τις υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικούς ιατρούς) (βλ. Πίνακα 1.3). Η Ισπανία ξεχωρίζει λόγω της συγκριτικά θετικής αξιολόγησης που εξέφρασαν οι πολίτες για όλο το φάσμα των διαστάσεων που εξετάζονται (ακόμη και σε σύγκριση με τον μέσο όρο των βαθμολογιών της ΕΕ-27). Ενδεικτικά, το 2007 στην Ελλάδα (και την Πορτογαλία), περίπου τα δύο τρίτα των πολιτών θεωρούσαν τις υπηρεσίες από ειδικούς γιατρούς οικονομικά δυσβάσταχτες, και περίπου το 30% έως 50% των ερωτώμενων είχαν την ίδια άποψη για όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας).

Η έρευνα του «Ευρωβαρόμετρου» που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης (τέλη 2013) καταγράφει εκ νέου τις αρνητικές εκτιμήσεις των πολιτών για τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στις τέσσερις χώρες της νότιας Ευρώπης. Ωστόσο, η Ελλάδα ξεχωρίζει με ένα εξαιρετικά υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας (74% των ερωτηθέντων). Η κρίση που έπληξε τις χώρες αυτές (κυρίως την Ελλάδα) επιδείνωσε τα ήδη σοβαρά προβλήματα του συστήματος υγείας. Η δημοσιονομική λιτότητα και ο εξορθολογισμός του κόστους έγιναν κεντρικές προτεραιότητες που προσανατολίζουν τις μεταρρυθμίσεις, εις βάρος της ποιότητας, της ίσης πρόσβασης και της προσιτότητας.

Όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα, αυτή συνιστά έναν ελάχιστο ανεπτυγμένο τομέα πολιτικής, και ως εκ τούτου, με βάση τις παραπάνω ταξινομήσεις η Ελλάδα θα πρέπει να περιληφθεί στην ομάδα με τη χαμηλότερη δημόσια δαπάνη και την εκτεταμένη χρήση υπηρεσιών «άτυπης φροντίδας» (χωρίς καμία, ωστόσο, υποστήριξη στους άτυπους φροντιστές). Δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες τυπικής μακροχρόνιας φροντίδας που να εξασφαλίζουν την καθολική κάλυψη. Οι υφιστάμενες (δημόσια παρεχόμενες) υπηρεσίες απευθύνονται στους πλέον ασθενέστερους οικονομικά με βάση τον έλεγχο των πόρων (ωστόσο υπάρχει σημαντική

Πίνακας 1.3: Η εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες (2007 και 2013)

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

Πηγή: Petmesidou et al. (2014: 334) (με βάση στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου 2007 και 2013, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf & http://ec.europa.eu/health/patient_safety/eurobarometers/ebs_411_en.htm)

*EU28

έλλειψη συγκρίσιμων δεδομένων ώστε να καταστεί δυνατή η συμπερίληψη της Ελλάδας στις συγκριτικές μελέτες για τη ΜΦ). Οι υπηρεσίες ΜΦ για τους χρονίως πάσχοντες (είτε σε δημόσια ιδρύματα, είτε σε κλινικές του ιδιωτικού κερδοσκοπικού και μη τομέα μέσω συμβάσεων που συνάπτουν οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης) μετά βίας καλύπτουν τη ζήτηση, λόγω της ανεπάρκειας του αριθμού των κλινών (στα δημόσια κέντρα κοινωνικής φροντίδας), το χαμηλό επίπεδο παροχών από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και τη ραγδαία συρρίκνωση του δημόσιου προϋπολογισμού. Η ιδιωτική ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα είναι αμελητέα και το κόστος των επ' αμοιβή «άτυπων φροντιστών» που απασχολούνται κατ' οίκον, από όσους μπορούν να το αντέξουν οικονομικά, καλύπτεται από ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket). Ωστόσο, κατά τα τελευταία χρόνια, η συρρίκνωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών αποδυναμώνει την ικανότητά τους να στραφούν προς την άτυπη αγορά υπηρεσιών φροντίδας.

Συνοπτικά, η δημόσια κοινωνική φροντίδα αποτελεί υπολειμματικό πεδίο κοινωνικής πολιτικής που απευθύνεται στους ασθενέστερους (με έλεγχο των πόρων) και όχι κατοχυρωμένο κοινωνικό δικαίωμα του πολίτη. Επιπλέον, παρά τις προβλέψεις, λόγω της δημογραφικής γήρανσης, για σημαντική αύξηση των αναγκών για ΜΦ κατά τις επόμενες δεκαετίες, το ζήτημα είτε της θεσμοθέτησης κοινωνικής ασφάλισης για μακροχρόνια φροντίδα για ολόκληρο τον ενεργό πληθυσμό, είτε της κατοχύρωσης καθολικού δικαιώματος στη ΜΦ (που θα χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία) δεν έχει απασχολήσει τον δημόσιο διάλογο.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάσαμε συγκριτικά τις τάσεις μεταρρύθμισης που χαρακτηρίζουν τα τρία διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι τάσεις αυτές, οι οποίες εκδηλώνονται ήδη από τις προηγούμενες δεκαετίες, ενισχύονται κατά τα τελευταία χρόνια υπό τις συνθήκες της οικονομικής κρίσης, και περιλαμβάνουν σημαντικές αναδιατάξεις στη σχέση δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, δημόσιας και ιδιωτικής παροχής καθώς και σε ό,τι αφορά τις ρυθμιστικές λειτουργίες του κράτους στο πεδίο της υγείας. Η ενίσχυση της ιδιωτικής παροχής και χρηματοδότησης στα συστήματα «ΕΣΥ», ο περιορισμός της αυτο-ρύθμισης και η ενίσχυση του κρατικού, ιεραρχικού ελέγχου στα συστήματα «ΚΑΥ» καθώς και στα συστήματα «ΙΑΥ», όπως επίσης και η διείδυση κοινών «εργαλείων» για τη συγκράτηση του κόστους (όπως οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες, DRGs) προβάλλουν τάσεις σύγκλισης. Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε ειδικότερα τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της παρατεταμένης λιτότητας στο χώρο της υγείας και κυρίως στην όξυνση των ανισοτήτων στην υγεία.

2. Οικονομική κρίση, λιτότητα και ανισότητες στην υγεία: Πολιτικές επιλογές και προσεγγίσεις στο ζήτημα της ανισότητας

2.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό αναπτύσσουμε μια μακροσκοπική θεώρηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στις ανισότητες υγείας, οι οποίες συνίστανται στις συστηματικές διαφορές μεταξύ ατόμων ως προς την κατάσταση υγείας και ως προς την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η ποιοτική και ποσοτική αποτύπωση των ανισοτήτων υγείας βρίσκεται στο επίκεντρο της ερευνητικής ατζέντας σε διεθνές επίπεδο, ιδιαίτερα μετά την πρωτοφανή έξαρση ασθενειών και θανάτων σε χώρες που έχουν πληγεί από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 και την κρίση χρέους που ακολούθησε σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης. Για παράδειγμα, κατά τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα εμφανίζει 52% αύξηση του AIDS, διπλασιασμό των αυτοκτονιών, αύξηση των ανθρωποκτονιών και επανεμφάνιση της ελονοσίας (βλ. Stuckler and Basu, 2013). Ορισμένοι ερευνητές αποδίδουν τη δραματική αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας σε νεοφιλελεύθερες πολιτικές, όπως η μείωση μισθών, η περικοπή κοινωνικών προγραμμάτων και η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων, που εφαρμόζονται σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες που έχουν ενταχθεί σε προγράμματα δομικής προσαρμογής υπό την εποπτεία διεθνών οργανισμών, όπως το ΔΝΤ και η Παγκόσμια Τράπεζα (π.χ. βλ. Coburn, 2004· Coburn and Coburn, 2007).

Η ιδεολογικοπολιτική και αξιακή επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού ασκεί τεράστιες επιδράσεις στη διαδικασία χάραξης και εφαρμογής πολιτικών σε παγκό-

σμα κλίμακα. Ως συνέπεια, ολόένα και περισσότεροι εθνικοί και υπερεθνικοί φορείς δράσης ασπάζονται τη λιτότητα ως μέσο για την «επίλυση» των οικονομικών προβλημάτων που προέκυψαν μετά το ξέσπασμα της κρίσης. Η λιτότητα αποτελεί κεντρική έννοια για την κατανόηση των αιτιωδών διαδρομών μέσω των οποίων η οικονομική κρίση επιδρά στο επίπεδο των ανισοτήτων υγείας. Όπως υπογραμμίζουν οι Stuckler και Basu (2013), «ο πραγματικός κίνδυνος για τη δημόσια υγεία δεν είναι η ύφεση αυτή καθαυτή, αλλά η λιτότητα». Η τελευταία οδηγεί σε έκρηξη της ανεργίας, διεύρυνση της εισοδηματικής ανισότητας, όξυνση του κοινωνικού αποκλεισμού και άλλα παρόμοια φαινόμενα που σχετίζονται αρνητικά τόσο με το επίπεδο υγείας (βιολογική, ψυχολογική και συναισθηματική φθορά των ατόμων), όσο και με το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας (συρρίκνωση των αναγκαίων υλικών και μη υλικών πόρων του συστήματος).

Η ανάλυση που ακολουθεί σκιαγραφεί το πλαίσιο της Μεγάλης Κρίσης (Great Recession) που ξέσπασε κατά το τέλος της δεκαετίας του 2000, εστιάζοντας στον τρόπο με τον οποίο η συντριπτική πλειονότητα των εθνικών και υπερεθνικών φορέων δράσης αντέδρασε απέναντι στην οικονομική αναταραχή, μέσω της επιβολής της λιτότητας στην οικονομική και την κοινωνική ζωή. Στη συνέχεια εξετάζεται σε θεωρητικό και εμπειρικό επίπεδο η (ανα)διάρθρωση της κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με τα χαρακτηριστικά και τη δυναμική των ανισοτήτων υγείας. Η ανάλυσή μας προσεγγίζει τις πολιτικές λιτότητας μέσα από μια κριτική σκοπιά. Διερευνώνται οι αρνητικές επιπτώσεις σε βασικούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (όπως, για παράδειγμα, η απασχόληση και το εισόδημα), οι οποίες καταλήγουν να υπονομεύουν το στάτους υγείας των ατόμων και τη δυνατότητα χρήσης της υγειονομικής φροντίδας από τις διάφορες κοινωνικο-επαγγελματικές ομάδες. Τέλος, εξετάζουμε τις βασικές συνιστώσες της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγειονομικής (και μακροχρόνιας) φροντίδας, δίνοντας έμφαση σε επιλογές πολιτικής που υιοθετήθηκαν στις διάφορες χώρες, οι οποίες ενισχύουν τη νεοφιλελεύθερη τάση αποδυνάμωσης των δημόσιων συστημάτων υγειονομικής (και μακροχρόνιας) φροντίδας.

2.2 Οικονομική κρίση, δομική προσαρμογή και λιτότητα σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο

Στα τέλη της προηγούμενης δεκαετίας, το παγκόσμιο οικονομικό σύστημα συγκλονίστηκε από την κρίση που ξέσπασε στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία.

Η κατάρρευση της αγοράς στεγαστικών δανείων και των «τοξικών ομολόγων» (toxic bonds) επέφερε μια μεγάλης κλίμακας αποδιάρθρωση στη χρηματοπιστωτική αγορά (π.χ. κατάρρευση της επενδυτικής τράπεζας Lehmann Brothers). Οι αρνητικές επιπτώσεις της κατάρρευσης της αγοράς ακινήτων διαχύθηκαν σε διασυνδεδεμένες αγορές, με αποτέλεσμα να επηρεαστεί μεγάλο μέρος των οικονομιών των δύο χωρών. Ωστόσο, η κρίση δεν περιορίστηκε στα σύνορα των δύο χωρών, αλλά εξαπλώθηκε σε πολλές χώρες παγκοσμίως, και ειδικότερα στην Ευρωζώνη προκάλεσε μια βαθειά κρίση δημοσίου χρέους. Κατ' ουσίαν, η κρίση στην Ευρωζώνη δεν προήλθε από τη δημόσια σπατάλη (με εξαίρεση ως ένα βαθμό την Ελλάδα), αλλά από τη στρεβλή λειτουργία του χρηματοπιστωτικού συστήματος σε παγκόσμια κλίμακα. Η κρίση μεταφέρθηκε από την αγορά στο κράτος, όταν το τελευταίο ανέλαβε την ευθύνη για τη διάσωση και την ανακεφαλαιοποίηση των τραπεζών, με τελικούς αποδέκτες της κρίσης τους φορολογούμενους πολίτες των χωρών (βλ. Blyth, 2013).

Στην αρχή της εκδήλωσης της παγκόσμιας κρίσης εφαρμόστηκαν νεο-κεϋνσιανού τύπου πολιτικές για την επέκταση της οικονομίας, καθώς περισσότερες από εκατό χώρες αύξησαν τις δημόσιες δαπάνες, με τη μέση αύξηση να ανέρχεται σε σχεδόν 4% του ΑΕΠ, ενώ περίπου πενήντα χώρες ανακοίνωσαν πακέτα οικονομικής ώθησης που ανέρχονταν σε \$2,4 τρισεκατομμύρια, εκ των οποίων περίπου το ένα τέταρτο επενδύθηκε σε μέτρα κοινωνικής προστασίας (βλ. Ortiz and Cummins, 2013). Ωστόσο, η κρίση οδήγησε στη διόγκωση των χρεών και των ελλειμμάτων, με συνέπεια εθνικοί και υπερεθνικοί φορείς δράσης να δώσουν προτεραιότητα στη δημοσιονομική εξυγίανση και να στραφούν στην υιοθέτηση συστατικών μέτρων της οικονομίας, τα οποία επιβλήθηκαν τόσο σε ανεπτυγμένες όσο και σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Μάλιστα, το ΔΝΤ πρόβλεψε ότι τα μέτρα αυτά θα συνεχιστούν τουλάχιστον μέχρι το 2016, παρ' όλες τις ενδείξεις για τη δραματική αύξηση της ανάγκης για κοινωνική προστασία των εύάλτων ομάδων του παγκόσμιου πληθυσμού (βλ. Ortiz and Cummins, 2013:1).

Η οικονομική κρίση εξανάγκασε πολλές χώρες να προσφύγουν σε διεθνείς αρχές και οργανισμούς για τη λήψη δανείων διάσωσης των εθνικών οικονομιών υπό την αυστηρή προϋπόθεση ότι οι δανειολήπτριες χώρες θα υλοποιήσουν τη δομική προσαρμογή. Η τελευταία αποτελεί μια μακροοικονομική και δημοσιονομική στρατηγική για την προσαρμογή «προβληματικών» οικονομιών στις δόμες της παγκόσμιας καπιταλιστικής συσσώρευσης. Η στρατηγική αυτή αποτελεί

απότοκο της «Συναίνεσης της Ουάσιγκτον»²⁰ και περιλαμβάνει τη λιτότητα, την απελευθέρωση των αγορών, την ιδιωτικοποίηση και άλλα συναφή μέτρα.

Η δομική προσαρμογή επηρεάζει το κοινωνικό κράτος μέσα από τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε τομείς όπως η απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση, η υγεία, η κοινωνική φροντίδα κ.λπ., προκειμένου να επιτευχθεί η δημοσιονομική εξυγίανση. Η εξυγίανση αυτή ισοδυναμεί με συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους καθώς το τελευταίο θεωρείται βασική αιτία για τον δημοσιονομικό εκτροχιασμό των δανειοληπτριών χωρών. Ως βέλτιστη επιλογή θεωρείται η ανάπτυξη στοχευμένων δικτύων ασφαλείας για τη στήριξη των «χαμένων» της δομικής προσαρμογής και η εξώθηση του ενεργού πληθυσμού στην «ευέλικτη» αγορά εργασίας. Οι προτεραιότητες αυτές συνιστούν τον κύριο άξονα των σημερινών θέσεων της «Μετα-Συναίνεσης της Ουάσιγκτον» για την κοινωνική προστασία μετά την έντονη κριτική που ασκήθηκε για τις αρνητικές επιπτώσεις της δομικής προσαρμογής σε πολλές υπερχρεωμένες αναπτυσσόμενες χώρες κατά τη δεκαετία του 1980 (βλ. μεταξύ άλλων Stiglitz, 2002). Η στροφή από τη μεριά του ΔΝΤ και της Παγκόσμιας Τράπεζας προς μια «προσαρμογή με ανθρώπινο πρόσωπο» επιχειρεί να αντιστρέψει το κλίμα μετά τις αυξανόμενες ενδείξεις για την υπονόμευση του κοινωνικού τομέα από τα προγράμματα δομικής προσαρμογής (ΠΔΠ). Παρ' όλα αυτά, η δομική προσαρμογή εξακολουθεί να βασίζεται σε νεοφιλελεύθερες αξίες (π.χ. ελεύθερη αγορά, ελάχιστο κράτος) και να παράγει πολιτικές που εδραιώνουν τη λιτότητα ως μέσο «επίλυσης» των οικονομικών προβλημάτων των υπερχρεωμένων χωρών. Σε ένα σύνολο περίπου 170 χωρών του αναπτυσσόμενου και αναπτυσσόμενου κόσμου που μελέτησαν οι Ortiz and Cummins (2013: 13-15), με βάση διαθέσιμα συγκρίσιμα στοιχεία για την περίοδο 2010-2013, περίπου 120 χώρες έκαναν σημαντικές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, και περίπου εκατό χώρες αύξησαν τους φόρους κατανάλωσης με αρνητική επίδραση στη διανομή εισοδήματος. Παράλληλα, περίπου το 50% των χωρών εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις στο ασφαλιστικό σύστημα που μειώνουν τις παροχές και ένα τέταρτο των χωρών περιόρισε σημαντικά τη δημόσια δαπάνη και τις δημόσιες παροχές για την υγειονομική περίθαλψη.

Η δομική προσαρμογή είχε αρνητικές επιπτώσεις στις συνθήκες διαβίωσης, τις συμπεριφορές υγείας και τις εμπειρίες ασθένειας για μεγάλα και οικονομικά αδύναμα τμήματα του πληθυσμού των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών. Οι εκθέσεις

20. Για τη «Συναίνεση της Ουάσιγκτον» βλ. Πετμεζίδου (2004).

της UNICEF με τα πεπραγμένα του ΔΝΤ μαρτυρούν την επιδείνωση δεικτών (π.χ. αύξηση της βρεφικής, της παιδικής και της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας) σε πολλές υπερχρεωμένες χώρες του Νότου (αλλά και της ανατολικής Ευρώπης μετά την κατάρρευση του υπαρκτού σοσιαλισμού), στις οποίες εφαρμόστηκαν τα ΠΔΠ, κατά τις δεκαετίες του '80 και του '90 (UNICEF and WHO, 2004). Η επιδείνωση αυτή σχετίζεται με την πτώση των εισοδημάτων, την αύξηση των τιμών των προϊόντων διατροφής και τη μείωση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας, συντελώντας στην επιβολή χρεώσεων στους χρήστες των υπηρεσιών, σε διακοπές στις προμήθειες φαρμακευτικών ειδών προς δημόσια νοσοκομεία, σε περικοπές σε προγράμματα πρόληψης της υγείας (π.χ. εμβολιασμοί). Ως συνέπεια, η συχνότητα και η σοβαρότητα ασθενειών που μπορούν να αντιμετωπιστούν με προληπτικά μέτρα, και η θνησιμότητα από HIV/AIDS, ελονοσία, φυματίωση, χολέρα και διάρροια αυξήθηκαν δραματικά.

Ωστόσο, παρ' όλες τις κριτικές για τις αποτυχημένες παρεμβάσεις του ΔΝΤ στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες τις δεκαετίες του '80 και του '90, η ίδια στρατηγική-συνταγή εξακολουθεί να εφαρμόζεται και στις υπερχρεωμένες χώρες της ΕΕ (βλ. Greer, 2013). Η περίπτωση της Ελλάδας δείχνει ότι το δεύτερο κύμα της δομικής προσαρμογής έχει πολύ πιο ισχυρές διαλυτικές επιδράσεις, λόγω της διεύρυνσης και της εμβάθυνσης της «φιλελευθεροποίησης» των κοινωνικοοικονομικών δομών. Κατ' ουσίαν, η ηγεσία της ΕΕ επέλεξε να ακολουθηθεί το δρόμο της «σύγκλισης» μέσω της εσωτερικής υποτίμησης (internal devaluation), στο πλαίσιο της οποίας η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και η μείωση του μισθολογικού κόστους αποτελούν τα κεντρικά εργαλεία πολιτικής για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των οικονομικών χωρών-μελών της ΕΕ.

Πλέον, η κρίση έχει πάρει το χαρακτήρα μιας βαθιάς ύφεσης που φέρει ομοιότητες με τη Μεγάλη Ύφεση της δεκαετίας του '30 (π.χ. ως προς την ένταση, την έκταση και τη διάρκεια). Ορισμένες χώρες της Ευρωζώνης εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν έντονες δυσχέρειες σε μακροοικονομικό και δημοσιονομικό επίπεδο εξαιτίας ενός συνδυασμού συστημικών ανισορροπιών και πολιτικών αστοχιών (π.χ. οι χώρες της νότιας Ευρώπης και ιδιαίτερα η Ελλάδα). Αντίθετα, η Ισλανδία που ήταν ένα από τα πρώτα θύματα της οικονομικής κρίσης κατάφερε μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα να επιτύχει την οικονομική ανάκαμψη μέσα από την υλοποίηση δημόσιων και κοινωνικών επενδύσεων (βλ. Stuckler and Basu, 2013).

Από την άλλη μεριά, η Ιρλανδία που αποτέλεσε χώρα-πρότυπο για τη «χρηστή» διαχείριση της οικονομίας κατά τη διάρκεια της κρίσης, εφαρμόζοντας πιστά τις πολιτικές λιτότητας της Τρόικας, εμφανίζει τάσεις οικονομικής ανάκαμψης χωρίς ωστόσο να μειώνεται σημαντικά η ανεργία (περίπου 12% το 2014), ενώ το ποσοστό των ατόμων που διαβιούν κάτω από το όριο της φτώχειας παραμένει σχετικά υψηλό (14,1% το 2013). Η εξέλιξη αυτή δείχνει ότι τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν οριζόντια στο κοινωνικό σώμα εξακολουθούν να έχουν επώδυνα κοινωνικά αποτελέσματα (βλ. Blyth, 2013). Η Ιρλανδία προσφέρει ίσως το πιο χτυπητό παράδειγμα για την αναποτελεσματικότητα της λιτότητας να προωθήσει την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη, αλλά όχι και το μοναδικό, καθώς η Λετονία καταγράφεται ως μια δεύτερη ιστορία αποτυχίας, που καταδεικνύει ότι η στρατηγική της λιτότητας είναι εγγενώς λαθεμένη.

Η λιτότητα δεν είναι ένα ενιαίο και συνεκτικό σύνολο ιδεών, αλλά προϊόν πεποιθήσεων που βρίσκονται διάσπαρτες στη νεοκλασική οικονομική θεωρία και τη νεοφιλελεύθερη ιδεολογία. Η λιτότητα έχει καταστεί δημοφιλής πολιτική επιλογή κατά τη διάρκεια δυσμενών οικονομικών συνθηκών, διότι επιδιώκει τη μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, μέσα από πολιτικές μείωσης των κοινωνικών δαπανών (ή και αύξησης των φόρων). Ωστόσο, η επιμονή-εμμονή εθνικών και υπερεθνικών φορέων δράσης στην επιβολή της λιτότητας, ως μόνης δυνατής πολιτικής επιλογής για την έξοδο από τη σημερινή ύφεση, οφείλεται στη δομική αναγκαιότητα του σύγχρονου καπιταλισμού να διασωθεί το κολοσσιαίο χρηματοπιστωτικό σύστημα, το οποίο εξακολουθεί να κλυδωνίζεται από τις αναταράξεις μιας κρίσης που το ίδιο παρήγαγε (βλ. Blyth, 2013).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η κατάσταση διαμορφώνεται χαώδης εξαιτίας της στρατηγικής των φορέων παγκόσμιας οικονομικής εξουσίας, η οποία βασίζεται στην εκμετάλλευση κρίσεων για την προώθηση νεοφιλελεύθερων πολιτικών, σε συνθήκες όπου οι πολίτες εμφανίζονται αδύναμοι να αντιδράσουν για διάφορους λόγους (π.χ. υλικούς, συναισθηματικούς κ.λπ.) (βλ. Klein, N., 2007). Η λιτότητα λειτουργεί ως «εργαλείο» για την εκμετάλλευση των κρίσεων, προκειμένου να μεταφερθεί ένα μεγάλο μέρος του πλούτου από τη μεγάλη πλειοψηφία σε μια μικρή μειοψηφία (βλ. Stuckler and Basu, 2013). Η βίαιη αναδιανομή πλούτου από τους μη έχοντες στους έχοντες εγκαινιάζει μια εποχή ανηλεούς (cutthroat) καπιταλισμού, όπου οι δυνάμεις και οι δρώντες της παγκόσμιας αγοράς, όχι απλώς επιδρούν, αλλά κυριαρχούν στις ανθρώπινες υποθέσεις.

Τέλος, ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της σημερινής κρίσης και ύφεσης είναι ότι εκδηλώθηκε στον ανεπτυγμένο κόσμο και στη συνέχεια εξαπλώθηκε σε δεκάδες λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Ωστόσο, οι επιπτώσεις της κρίσης στη δημόσια υγεία δεν πλήττουν περισσότερο τις πλουσιότερες απ' ό,τι τις φτωχότερες χώρες. Τουναντίον, οι επιπτώσεις της λιτότητας είναι πολύ πιο έντονες στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, καθώς οι χώρες αυτές υφίστανται «αυστηρή λιτότητα», οριζόμενη ως περικοπή των δημοσίων δαπανών σε επίπεδα προ κρίσης (βλ. Ortiz and Cummins, 2013).

Βασικά, το μέγεθος του αντίκτυπου της κρίσης στη δημόσια υγεία είναι συνάρτηση της δυνατότητας απορρόφησης μέρους αυτού από θεσμικούς εξομαλυντές (buffers), όπως το κοινωνικό κράτος. Μέχρι σήμερα οι περισσότερες χώρες αντέδρασαν απέναντι στην κρίση με λιτότητα (δηλαδή, συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους), αλλά ορισμένες διαφοροποιήθηκαν στρεφόμενες σε δημόσιες και κοινωνικές επενδύσεις για την έξοδο από την κρίση (π.χ. Ισλανδία). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ότι η λιτότητα δεν αποτελεί μονόδρομο για τις σύγχρονες κοινωνίες, αλλά υπάρχει και ο εναλλακτικός δρόμος της ενίσχυσης του κοινωνικού κράτους, ο οποίος μπορεί να αποβεί εξαιρετικά επωφελής για το μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης στο επίπεδο των ανισοτήτων υγείας.

2.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις για την κοινωνική μεταβολή, την ταξική (απο)διάρθρωση και τις ανισότητες υγείας

Από μια μακρο-κοινωνιολογική σκοπιά, ορισμένοι θεωρητικοί συλλαμβάνουν την τρέχουσα κοινωνική μεταβολή ως ένα σύνολο μετανεωτερικών διευθετήσεων που σηματοδοτούν τη ρήξη με το παρελθόν (βλ. Crook et al., 1992· Lash and Urry, 1994). Στον πυρήνα των μεταμοντέρνων αφηγήσεων συναντά κανείς την ιδέα περί αποδόμησης των βασικών πυλώνων της νεωτερικότητας. Αντίθετα, άλλοι αντιλαμβάνονται την κοινωνική μεταβολή όχι με όρους αποδόμησης, αλλά ευρείας αναδόμησης. Έτσι, κατά τον Beck (1992), η μετάβαση στην «ανακλαστική» (reflexive) νεωτερικότητα συνοδεύεται από την αμφισβήτηση και το μετασχηματισμό των κοινωνικών θεσμών της απλής νεωτερικότητας (π.χ. εθνικό κράτος, κράτος πρόνοιας, κοινωνική τάξη, πυρηνική οικογένεια κ.λπ.) εξαιτίας αλληλοσυνδεόμενων διαδικασιών, όπως η παγκοσμιοποίηση, η εξατομίκευση, η οικολογική κρίση κ.ο.κ.

Σε αυτό πλαίσιο σκέψης, η μετα-αλλαγή (meta-change) των νεωτερικών κοινωνικών διαμορφώνει ένα σκηνικό διακινδύνευσης, όπου οι ατομικές βιογραφίες γίνονται ολοένα πιο επισφαλείς και αβέβαιες (βλ. Beck and Lau, 2005). Η διακινδύνευση αυτή συνδέεται με δομές ανισότητας με όρους αιτίας και αιτιατού, καθώς οι διαδικασίες που ενυπάρχουν στη διακινδύνευση ευθύνονται για την όξυνση της κοινωνικής ανισότητας. Για παράδειγμα, η οικονομική κρίση αποτελεί αιτιώδες συστατικό του προβλήματος της όξυνσης των ανισοτήτων υγείας ακόμη και στις πιο ανεπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες.

Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, οι ανισότητες υγείας βρίσκονται στο προσκήνιο της δημόσιας και ακαδημαϊκής συζήτησης, ιδιαίτερα μετά τη δημοσίευση της Black Report στο Ηνωμένο Βασίλειο (βλ. Townsend et al., 1986). Μία από τις σημαντικότερες διαπιστώσεις των συντακτών της Black Report ήταν η καθοριστική σημασία της ταξικής διαστρωμάτωσης για την όξυνση των ανισοτήτων υγείας, καθώς τα άτομα υψηλού εισοδήματος τείνουν να έχουν καλύτερη υγεία και να λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος.

Μεταγενέστερες έρευνες διαπιστώνουν ότι το διακριτό στοιχείο που περικλείει η έννοια των ανισοτήτων υγείας είναι η «κοινωνική διαβάθμιση» (social gradient) (βλ. Marmot et al., 1991· Adler et al., 1994· Adler and Steward, 2010). Η διαβάθμιση αυτή σημαίνει ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα δεν είναι υψηλή μόνο στους φτωχούς και μέτρια στους υπόλοιπους. Αντίθετα, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα καταγράφουν μια «βαθμιαία» αύξηση, καθώς κινείται κανείς προς τα κάτω στην εισοδηματική κλίμακα (βλ. Davey Smith et al., 1996). Υπ' αυτή την έννοια, οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες στην υγεία δεν εκφράζουν δύο διαφορετικούς κοινωνικούς πόλους με διακριτά γνωρίσματα υγείας, αλλά μια κοινωνική κλιμάκωση της υγείας με βάση το εισόδημα ατόμων, νοικοκυριών ή ευρύτερων πληθυσμών.

Σε ένα υψηλό επίπεδο αφαίρεσης, η θέση στην κοινωνικο-οικονομική διαστρωμάτωση/ταξική δομή θεωρείται η κύρια αιτία των ανισοτήτων υγείας, διότι λειτουργεί ως άξονας στην αιτιώδη αλυσίδα, μέσω της οποίας οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες αλληλοσυνδέονται για να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων. Επιπλέον, η θέση στη διαστρωμάτωση σηματοδοτεί το σημείο στο οποίο κοινωνικοί (societal) παράγοντες, όπως η δομή της αγοράς εργασίας και του εκπαιδευτικού συστήματος, διαμορφώνουν τις ζωές των ατό-

μων, επηρεάζοντας το βαθμό στον οποίο εκτίθενται σε παράγοντες διακινδύνευσης που επιδρούν στην υγεία (βλ. Graham and Kelly, 2004).

Μολαταύτα, οι έννοιες της κοινωνικής τάξης και της ταξικής διαστρωμάτωσης δέχονται έντονη πολεμική από σύγχρονους στοχαστές που δίνουν έμφαση στη μετανεωτερική ή στην «ανακλαστική» διαμόρφωση του κόσμου. Όπως και κάθε άλλη κοινωνική κατηγορία που τίθεται υπό αμφισβήτηση από τις δυνάμεις της «δεύτερης νεωτερικότητας» (π.χ. παγκοσμιοποίηση, εξατομίκευση κ.λπ.) (βλ. Beck, 1992), έτσι και η κοινωνική τάξη θεωρείται ότι παίζει ολοένα πιο ελάσσονα ρόλο στο σχηματισμό των κοινωνικών διαιρέσεων. Ο Beck υποστηρίζει ότι η κοινωνική τάξη παύει να έχει οντολογικό περιεχόμενο και μετατρέπεται σε «κατηγορία-ζόμπι» (zombie-category). Ορισμένοι δε σπεύδουν να ανακηρύξουν το θάνατο της κοινωνικής τάξης, έτσι ώστε να καταδείξουν εμφατικά τη μετατόπιση του κέντρου βάρους της κοινωνικής διαφοροποίησης σε παραμέτρους που άπτονται της πολιτισμικής σφαίρας (π.χ. αισθητικές προτιμήσεις, συμβολικές ταυτότητες κ.λπ.) (π.χ. βλ. Pakulski and Waters, 1996).

Ωστόσο, οι μεταμοντέρνες αφηγήσεις για το «θάνατο της κοινωνικής τάξης» απορρίπτονται από θεωρητικούς των ταξικών διαρθρώσεων, οι οποίοι κρίνουν ότι η κοινωνική τάξη συνεχίζει να αποτελεί το βασικό κριτήριο κοινωνικής διάκρισης στο πλαίσιο της «ανακλαστικής» νεωτερικότητας. Για παράδειγμα, θεωρητικοί όπως ο Goldthorpe, ο Wright, ο Heath, ο Marshall και ο Bourdieu επιμένουν στη συνεχιζόμενη κεντρικότητα των ταξικών δομών στην ανάλυση των κοινωνικών σχέσεων (βλ. Savage, 1995). Πράγματι, η κοινωνική τάξη εξακολουθεί να επιμένει ως πραγματιστική οντότητα, παρ' όλες τις έντονες πιέσεις που υφίσταται από τους παράγοντες και τις δυνάμεις της παγκόσμιας αγοράς και της νέας δεξιάς. Ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τις ανισότητες υγείας, από την εποχή της δημοσίευσης της Black Report στην Αγγλία μέχρι και σήμερα, η κοινωνική τάξη και η ταξική στρωματοποίηση κατέχουν κεντρική θέση και αποτελούν βασικά αναλυτικά εργαλεία στο πλαίσιο πολυάριθμων μελετών σε διεθνές επίπεδο.

Ωστόσο, μια αντίθετη ερμηνεία αποδίδει τις ανισότητες υγείας, όχι σε διαφορές σε υλικές παραμέτρους, αλλά σε διαφορές σε συμπεριφορές, αξίες και πεποιθήσεις, που είτε προάγουν είτε βλάπτουν την υγεία, μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Η ερμηνεία αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι οι φτωχοί τείνουν να ενδίδουν σε κακές διατροφικές πρακτικές, χρήση επιβλαβών ουσιών (καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικά), έλλειψη άσκησης στον ελεύθερο χρόνο, αποφυγή αντισύλ-

ληψης ή εμβολιασμού κ.ο.κ. Σύμφωνα με τον Bartley (2004), η ερμηνεία αυτή δεν αναφέρει ρητά, αλλά υπαινίσσεται, μάλλον, ότι τα αίτια αφορούν προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών, όπως η ευφυΐα, η ανθεκτικότητα, η προσαρμοστικότητα, η αυτοπεποίθηση, η αυτοεκτίμηση κ.ο.κ. Υπό μια διαφορετική οπτική, η πολιτισμική παράμετρος του μοντέλου αυτού μπορεί να ειδωθεί σε συνάρτηση με τη θεωρία της «κοινωνικής διάκρισης» του Bourdieu (1984). Ο βασικός άξονας της πολιτισμικής παραμέτρου είναι ότι οι επιλογές του τρόπου ζωής των ατόμων που υιοθετούνται ως αναπόσπαστο στοιχείο της διαδικασίας της κοινωνικής διάκρισης μπορεί να επηρεάζουν, ακόμη και αν όχι άμεσα, τις συμπεριφορές υγείας.

Αντίθετα, από μια ψυχολογική-κοινωνική σκοπιά, το ενδιαφέρον εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο τα συναισθήματα που ανακύπτουν εξαιτίας της ανισότητας, της κυριαρχίας ή της υποταγής επηρεάζουν τις βιολογικές διεργασίες των ατόμων. Η προσέγγιση αυτή αναφέρει ότι το στρες από τον τρόπο ζωής προκαλεί συναισθηματικές αντιδράσεις που επιφέρουν βιολογικές αλλαγές και επιτείνουν τους παράγοντες διακινδύνευσης της υγείας (βλ. Evans et al., 1994· Brunner, 1997). Ως ψυχολογικοί-κοινωνικοί παράγοντες προσδιορίζονται η κοινωνική υποστήριξη, ο έλεγχος και η αυτονομία στην εργασία, η ισορροπία μεταξύ εργασίας και οικογένειας και η ισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (βλ. Marmot et al., 1997· Stansfeld et al., 1998· Bartley, 2004· Chandola et al., 2006).

Υπό μια διαφορετική οπτική, η ευρέως διαδεδομένη προσέγγιση του κύκλου ζωής (life course) θεωρεί την υγεία ως αντανάκλαση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων που βιώνουν τα άτομα στο πέρασμα του χρόνου. Από τη σκοπιά των ανισοτήτων υγείας, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα επηρεάζονται έντονα από τη θέση των ατόμων και των οικογενειών στην κοινωνικοοικονομική ιεραρχία. Η υγεία αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα ενός σύνθετου συνδυασμού καταστάσεων που λαμβάνουν χώρα μέσα στο χρόνο (βλ. Davey Smith et al., 2002). Η υγεία επηρεάζεται ήδη από γεγονότα πριν τη γέννηση και κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και τα μειονεκτήματα τείνουν να συσσωρεύονται στα μετέπειτα στάδια του κύκλου ζωής (εφηβική και ενήλικη ζωή) (βλ. Blane et al., 1993).

Τέλος, ιδιαίτερα διεισδυτική είναι η προσέγγιση των ανισοτήτων υγείας με όρους πολιτικής οικονομίας, καθώς η προσοχή στρέφεται στις κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές διεργασίες που λαμβάνουν χώρα στις σύγχρονες καπιτα-

λιστικές κοινωνίες. Έτσι, η προσέγγιση αυτή εξετάζει τις ανισότητες υγείας με γνώμονα την απορρύθμιση των αγορών, την αποδόμηση του κράτους πρόνοιας, την άνιση κατανομή της ισχύος και των πόρων, τη διαπλοκή του πολιτικού με τον επιχειρηματικό κόσμο κ.ο.κ. Επιπλέον, οι αλλαγές στη φύση της μισθωτής σχέσης μεταξύ κεφαλαίου και εργασίας και στο συσχετισμό δυνάμεων μεταξύ των κοινωνικών τάξεων οδηγούν στην έξαρση των ανισοτήτων υγείας στον καπιταλιστικό κόσμο.

Η υγεία και η υγειονομική φροντίδα έπαιζαν σημαντικό ρόλο στην εκπλήρωση δύο βασικών, αλλά συχνά αντιφατικών λειτουργιών, για τη διατήρηση και την αναπαραγωγή του καπιταλισμού: τη συσσώρευση και τη νομιμοποίηση (βλ. O' Connor, 1973). Η εκπλήρωση των δυο λειτουργιών γινόταν, αφενός, με τη συντήρηση της εργασιακής δύναμης των μισθωτών, που ήταν απαραίτητη για την άντληση της υπεραξίας και τη συσσώρευση του κεφαλαίου και, αφετέρου, με την ελεγχόμενη αναδιανομή πόρων, που ήταν αναγκαία για την άμβλυση της ταξικής πάλης και την ενίσχυση της νομιμοποίησης του συστήματος. Ωστόσο, οι διαδοχικές τεχνολογικές επαναστάσεις καθιστούν ολοένα και περισσότερο περιττή τη ζωντανή εργασία, ενώ η παγκοσμιοποίηση της παραγωγής ανατρέπει το συσχετισμό κοινωνικών δυνάμεων προς όφελος του κεφαλαίου με αποτέλεσμα να εξασθενεί η δομική αναγκαιότητα για αναδιανομή του εισοδήματος σε εθνικό επίπεδο.

2.4 Η επίδραση της λιτότητας στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και η «μεταρρύθμιση» της υγειονομικής φροντίδας

Στην εισαγωγή έγινε λόγος για τις έντονες επιδράσεις της λιτότητας στην κατανομή των κοινωνικών και οικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας. Ορισμένοι από τους πιο σημαντικούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας είναι η εκπαίδευση, η απασχόληση, το εισόδημα, η κοινωνική προστασία, η θέση στην κοινωνικο-οικονομική ιεραρχία, η κοινοτική δικτύωση, η πολιτική ισχύς κ.ο.κ. Οι παράγοντες αυτοί διαμορφώνονται από την κατανομή του χρήματος, της ισχύος και των πόρων σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο και ευθύνονται για τις ανισότητες υγείας τόσο μεταξύ όσο και εντός των χωρών (βλ. WHO, 2013a). Η κατάσταση υγείας αποτελεί συνισταμένη «περιπλεγμένων» (confounding) παραγόντων, διότι οι επιδράσεις των διαφόρων προσδιοριστών στην υγεία τείνουν να αλληλοεπηρεάζονται μέσα σε πολυδαίδα-

λες αιτιώδεις διαδρομές. Αναμφίβολα, το ξετύλιγμα του «κουβαριού» των επιδράσεων των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στις ανισότητες υγείας αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για τη σύγχρονη κοινωνική επιστήμη.

Μια οδός μέσω της οποίας η λιτότητα επηρεάζει το επίπεδο των ανισοτήτων υγείας είναι η υποεπένδυση στην εκπαίδευση εξαιτίας της γενικότερης πτώσης των μισθών και των εισοδημάτων. Εμπειρικές έρευνες διαπιστώνουν την κοινωνική διαβάθμιση της υγείας με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης για διάφορα μέτρα υγείας (π.χ. νοσηρότητα). Ωστόσο, η εκπαίδευση επιδρά στις ανισότητες υγείας, κυρίως, μέσω ενδιάμεσων μηχανισμών, όπως το εισόδημα, το επάγγελμα, η κοινωνική δικτύωση και η πληροφόρηση, που επηρεάζουν την υγεία και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (βλ. Cutler and Leras-Muney, 2006).

Η οδός μέσω του εισοδήματος έχει κεντρίσει την προσοχή των ερευνητών στην προσπάθεια να αποσαφηνίσουν το περιεχόμενο της σχέσης ανάμεσα στην ανισότητα στο εισόδημα και την ανισότητα στην υγεία. Άλλωστε, η έντονη ανισοκατανομή του εισοδήματος θεωρείται ο βασικότερος αιτιακός παράγοντας για την ύπαρξη των ανισοτήτων υγείας για δύο λόγους. Η διεύρυνση της εισοδηματικής ανισότητας έχει ως άμεση επίπτωση αφενός την επιδείνωση των υλικών συνθηκών για τη βιολογική επιβίωση (βλ. Marmot, 2002) και αφετέρου την υπονόμηση της συνοχής και της εμπιστοσύνης (κοινωνικό κεφάλαιο) ανάμεσα σε άτομα χαμηλού και υψηλού εισοδήματος (βλ. Wilkinson, 1996).

Η αμφίδρομη σχέση της εισοδηματικής ανισότητας με την υγεία (και η έλλειψη αιτιώδους σχέσης του Α.Ε.Π. με την υγεία) υπονοεί ότι το επίπεδο της ανισότητας αυτής καθαυτής (που αντανακλά ιεραρχίες στο πλαίσιο των κοινωνιών) αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία των ατόμων (βλ. Wilkinson and Pickett, 2006). Επιπλέον, η σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και την υγεία εκτιμάται ότι είναι διαγενεακή και αντιστρόφως αιτιώδης. Δηλαδή, το εισόδημα των γονέων επηρεάζει την υγεία των παιδιών, ενώ η υγεία των παιδιών επηρεάζει τη μελλοντική τους ικανότητα για την άντληση εισοδήματος (βλ. Benzval et al., 2014).

Βάσει της προσέγγισης που εστιάζει στο εισόδημα (ή/και τον πλούτο), η λιτότητα επιφέρει την εξασθένιση της υλικής βάσης για τη συντήρηση και την αναπαραγωγή των στρωμάτων που βρίσκονται χαμηλά στην κοινωνικο-οικονομική ιεραρχία, γεγονός που συνεπάγεται την έκρηξη κοινωνικών φαινομένων, όπως η φτώχεια και η αποστέρηση. Τα φαινόμενα αυτά σχετίζονται με την όξυνση των ανισοτήτων υγείας, καθώς οι φτωχοί είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε κινδύ-

νους (π.χ. κακή διατροφή) που φθείρουν την υγεία, και διαθέτουν περιορισμένους πόρους (π.χ. χρήμα, πληροφόρηση) που θέτουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (βλ. WHO, 2013a).

Παράλληλα, η λιτότητα μετασχηματίζει τις δομές και το δυναμικό της απασχόλησης μέσα από την απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων και την προώθηση της εργασιακής ευελιξίας. Οι μετασχηματιστικές αυτές τάσεις έχουν αντίκτυπο στις δομές και τις ροές της κοινωνικής κινητικότητας για άτομα που εργάζονται, κυρίως, στην περιφέρεια και, σε μικρότερο βαθμό, στον πυρήνα της αγοράς εργασίας. Οι μεταβολές αυτές αποτυπώνουν ευρύτερες αναδιαρθρώσεις που συντελούνται στα πρότυπα κοινωνικής/ταξικής διαστρωμάτωσης (π.χ. αποδυνάμωση και συρρίκνωση των μεσαίων στρωμάτων), βάσει των οποίων οι θεωρητικοί των ταξικών διαρθρώσεων ερμηνεύουν το φαινόμενο της όξυνσης των ανισοτήτων υγείας στις σύγχρονες καπιταλιστικές κοινωνίες.

Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, η σημασία της κοινωνικής τάξης για την ερμηνεία των ανισοτήτων υγείας αμφισβητείται από θεωρητικούς που δίνουν έμφαση στη μετανεωτερική ή στην «ανακλαστική» διαμόρφωση του κόσμου. Σε αυτό το πλαίσιο σκέψης, η κοινωνική τάξη έρχεται να αντικατασταθεί από τις εξατομικευμένες θέσεις των ατόμων απέναντι στους κινδύνους της σύγχρονης εποχής. Για παράδειγμα, η ύπαρξη της ανισότητας δεν απορρέει από τη θέση ενός ατόμου στην κοινωνικο-οικονομική ιεραρχία, αλλά από την επισφαλή και αβέβαιη θέση σε μια δομή που διέπεται, όχι από τη στατικότητα, αλλά από τη διαρκή κινητικότητα εξαιτίας διαδικασιών όπως η παγκοσμιοποίηση, η εξατομίκευση κ.λπ. (βλ. Beck and Beck-Gernsheim, 2002).

Η εξατομίκευση συνεπάγεται ότι το άτομο καλείται, πια, να διαχειριστεί τη δική του κίνηση και την ευαλωτότητα με προσωπικά μέσα, σε ένα γενικότερο περιβάλλον «ξηλώματος» του κοινωνικού κράτους. Ωστόσο, η συρρίκνωση της κοινωνικής προστασίας (και της υγειονομικής φροντίδας) συνοδεύεται από τη γεωμετρική αύξηση των εξατομικευμένων κινδύνων, εξαιτίας διαδικασιών, όπως η προϊούσα οικονομική κρίση και ύφεση. Όλα αυτά οδηγούν σε μια διαρκή, αγωνιώδη, ατομική προσπάθεια για την αντιμετώπιση του καθημερινού ρίσκου, το οποίο εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία (και ιδιαίτερα την ψυχική υγεία).

Η οικονομική κρίση και ύφεση αποτελεί ένα απρόσμενο συμβάν που λαμβάνει χώρα εκτός του συστήματος υγείας και έχει αρνητικό αντίκτυπο στη διαθεσιμότητα των πόρων του συστήματος (βλ. Mladovsky et al., 2012). Η δραστική μεί-

ωση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος υγειονομικής (και μακροχρόνιας) φροντίδας εξαιτίας των πολιτικών λιτότητας αποτελεί βασικό παράγοντα για την όξυνση των ανισοτήτων υγείας. Οι πολιτικές που οδηγούν στη μείωση των δαπανών και τη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας στερούν αναγκαίο έμπυχο και υλικό δυναμικό από το σύστημα φροντίδας. Οι ελλείψεις αυτές συντείνουν στην αδυναμία του συστήματος να καλύψει τις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού, υπονομεύοντας τις προσπάθειες προηγούμενων δεκαετιών για την προώθηση της καθολικότητας στην υγειονομική (και μακροχρόνια) φροντίδα.

Η μεταρρύθμιση της υγειονομικής (και μακροχρόνιας) φροντίδας αποτελεί βασικό μέρος του σχεδίου για τη δημοσιονομική εξυγίανση και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των υπερχρεωμένων χωρών. Ωστόσο, η Πετμεζίδου (2014) κάνει λόγο για συσκότιση στόχων όσον αφορά την κυοφορούμενη μεταρρύθμιση, καθώς η κοινή γνώμη παραπληροφορείται και αποπροσανατολίζεται (ή αλλιώς η προσοχή «εκτρέπεται») από τους πραγματικούς στόχους, επηρεαζόμενη από την κυρίαρχη πολιτική ρητορεία, τη στρεβλή παρουσίαση των ειδήσεων από τα ΜΜΕ κ.ο.κ.

Επιπλέον, η διαδικασία της μεταρρύθμισης ποικίλει μεταξύ των χωρών λόγω του βαθμού διείσδυσης της οικονομικής αναταραχής στην κοινωνική ζωή, αλλά και λόγω τόσο εθνικών ιδιαιτεροτήτων όσο και πολιτικών προτεραιοτήτων. Σε γενικές γραμμές, όμως, οι βασικές συνιστώσες της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγειονομικής (και μακροχρόνιας) φροντίδας περιλαμβάνουν μείωση των δαπανών μέσα από περικοπές στους προϋπολογισμούς των μονάδων, ιδιωτικοποίηση δημόσιων υπηρεσιών, αύξηση της συμμετοχής του χρήστη στο κόστος των υπηρεσιών και άλλα συναφή μέτρα.

Ειδικότερα, οι πολιτικές της διαρθρωτικής μεταρρύθμισης μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις αδρές κατηγορίες (βλ. Mladovsky et al., 2012):

(α) Ένα σύνολο πολιτικών αποκρίσεων αποβλέπει σε περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας των χωρών, εξαιτίας μερικώς της αυξανόμενης ανεργίας που μειώνει τα έσοδα από τις κοινωνικές εισφορές. Η σχέση ανάμεσα στην κρίση, την ανεργία και τις ανισότητες υγείας τείνει να μετατραπεί σε εκρηκτικό κοινωνικό φαινόμενο, με δραματικές επιπτώσεις για την υγεία του πληθυσμού των ανέργων και των ανασφαλιστών.

(β) Ένα δεύτερο σύνολο πολιτικών απαντήσεων επικεντρώνεται στη διάσταση της μείωσης ή της συγκράτησης του κόστους των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Ένα διακριτό στοιχείο της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας αφορά στην αναδιαπραγμάτευση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων, συνήθως εις βάρος των καταναλωτών-ασθενών, ενώ σε διαδικασία αναδιαπραγμάτευσης έχουν τεθεί και οι μισθολογικές και οι μη μισθολογικές απολαβές των επαγγελματιών υγείας.

Η κύρια διαχειριστική μέθοδος των τιμών των υπηρεσιών υγειονομικής και μακροχρόνιας φροντίδας αφορά σε πληρωμές που συνδέονται με τη βελτίωση της απόδοσης και τη συγκράτηση του κόστους. Επιπλέον, πολλές κυβερνήσεις αναδομούν τους παρόχους και τις υπηρεσίες υγείας, με στροφή στον ιδιωτικό τομέα, σε μια προσπάθεια να αυξηθεί η αποδοτικότητα (αντίθετα, η αποτελεσματικότητα παραμένει μέγα ζήτημα και ζητούμενο), και να μειωθούν τα λειτουργικά κόστη.

(γ) Το τρίτο πακέτο πολιτικών αφορά σε πολιτικές επηρεασμού του όγκου και της ποιότητας των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αν και δεν παρατηρούνται ραγδαίες αλλαγές, εντούτοις μειώσεις επιβλήθηκαν σε ορισμένες χώρες την επαύριον της κρίσης. Με προοπτική τη μείωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, πολλές κυβερνήσεις αύξησαν τη φορολογία σε προϊόντα, όπως το αλκοόλ και ο καπνός, αλλά ελάχιστες προώθησαν πολιτικές υγιεινής διατροφής, σωματικής άσκησης και προληπτικής ιατρικής παρακολούθησης. Επιπλέον, οι χρόνοι αναμονής έχουν αυξηθεί σε διάφορες χώρες, είτε εξαιτίας της κρίσης αυτής καθαυτής είτε εξαιτίας των πολιτικών λιτότητας, που εφαρμόζονται ως απόρροια της κρίσης.

2.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Η πλειονότητα των χωρών που εφαρμόζει τα μέτρα λιτότητας (με προεξάρχουσα την Ελλάδα) συνεχίζει να αντιμετωπίζει την υφιστάμενη κατάσταση, ενισχύοντας την πίεση στο σύστημα υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας. Καταγράφεται η δραστική περικοπή της δημόσιας δαπάνης για βασικά αγαθά και υπηρεσίες, η οποία επηρεάζει σημαντικά τη δομή και τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων υγείας. Για παράδειγμα, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν να αντιμετωπίσουν τα αυξανόμενα προβλήματα των ελλειμμάτων, της υποστελέχωσης,

της έλλειψης βασικών προμηθειών (και πρωτίστως φαρμάκων) κ.ο.κ. (βλ. Ifanti et al., 2013).

Η έξαρση των αυτοκτονιών, των ψυχιατρικών διαταραχών και των μεταδιδόμενων ασθενειών είναι, πλέον, κοινό γνώρισμα των χωρών που βρίσκονται σε ύφεση και λιτότητα, οι μειώσεις δε στους εθνικούς προϋπολογισμούς υγείας έχουν περιορίσει πολύ περισσότερο την πρόσβαση στην υγειονομική και τη μακροχρόνια φροντίδα. Αντίθετα, η Ισλανδία απέρριψε τη λιτότητα μέσω της διαδικασίας της λαϊκής ψηφοφορίας και η οικονομική κρίση φαίνεται ότι έχει περιορισμένες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό στη χώρα αυτή (βλ. Karanikolos et al., 2013· Kentikelenis et al., 2014).

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο χώρος της υγείας διέπεται από την περιπλοκότητα των διασυνδέσεων των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, τόσο μεταξύ όσο και εντός των χωρών. Η κλιμάκωση της υγειονομικής κρίσης στον ανεπτυγμένο και λιγότερο ανεπτυγμένο κόσμο υποδηλώνει ότι ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης, της δημοσιονομικής λιτότητας, της υπολειμματικής κοινωνικής προστασίας και της υποβάθμισης των μικρομεσαίων κοινωνικών στρωμάτων συνιστά το «εκρηκτικό μείγμα» για την όξυνση των ανισοτήτων υγείας σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο. Κατ' ουσίαν, η νεοφιλελεύθερη τάση αποδυνάμωσης (ή και ελαχιστοποίησης) της κρατικής παρέμβασης στην οικονομία έχει θέσει στο περιθώριο προτάσεις για ξεπέραςμα της κρίσης και της ύφεσης με επενδύσεις στο κοινωνικό κράτος.

Ωστόσο, η επιβολή της λιτότητας, όχι μόνο δεν αντιμετωπίζει την ύφεση, αλλά οδηγεί σε επιδείνωση δεικτών σε διάφορα επίπεδα (π.χ. επιδημιολογικούς, δημογραφικούς και άλλους συναφείς δείκτες.). Η χειροτέρευση του στάτους υγείας και της δυνατότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, για ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού σε πολλές χώρες παγκοσμίως μαρτυρά την όξυνση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των προνομιούχων και των λιγότερο προνομιούχων στρωμάτων του παγκόσμιου πληθυσμού. Η όξυνση αυτή τείνει να εξελιχθεί σε περαιτέρω κοινωνική κλιμάκωση με γνώμονα τα αποτελέσματα υγείας, συντελώντας στην εξάπλωση της κοινωνικής κρίσης που μαστίζει τις χώρες του σύγχρονου καπιταλισμού.

Μέρος Β

Διαστάσεις της μεταρρύθμισης
στην Ελλάδα

3. Οι «επιταγές» των Μνημονίων και οι υπό εξέλιξη θεσμικές αλλαγές στην υγεία: Κριτική επισκόπηση

3.1 Εισαγωγή

Από το 2008, η Ελλάδα βρίσκεται σε βαθιά και παρατεταμένη οικονομική κρίση και οι μελλοντικές προβλέψεις παραμένουν δυσσιώπες. Το 2013 το ΑΕΠ υποχώρησε για έκτη συνεχή χρονιά, ενώ η ανεργία διπλασιάστηκε από το 2010 και έφθασε στο 25,6% στα τέλη του 2014 (η ανεργία των νέων εκτοξεύτηκε στο 57,5%). Η αναμενόμενη επιστροφή στην ανάπτυξη αποτελεί διαφιλονικούμενο θέμα. Η σχεδόν μηδενική αύξηση του ΑΕΠ το 2014 δεν επιτρέπει πολλά περιθώρια για αισιοδοξία, καθώς μια συνεχιζόμενη αναιμική τάση μακροπρόθεσμα είναι πολύ πιθανή. Η συζήτηση σχετικά με το δημοσιονομικό χάσμα κατά το 2015 και 2016 παραμένει ανοιχτή (με τους δανειστές), και τροφοδοτεί εναλλακτικά σενάρια για μια παρατεταμένη συνέχιση των σκληρών μέτρων λιτότητας.

Η δημοσιονομική εξυγίανση στο πλαίσιο των σχεδίων διάσωσης περιέλαβε διαδοχικές περικοπές σε μισθούς και συντάξεις, εισήγαγε μέτρα που προωθούν τις ευέλικτες σχέσεις εργασίας και περιορίζουν σημαντικά τα εργασιακά δικαιώματα, επέβαλε τη δραστική μείωση των δημοσίων δαπανών και, παράλληλα, την αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων (συμπεριλαμβανομένων των ειδικών εισφορών). Η μεταρρύθμιση στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης και της υγείας κατέχει κεντρική θέση στο πλαίσιο των μέτρων διαρθρωτικής προσαρμογής. Σε αυτούς τους δύο σημαντικούς τομείς πολιτικής οι μεταρρυθμίσεις βρίσκονται σε διαρκή εξέλιξη και περιλαμβάνουν ένα φάσμα διαρθρωτικών αλλαγών που, στον ένα ή άλλο βαθμό, συντελούν στην υποχώρηση των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το κεφάλαιο αυτό αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα εξετάζει την πορεία των μεταρρυθμίσεων στην υγεία κατά τα τελευταία χρόνια υπό τις

επιταγές του προγράμματος διάσωσης.²¹ Η δεύτερη ενότητα επικεντρώνεται σε μια κριτική αποτίμηση των αλλαγών με κριτήρια τις αρχές της ίσης πρόσβασης, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της βιωσιμότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η τρίτη ενότητα παρουσιάζει σύντομα τη γεωγραφική διάρθρωση της δημόσια παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βάση εμπειρική έρευνα που διεξήχθη το 2013-2014, πριν την εφαρμογή του νόμου για την ίδρυση του ΠΕΔΥ. Τέλος, τα συμπεράσματα συνοψίζουν τις παρατηρήσεις μας για την πορεία της μεταρρύθμισης και τον εν εξελίξει διάλογο γύρω από το ζήτημα αυτό.

3.2 Σύντομη επισκόπηση της πορείας της μεταρρύθμισης²²

Τέσσερις δεκαετίες μετά την ίδρυση του ΕΣΥ (για τη νοσοκομειακή φροντίδα), η παροχή υπηρεσιών παρέμεινε κατακερματισμένη και η σύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ατελής. Τόσο ως προς τη χρηματοδότηση όσο και ως προς την παροχή υπηρεσιών ένα μεικτό σύστημα συνέχισε να λειτουργεί μέχρι πρόσφατα: ένα ιδιαίτερα κατακερματισμένο σύστημα ασφάλισης υγείας (με πληθώρα κοινωνικο-επαγγελματικών ταμείων) συνδυάστηκε με ένα σύστημα ΕΣΥ (για τη νοσοκομειακή περίθαλψη), ενώ, παράλληλα, η ιδιωτική δαπάνη διευρυνόταν με ταχείς ρυθμούς μέχρι την έναρξη της κρίσης. Κατά το μεγαλύτερο μέρος του δεύτερου μισού της δεκαετίας του 2000, η συνολική δαπάνη για την υγεία κυμαινόταν γύρω στο 9% του ΑΕΠ, και περίπου το 40% αποτελούσε ιδιωτική δαπάνη – ως επί το πλείστον άμεσες πληρωμές (out-of-pocket payments), δεδομένου ότι η ιδιωτική ασφάλιση παραμένει περιορισμένη.

Το ΕΣΥ παρέχει κυρίως δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ωστόσο, περιλαμβάνει και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχονται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (και τα Κέντρα Υγείας κυρίως στις αγροτικές περιοχές). Απασχολεί επίσης έναν αριθμό γενικών ιατρών και ιδιαίτερα σε ορισμένες αγροτικές περιοχές συνιστά τον κύριο πάροχο φροντίδας. Συνολικά, ωστόσο, η πρωτοβάθμια και η εξειδικευμένη φροντίδα χαρακτηρίζονται από ένα μεικτό σύστημα παροχής υπηρεσιών από δημόσιους παρόχους –τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων

21. Μέχρι το 2014, οπότε και ολοκληρώθηκε η παρούσα μελέτη.

22. Για μια αναλυτική περιγραφή (κατά χρονολογική σειρά) των «μνημονιακών» δεσμεύσεων και των νομοθετημάτων που ακολούθησαν με στόχο τις μεταρρυθμίσεις στην κοινωνική ασφάλιση και την υγεία βλ. Παράρτημα Ι (ενότητα Ι-Α).

νοσοκομείων, τα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. τα πρώην πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ που περιήλθαν στον ΕΟΠΥΥ το 2012 και στο ΠΕΔΥ τον Μάρτιο 2014)– καθώς και από ιδιωτικούς παρόχους είτε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ (και παλαιότερα με τα ασφαλιστικά ταμεία) είτε μη συμβεβλημένους και αμειβόμενους από τους ασθενείς μέσω άμεσων πληρωμών.

Μέχρι τη μεταρρύθμιση του 2011, ο απασχολούμενος πληθυσμός ήταν εγγεγραμμένος σε ένα από τα πολλά κοινωνικο-επαγγελματικά ασφαλιστικά ταμεία υγείας. Σημαντικές διαφορές ως προς την κάλυψη από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, από το ΕΣΥ, και για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού από ιδιωτική ιατρική ασφάλιση συνέτειναν στη διατήρηση ανισοτήτων. Η πολυπλοκότητα του συστήματος χρηματοδότησης και ο μεγάλος βαθμός κατακερματισμού αποτελούν τις αιτίες της έλλειψης συντονισμού μεταξύ των διαφόρων τομέων της υγειονομικής φροντίδας, την εκτίναξη των ελλειμμάτων του ΕΣΥ, την ταχεία αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης και άλλες ανεπάρκειες. Οι αποσπασματικές μεταρρυθμίσεις των δεκαετιών του 1990 και του 2000 ελάχιστα συνέβαλαν στην αντιμετώπιση των σημαντικών προβλημάτων του συστήματος.

Η έκρηξη της φούσκας του δημόσιου χρέους κατέστησε αναγκαίο τον εξορθολογισμό του συστήματος. Δεδομένου ότι οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ένα σημαντικό μέρος των δημόσιων δαπανών, δραστικές περικοπές και σημαντικές αναδιατάξεις στον τομέα αυτό αποτελούν βασική προτεραιότητα της «συμφωνίας διάσωσης» που η χώρα υπέγραψε με την Τρόικα (τους τρεις δανειστές – την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο) την άνοιξη του 2010. Η συγχώνευση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο υγείας, τον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) με το νόμο 3918 του 2011, και οι επακόλουθες νομοθετικές αλλαγές συνιστούν σημαντικές εξελίξεις με στόχο τον περιορισμό των ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων ως προς το εύρος, το ύψος και την ποιότητα των παροχών.²³ Οι αλλαγές αυτές, ωστόσο, συνοδεύτηκαν και από αυξήσεις στις συν-πληρωμές, εισαγωγή νέων «τελών», και μείω-

23. Ωστόσο, οι εισφορές που αφορούν την υγεία εξακολουθούν να συλλέγονται από τα διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Η καθυστέρηση στην απόδοση των εισφορών αυτών στον ΕΟΠΥΥ (ή, σε ορισμένες περιπτώσεις και η παρακράτηση εισφορών για την κάλυψη συνταξιοδοτικών και άλλων δαπανών από τα ασφαλιστικά ταμεία) δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ. Εκκρεμεί επί-

ση του φάσματος των δημόσια προσφερόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, η υπό εξέλιξη αναδιοργάνωση του ΕΣΥ αναδιατάσσει και περικόπτει τον αριθμό των κλινικών και λειτουργικών κλινών, με στόχο τη συγκράτηση του κόστους και τον εξορθολογισμό της δομής και της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Άλλες σημαντικές εξελίξεις περιλαμβάνουν τον έλεγχο των ιατρικών συνταγών (με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση –e-prescribing– και το ηλεκτρονικό σύστημα διάγνωσης – e-diagnosis), την ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων, νέους κανόνες τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων, αλλαγές στο σύστημα προμηθειών, καθώς και την αυξανόμενη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων. Στις αρχές του 2014, νέα νομοθεσία εισήγαγε μια σημαντική μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο νόμος 4238 του 2014 επιβάλλει τη διάκριση ανάμεσα στις λειτουργίες ασφάλισης υγείας και αγοράς υπηρεσιών (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας) από τη μια μεριά, που αναλαμβάνονται από τον ΕΟΠΥΥ, και την παροχή (δημόσιας) πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που ανατίθεται στον νέο φορέα, το ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας).

Ο νέος αυτός οργανισμός συνίσταται σε ένα μεικτό σύστημα παρόχων το οποίο περιλαμβάνει: (α) τα περίπου 200 αγροτικά Κέντρα Υγείας και ένα μικρό αριθμό λειτουργούντων αστικών Κέντρων Υγείας (τα οποία μεταφέρονται από το ΕΣΥ στην αρμοδιότητα του ΠΕΔΥ)· (β) τα πρώην πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ (τα οποία το 2012 είχαν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ, αλλά μεταφέρονται και αυτά στο ΠΕΔΥ)· (γ) τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων που εξετάζουν ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ στα ιδιωτικά ιατρεία τους· και (δ), τα (συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ) ιδιωτικά εργαστήρια και άλλες ιδιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο νόμος προβλέπει τη χάραξη εκ νέου του χάρτη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά δεν αναφέρει λεπτομερώς τον τρόπο με τον οποίο αυτό θα πραγματοποιηθεί. Με την ψήφιση του νόμου αυτού, όλες οι μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΟΠΥΥ έκλεισαν για ένα μήνα. Όταν επαναλειτούργησαν, η στελέχωσή τους αποδυναμώθηκε σημαντικά καθώς λιγότερο από το 50% του ιατρικού προσωπικού τους αποδέχθηκε να ενταχθεί στον νέο φορέα, (βλέπε σχετικά με το θέμα αυτό παρακάτω), ενώ κρίσιμα ζητήματα όπως η συγχώνευση και αναδιάταξη των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας εκκρεμούν. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Συλλόγου Επιστημονι-

σης η αναδιάταξη του διοικητικού προσωπικού με στόχο την κάλυψη των διοικητικών αναγκών του ΕΟΠΥΥ.

κού-Υγειονομικού Προσωπικού ΕΟΠΥΥ (νυν ΠΕΔΥ) Θεσσαλονίκης, από τους 94 παθολόγους που υπηρετούσαν στα ιατρεία του πρώην ΕΟΠΥΥ έμειναν στον νέο φορέα μόνο 25, από τους 51 καρδιολόγους έμειναν 11, από τους 44 ορθοπαιδικούς έμειναν επτά, από τους 32 γυναικολόγους έμειναν έξι, και από τους 17 ΩΡΛ έμειναν μόνον επτά (Μπούκα, 2014).

Να τονίσουμε ότι κατά το 2013 και μέχρι την ψήφιση του νόμου για την ίδρυση του ΠΕΔΥ, η μεταρρύθμιση του νεοσύστατου (αλλά προβληματικού) ενιαίου οργανισμού παροχών υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ) ήταν στην πρώτη γραμμή της δημόσιας συζήτησης. Στα τέλη του 2013, παραδόθηκε στο Υπουργείο Υγείας από μια επιτροπή εμπειρογνομώνων έκθεση-πρόταση για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Σουλιώτης κ.ά., 2013). Η επιτροπή πρότεινε την ενοποίηση όλων των δημόσιων παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που λειτουργούν υπό το ΕΣΥ, τον ΕΟΠΥΥ και ορισμένους δήμους, και την ανάληψη της ευθύνης διαχείρισης του συστήματος από τις διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ). Η πρόταση αναθέτει στον ΕΟΠΥΥ τη λειτουργία της χρηματοδότησης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, και παράλληλα υποστηρίζει την ανάγκη αναδιάρθρωσης των υφιστάμενων μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας με σκοπό τη δημιουργία ενός δικτύου κέντρων υγείας (πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας). Οι οικογενειακοί γιατροί θα είναι η «πύλη» εισόδου στο σύστημα και οι συντονιστές των ιατρικών πράξεων που απαιτούνται. Ωστόσο, η πρόταση επιτρέπει την ευελιξία στην πρόσβαση, καθώς οι ασθενείς θα μπορούν να επισκεφθούν άμεσα γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι και γυναικολόγοι θα αποτελέσουν τις βασικές ειδικότητες των τοπικών μονάδων φροντίδας υγείας. Οι μονάδες αυτές θα συγκροτούν αποκεντρωμένα, αυτόνομα δίκτυα που χρηματοδοτούνται με βάση προοπτικούς, κλειστούς προϋπολογισμούς που θα λαμβάνουν υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στις διάφορες περιοχές.²⁴

Από την άλλη πλευρά, ο επικεφαλής του ΕΟΠΥΥ πρότεινε την ενοποίηση των

24. Προτείνεται οι οικογενειακοί γιατροί να αμείβονται κατά κεφαλήν και με βάση κριτήρια απόδοσης, την ανάληψη πρωτοβουλιών προαγωγής της υγείας, και τη διαχείριση σύνθετων ιατρικών προβλημάτων· ενώ οι ειδικότητες θα αμείβονται με βάση τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βλ. επίσης Πολύζος (2013) για μια πρόταση σχετικά με την οργάνωση και χρηματοδότηση των μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ.

υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπό την αρμοδιότητα του ΕΟΠΥΥ. Η πρόταση αυτή διατηρεί για τον ΕΟΠΥΥ τη διπλή αρμοδιότητα του παρόχου και του χρηματοδότη (αγοραστή). Μια σχεδόν παρόμοια πρόταση επεξεργάστηκε και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (βλ. επίσης Niakas, 2013). Η παραπάνω πρόταση υιοθετεί ένα σύστημα που ομοιάζει προς τις Health Management Organisations που δραστηριοποιούνται στις ΗΠΑ (ο κλάδος του ΕΟΠΥΥ που θα είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση θα συνάπτει συμβάσεις με ιδιωτικούς και δημόσιους παρόχους από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα). Μια άλλη άποψη που υποστηρίχθηκε στον δημόσιο διάλογο θεωρεί την ενιαία οργάνωση/διαχείριση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υπό το ΕΣΥ ως τη μόνη ρεαλιστική λύση για ένα ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα (βλ. Kondilis et al., 2012). Ωστόσο, οι επιλογές που ενσωματώθηκαν στο νόμο του 2014 για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποκλίνουν από σχεδόν όλες τις παραπάνω προτάσεις, καθώς κεντρικός κορμός της μεταρρύθμισης γίνεται ένας νέος φορέας, το ΠΕΔΥ.²⁵

3.2.1 Το προφίλ του συστήματος

Ένα από τα σημαντικά προβλήματα του συστήματος υγείας είναι η ανεπαρκής σύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Απουσιάζει μια «πύλη» εισόδου και μια συντονισμένη διαδικασία παραπομπών. Η συγχώνευση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων υγείας σε έναν ενιαίο οργανισμό (ΕΟΠΥΥ) αποτελεί σημαντικό βήμα για την αντιμετώπιση των μεγάλων ανισοτήτων μεταξύ των προϋπαρχόντων πολλαπλών ταμείων υγείας. Ωστόσο, είναι ιδιαίτερα προβληματικό κατά πόσο η συνένωση ενός αριθμού «προβληματικών» ταμείων, υπό συνθήκες δραστηκής μείωσης των πόρων για την υγεία, μπορεί να εξασφαλίσει επαρκείς ποιοτικά δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ο προβληματισμός αυτός ενισχύεται και από

25. Κεντρικής σημασίας είναι το ζήτημα της μεταβίβασης της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ασφαλιστικών ταμείων στον νέο φορέα. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αυτές όπου τα μεταφερόμενα περιουσιακά στοιχεία ανήκουν αδιαίρετως και στους δύο κλάδους των ασφαλιστικών ταμείων (υγείας και συντάξεων). Αυτό αφορά κατεξοχήν τα πρώην κέντρα υγείας και πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ και την ακίνητη περιουσία που συνοδεύει τις μονάδες αυτές. Η ΓΣΕΕ υποστήριξε την παροχή αντισταθμιστικών οφελών προς το ΙΚΑ· για παράδειγμα, είτε αντισταθμιστική χρηματοδότηση του ΙΚΑ, είτε μείωση του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων του ΙΚΑ για ιατρικές εξετάσεις και νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές. Ωστόσο, δεν υπήρξε ανταπόκριση στη διεκδίκηση αυτή από την πλευρά των αρμόδιων κυβερνητικών φορέων.

το διοικούμενο πρόβλημα της ανεργίας και άρα της σημαντικής μείωσης των εισφορών. Όλα αυτά συντελούν στην υπο χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ και στις μεγάλες καθυστερήσεις στην κάλυψη των υποχρεώσεων του απέναντι στους παρόχους.²⁶ Ο προαναφερθείς νόμος (4238 του 2014) προβλέπει την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του ΠΕΔΥ, και από την άποψη αυτή η μεταρρύθμιση σε εξέλιξη είναι ένα βήμα προς τη βελτίωση τη λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και του συντονισμού με τη δευτεροβάθμια. Οι μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ περιέρχονται στη διοικητική αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών.

Μερικά ακανθώδη ζητήματα της μεταρρύθμισης, ωστόσο, είναι τα ακόλουθα. Κατ' αρχήν ο παραπάνω νόμος δεν παρέχει έναν σαφή οδικό χάρτη υλοποίησης της μεταρρύθμισης, καθώς πολλά θέματα οργάνωσης και λειτουργίας του νέου συστήματος πρόκειται να αποφασισθούν με υπουργικές αποφάσεις στο μέλλον. Μια σειρά από ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα, όπως για παράδειγμα: Πώς θα αποκρυσταλλωθεί ο νέος χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας; Ποια κριτήρια θα χρησιμοποιηθούν για την αναδιάταξη και τη συγχώνευση των υφιστάμενων μονάδων; Ποιος θα είναι ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας; Και τι είδους συμβάσεις θα υπογραφούν από τον ΕΟΠΥΥ και τους διαφόρους παρόχους; Επιπλέον, απουσιάζει οποιαδήποτε προπαρασκευαστική εργασία για τη συστηματική εκτίμηση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού (δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, επιδημιολογικό προφίλ κ.λπ.) σε διάφορα επίπεδα γεωγραφικής ανάλυσης (περιφέρεια, δήμος, κοινότητα) που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τις αρμόδιες αρχές στις αποφάσεις τους σχετικά με την κατανομή των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δικτύωσής τους. Εξίσου ασαφές είναι αν και πώς θα μπορούσε να τεθεί σε εφαρμογή το σύστημα του «οικογενειακού γιατρού». Επιπλέον, η μεγάλη μείωση του ιατρικού προσωπικού στις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΥ δημιουργεί αμφιβολίες σχετικά με το αν θα είναι δυνατόν να τεθεί σε εφαρμογή ένα αποτελεσματικό σύστημα κάλυψης των αναγκών για ιατρική φροντίδα σε 24ωρη βάση (όπως προβλέπεται από τον πρόσφατο νόμο ίδρυσης του ΠΕΔΥ).²⁷

Η εξέταση σε πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ (και νυν ΠΕΔΥ) (καθώς και

26. Τον Δεκέμβριο του 2014 οι οφειλές του ΕΟΠΥΥ προς συμβεβλημένους γιατρούς, εργαστήρια και κλινικές ανέρχονταν σε περίπου 850 εκατ. ευρώ.

27. Για μια συγκριτική ανάλυση των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα και τις άλλες νοτιοευρωπαϊκές χώρες βλ. Petmesidou et al. (2014).

στα ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων) δεν συνεπάγεται επιβάρυνση του χρήστη. Αν και συχνά οι ιδιώτες γιατροί επικαλούνται ότι έχουν ξεπεράσει το ανώτατο όριο επισκέψεων για τις οποίες αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ και επιβαρύνουν τον ασθενή με 10-20 ευρώ ανά επίσκεψη.²⁸ Ένα «τέλος» 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΠΕΔΥ, που αρχικά προτάθηκε από το Υπουργείο Υγείας, στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης, απορρίφθηκε λόγω της αντίθεσης ακόμη και στο εσωτερικό του (τότε) κυβερνώντος συνασπισμού (Νέας Δημοκρατίας και ΠΑΣΟΚ). Σε πολλές από τις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ που είχαν ελλείψεις σε προσωπικό ακόμη και πριν από τη μεταρρύθμιση, τα προβλήματα εντάθηκαν. Το ανώτερο όριο επισκέψεων για κάθε ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ αυξήθηκε σε 400 επισκέψεις κατά την περίοδο συζήτησης του υπό ψήφιση νομοσχεδίου για την ίδρυση του ΠΕΔΥ, καθώς και για το διάστημα κατά το οποίο οι πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ παρέμειναν κλειστές, αμέσως μετά την ψήφιση του ανωτέρω νόμου. Ωστόσο, τον Μάρτιο 2014 το μέγιστο όριο επανήλθε στις 200 επισκέψεις. Πολλοί γιατροί καλύπτουν ήδη από τις πρώτες εβδομάδες του μήνα τον ανώτατο αυτό αριθμό, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν (έστω και μόνο για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων, π.χ. στην περίπτωση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις).

Ο δραστικός περιορισμός του κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί κεντρικό όρο του «σχεδίου διάσωσης». Αυτό επιδιώκεται μέσω ενός συνδυασμού μέτρων με στόχο την αναχαίτιση της κατασπατάλησης πόρων, την προαγωγή οικονομικών κλίμακας, τον εξορθολογισμό της διοίκησης, της κοστολόγησης και των μεθόδων πληρωμής των νοσοκομείων (βλ. επίσης Κεφάλαιο 4 για μια αναλυτικότερη παρουσίαση των τάσεων εξέλιξης της υγειονομικής δαπάνης και των συνιστωσών χρηματοδότησης του συστήματος), καθώς και την αναδιάρθρωση των ανθρωπίνων πόρων. Η αναδιάρθρωση του χάρτη των νοσοκομειακών μονάδων βρίσκεται σε εξέλιξη. Στοχεύει στη συγχώνευση των κλινικών και νοσοκομείων, το κλείσιμο ορισμένων μονάδων ή την αλλαγή της λειτουργίας τους.²⁹ Από την άλλη μεριά,

28. Να σημειώσουμε επίσης ότι η αμοιβή κατά πράξη των συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΥΥ είναι ιδιαίτερα χαμηλή (10 ευρώ μεικτά για τους παθολόγους, γενικούς γιατρούς, ΩΡΛ κ.ά.), και αυτό ωθεί συχνά στο να απαιτούν επιπλέον αμοιβή από τους ασθενείς.

29. Από τα 137 δημόσια νοσοκομεία η συγχώνευση οδήγησε σε 83 φορείς. Επίσης, από ένα σύνολο 1950 κλινικών στα δημόσια νοσοκομεία, 330 συγχωνεύθηκαν (και 40 με-

οι ελλείψεις σε διοικητικό προσωπικό εντάθηκαν κατά τα δύο τελευταία χρόνια, ως αποτέλεσμα της πολιτικής «απολύσεων» και «παγώματος των προσλήψεων» με στόχο να συρρικνωθεί σημαντικά ο δημόσιος τομέας κατά τα επόμενα χρόνια, το οποίο επίσης αποτελεί επιταγή του «Μνημονίου». Κατά τις αρχές του 2014, το προσωπικό των δημόσιων μονάδων υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλήφθηκε στο πρόγραμμα που θέτει σε «διαθεσιμότητα», «αποσύρει» και/ή αναδιατάσσει το ανθρώπινο δυναμικό στον δημόσιο τομέα. Μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό συνιστούν οξύ πρόβλημα (σε πολλά κύρια νοσοκομεία της Αθήνας οι περικοπές έχουν οδηγήσει σε συνθήκες όπου μία νοσοκόμα φροντίζει 20 ή περισσότερους ασθενείς).³⁰ Επιπρόσθετα αυτό οδηγεί σε πλημμελή αξιοποίηση της ήδη υπάρχουσας υποδομής. Έτσι, περίπου το 25% των κρεβατιών εντατικής θεραπείας δεν είναι σε λειτουργία λόγω ελλείψεων σε προσωπικό.

Η δραστική περικοπή της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί κεντρική προτεραιότητα στο πλαίσιο του «σχεδίου διάσωσης» (δεδομένου ότι η δαπάνη αυτή εκτινάχθηκε στα ύψη κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000).³¹ Μέχρι το 2014, σημαντική εξοικονόμηση κόστους επιτεύχθηκε μέσα από την καθιέρωση ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης και παραπομπών (υποχρεωτικά για όλες τις ιατρικές πράξεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ).³² Άλλα συνοδευτικά μέτρα περιλαμβάνουν: κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης, θεραπευτικά πρωτόκολλα, κίνητρα και υποχρεωτικές κατευθύνσεις (για το ιατρικό προσωπικό) ώστε να αυξηθεί η χρήση γενοσήμων, τακτική αναθεώρηση των τιμών των φαρμάκων, μείωση του περιθωρίου κέρδους για τα φαρμακεία, και αυτόματος μηχανισμός «clawback» εάν ξεπερνιούνται οι στόχοι σχετικά με το πλαφόν για τη φαρμακευτική δαπάνη (κάθε έξι μή-

ταφέρθηκαν μεταξύ νοσοκομείων). Ο αριθμός των λειτουργικών κλινών μειώθηκε από περίπου 36.000 σε 32.000, και από αυτές 550 κλίνες διατέθηκαν για ιδιωτική νοσηλεία. Οι αλλαγές προβλέπεται να εξοικονομήσουν περίπου 150 εκατομμύρια ευρώ στο πλαίσιο του μεσοπρόθεσμου προγράμματος (στοιχεία που λάβαμε από το Υπουργείο Υγείας στις αρχές του 2014).

30. Για το προφίλ του νοσηλευτικού προσωπικού βλ. Σκρουμπέλος κ.ά. (2012).

31. Το 2009 η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη ανερχόταν σε περίπου 5,2 δισ. ευρώ, και αποτελούσε περίπου το 40% της συνολικής δημόσιας δαπάνης.

32. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπομπών για διαγνωστικές εξετάσεις καλύπτει σχεδόν το σύνολο των ιατρικών πράξεων.

νες, για τους παραγωγούς φαρμακευτικών προϊόντων). Επίσης, η «θετική λίστα» φαρμάκων³³ υπόκειται σε περιοδική αναθεώρηση (βλ. αναλυτικότερα Κεφάλαιο 4). Οι συν-πληρωμές για τα φαρμακευτικά προϊόντα, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη χρήση των ιδιωτικών κλινικών αυξήθηκαν σημαντικά, ενώ οι εξαιρέσεις μειώθηκαν δραστικά.

3.2.2 Σύντομη επισκόπηση των εφαρμοζόμενων μέτρων

Μετά την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, νομικές αλλαγές που εγκρίθηκαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών προβλέπουν την ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας και τη χρέωση ανά επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία σε εξωτερικούς ασθενείς (που, ωστόσο, εν μέρει μόνον καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση).

Τα μέτρα για τη μείωση των τιμών και του όγκου των φαρμάκων περιλαμβάνουν παρεμβάσεις: (α) στην τιμολόγηση και τα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων και των φαρμακευτικών βιομηχανιών, παράλληλα με διοικητικά επιβαλλόμενη μείωση των τιμών για ορισμένα σκευάσματα, και (β) στα πρότυπα συνταγογράφησης.

Ένα νέο σύστημα τιμολόγησης και ρύθμισης της φαρμακευτικής δαπάνης εισήχθη το 2010. Η τιμή των φαρμάκων καθορίζεται με βάση τη μέση τιμή των τριών χαμηλότερων τιμών στις αγορές της ΕΕ (22 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν τις χώρες αναφοράς). Για το σκοπό αυτό συστάθηκε παρατηρητήριο τιμολόγησης των φαρμάκων και περισσότερα από 12.000 φαρμακευτικά προϊόντα ανατιμολογήθηκαν με βάση το νέο σύστημα (η λίστα τιμών επανακαθορίζεται τρεις φορές ετησίως). Επίσης, ένας αριθμός φαρμάκων διαγράφηκαν από την «θετική λίστα» φαρμάκων. Ωστόσο, ο μηχανισμός καθορισμού των τιμών εξακολουθεί να απαιτεί εκτεταμένες προσαρμογές, ώστε να καταστεί περισσότερο διαφανής και να μειωθεί ο αριθμός των καταγγελιών (εξαιτίας υπέρ- ή υπό-τιμολογήσεων) και η σύγχυση που προκαλείται από τις συχνές αναθεωρήσεις της λίστας.³⁴

33. Δηλαδή η λίστα που περιλαμβάνει τα φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση.

34. Τον Οκτώβριο του 2012 ανακοινώθηκε από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) η απαγόρευση παράλληλων εξαγωγών για ορισμένα φάρμακα, καθώς παρατηρήθηκαν σημαντικές ελλείψεις (λόγω της ιδιαίτερα χαμηλής τιμής ορισμένων φαρμάκων στην ελληνική αγορά σε σύγκριση με τη Δυτική Ευρώπη).

Όσον αφορά τα «τέλη» που επιβάλλονται στους εξυπηρετούμενους, αυτά συνίστανται σε: 15% συν-πληρωμή για τις εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και 25% συν-πληρωμή για μια σειρά προσθετικών συσκευών, ορθοπεδικά υλικά και αναπνευστικές συσκευές³⁵, καθώς και ένα ανώτατο όριο για τα αναλώσιμα, όπως ταινίες για τεστ σακχάρου, βελόνες έγχυσης κ.λπ. Το 2010 εισήχθη «εισιτήριο» ύψους 3 ευρώ για την πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων, το οποίο αυξήθηκε σε 5 ευρώ τον Ιανουάριο του 2011. Ένα τέλος ύψους 25 ευρώ για κάθε εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο περιλαμβάνεται στις δεσμεύσεις του «Μνημονίου», και επρόκειτο να εφαρμοσθεί από τον Ιανουάριο του 2014, τελικά απορρίφθηκε λόγω της δημόσιας κατακραυγής.³⁶ Ως ισοδύναμο μέτρο αποφασίσθηκε η επιβολή φόρου επτά λεπτών στα τσιγάρα και τον καπνό. Επίσης, από τον Ιανουάριο του 2014 επιβλήθηκε μια επιπλέον χρέωση ενός ευρώ ανά συνταγή (πλέον της συν-πληρωμής 25% του κόστους των φαρμάκων³⁷). Τα «τέλη» για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές (σε περίπτωση που αυτό απαιτείται) αυξήθηκαν κατά τα προηγούμενα χρόνια και κυμαίνονται από 15% έως 50% (π.χ. για τους ασφαλισμένους στον ΟΓΑ αγρότες). Ταυτόχρονα, περιορίσθηκαν δραστικά οι υφιστάμενες απαλλαγές από τη χρέωση «συν-πληρωμών» για ορισμένες ομάδες (π.χ. για τους χρονίως πάσχοντες οι απαλλαγές συνδέθηκαν αποκλειστικά και μόνο με την [κύρια] χρόνια ασθένεια από την οποία πάσχουν, ακόμη και αν ορισμένα προβλήματα υγείας τους μπορεί να αποτελούν «έμμεση» συνέπεια της κύριας ασθένειάς τους).

Η αύξηση του μεριδίου των γενόσημων στην αγορά φαρμάκου και η ρύθμιση των τιμών τους αποτελούν επίσης σημαντικούς στόχους του «Μνημονίου». Η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία (INN – International Non-proprietary Name) είναι πλέον υποχρεωτική.³⁸ Ωστόσο, η διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων παραμένει σχετικά περιορισμένη. Το 2014 αυτά κάλυπταν περίπου το 35%

35. Όπως, για παράδειγμα, φιάλες οξυγόνου για άτομα που πάσχουν από πνευμονική ίνωση.

36. Το Υπουργείο Υγείας υπολόγιζε ότι το μέτρο αυτό θα απέδιδε περίπου 114 εκατ. ευρώ ετησίως.

37. Και στην περίπτωση που ο ασθενής επιλέγει το πρωτότυπο φάρμακο, αντί του φθηνότερου γενόσημου, θα χρεωθεί επιπλέον και το σύνολο της διαφοράς της τιμής μεταξύ του πρωτοτύπου και του φθηνότερου γενόσημου. Έτσι, η συνολική επιβάρυνση αυξάνεται σημαντικά.

38. Ένας αυτόματος μηχανισμός (στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης)

των φαρμάκων από την άποψη του όγκου και περίπου 23% σε όρους αξίας (για παράδειγμα, στη Γερμανία το αντίστοιχο ποσοστό σε όρους όγκου προσέγγιζε το 80%).³⁹ Ωστόσο, το μερίδιό τους στα διανεμόμενα φάρμακα για τη νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκε σε 50% στο τέλος του 2013, ενώ για το 2014 ο στόχος ορίστηκε στο 60% από το Υπουργείο Υγείας.

Ο στόχος που τέθηκε από το «Μνημόνιο» για τη φαρμακευτική δαπάνη να μην ξεπεράσει τα 2,37 δισ. ευρώ το 2013 επιτεύχθηκε. Η δαπάνη συμπίεστηκε περαιτέρω το 2014 και έκλεισε κάτω από 2 δισ. ευρώ. Ωστόσο, αυτό θεωρείται εξαιρετικά «βάνανυση» μείωση από τους εκπροσώπους του ιατρικού κόσμου, που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Ο συνδυασμός της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με την υποχρεωτική χρήση των οδηγιών (πρωτοκόλλων) συνταγογράφησης από τους γιατρούς, που στηρίζονται στο σύστημα ταξινόμησης ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας) αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο της μεταρρύθμισης.⁴⁰ Αρχικά αυτό επιχειρείται να εφαρμοσθεί για τα ακριβά φάρμακα και αυτά που έχουν ευρεία χρήση. Επιπλέον, το 2014, εισήχθη και ένα μέτρο που ορίζει ανώτατο όριο έκδοσης συνταγών από τους γιατρούς. Αυτό προσδιορίζεται στο 80% της αξίας των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν από το γιατρό κατά το προηγούμενο έτος. Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών προσέφυγε στο Συμβούλιο της Επικράτειας αιτώντας την απόσυρση του μέτρου το οποίο θεωρεί αυθαίρετο. Προτείνει δε τη διαβούλευση μεταξύ ιατρικών συλλόγων και Υπουργείου Υγείας ώστε να προσδιορισθούν «ανώτατα όρια» με βάση θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα (τον Ιούλιο του 2014 το μέτρο ανεστάλη μέχρι την οριστική απόφαση του ΣτΕ)⁴¹.

ενεργοποιείται και «μπλοκάρει» την έκδοση συνταγών από το γιατρό, εάν ο γιατρός ξεπεράσει το όριο (15%) που αφορά τη συνταγογράφηση πρωτότυπων φαρμάκων.

39. Στοιχεία από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας.

40. Το σύστημα ICD-10 συνιστά μια λίστα ταξινόμησης ασθενειών που συγκροτήθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO). Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που συνδέονται με το σύστημα αυτό θα πρέπει να αναρτώνται στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ.

41. Βλ. απόφαση ΣτΕ ΕπΑν 59/2014: «Κρίθηκε ότι η καθιέρωση του μηνιαίου ορίου συνταγογράφησης ανά ιατρό για το 2014 (80%) δύναται να οδηγήσει σε υποβιβασμό του επιπέδου παροχής των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Επίσης, η ρύθμιση αυτή, ως οριζόντιο μέτρο με το οποίο περιορίζεται η δυνατότητα των ιατρών να συνταγογρα-

Να σημειώσουμε ότι η φαρμακευτική δαπάνη περιορίστηκε σημαντικά για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ οι δαπάνες των νοσοκομείων για φάρμακα παρουσιάζουν αυξητική τάση. Ένας παράγοντας που ερμηνεύει την αυξητική τάση είναι η μεταφορά της αρμοδιότητας παροχής των ακριβών φαρμάκων στα φαρμακεία των νοσοκομείων. Παράλληλα, τέθηκαν σε εφαρμογή κεντρικά διαχειριζόμενοι διαγωνισμοί και διεθνείς διαδικασίες ηλεκτρονικής δημοπρασίας για τις προμήθειες των νοσοκομείων.⁴² Κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2013 σημειώθηκαν υπερβάσεις στις δαπάνες για διαγνωστικές εξετάσεις σε ιδιωτικά εργαστήρια και για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές. Αυτό οδήγησε στη λήψη έκτακτων μέτρων με την επιβολή ενός μηχανισμού clawback για τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα (παρόμοιο με αυτό που ισχύει για τις φαρμακευτικές εταιρείες), εφόσον η δαπάνη ξεπερνά το πλαφόν που θέτει ετησίως ο ΕΟΠΥΥ.

Το 2011 πραγματοποιήθηκε επίσης η μετάβαση από ένα σύστημα αναδρομικής πληρωμής των νοσοκομείων (retrospective reimbursement) με βάση το κόστος νοσηλείας ανά ειδικότητα, σε ένα σύστημα «μείγματος περιπτώσεων των ασθενών» (case-mix) που απαιτεί την εφαρμογή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs· για την εφαρμογή του μέτρου αυτού στα διάφορα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης βλ. Κεφάλαιο 1). Ωστόσο η διαδικασία αυτή μετάβασης εξακολουθεί να βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Μέχρι στιγμής υπάρχουν ισχυρές επιφυλάξεις (Σκρουμπέλος κ.ά., 2012) για την κωδικοποίηση και τις τιμές

φούν στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, που αποτελούν τον κύριο όγκο των ασφαλισμένων της χώρας, με βάση τον όγκο της συνταγογραφήσεως του προηγούμενου έτους, δύναται να πλήξει αδιακρίτως τόσο τους ιατρούς (και κατά συνέπεια τους ασθενείς τους), οι οποίοι τήρησαν και τηρούν τις χρονικώς προηγηθείσες ρυθμίσεις για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, όσο και εκείνους οι οποίοι τις παραβιάζουν συνταγογραφώντας, στις περιπτώσεις που δεν το επιτρέπει η σχετική νομοθεσία. Η Επιτροπή Αναστολών του ΣτΕ έκρινε ότι συντρέχει λόγος να ανασταλεί η εκτέλεση των προσβαλλόμενων πράξεων (υπουργικής απόφασης και απόφασης του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ), σταθμίζοντας από τη μια πλευρά το δημόσιο συμφέρον (μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία) και από την άλλη το δημόσιο συμφέρον (αποτροπή πιθανολογούμενης βλάβης της υγείας των πολιτών)».

42. Το σύστημα κεντρικών προμηθειών καλύπτει περίπου το 25% του συνόλου των αγορών που γίνονται από τα νοσοκομεία και σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας έχει συμβάλει σημαντικά στην εξοικονόμηση πόρων.

που χρησιμοποιούνται στην ελληνική εκδοχή των DRGs, καθώς η εισαγωγή του συστήματος αυτού οδήγησε σε αύξηση του κόστους νοσηλείας σε ορισμένες περιπτώσεις. Επιπλέον, η πιλοτική εφαρμογή των DRGs δεν συνοδεύθηκε από ένα σύστημα συμφωνηθέντων κλειστών προϋπολογισμών (global budgets) σε προοπτική βάση για τα νοσοκομεία.

Οι μισθοί του υγειονομικού προσωπικού μειώθηκαν σχεδόν κατά το ήμισυ από το ξέσπασμα της κρίσης μέχρι σήμερα, ενώ παράλληλα έγιναν και σημαντικές περικοπές στις υπερωρίες. Ειδικά το ζήτημα των υπερωριών αποτελεί αντικείμενο έντονων αντιπαραθέσεων μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των γιατρών του ΕΣΥ, καθώς ο προϋπολογισμός για τις υπερωρίες έχει περισταλεί δραστικά (κατά περίπου 40% μεταξύ 2011 και 2013). Για να αντιμετωπίσουν τους περιορισμούς αυτούς, οι διοικητές των νοσοκομείων υποκαθιστούν τις υπερωρίες με το σύστημα «σε ετοιμότητα» (on call work) που είναι λιγότερο δαπανηρό. Συχνά, όμως, δεν καλύπτονται οι ανάγκες από τη διευθέτηση αυτή. Επίσης, παρατηρούνται μεγάλες καθυστερήσεις στις πληρωμές των υπερωριών (τριών ή και περισσότερων μηνών) και αυτό συνιστά μία από τις αιτίες των συχνών κινητοποιήσεων του υγειονομικού προσωπικού.

3.3 Κριτική αποτίμηση

Αναμφισβήτητα, η προώθηση ενός ενιαίου συστήματος οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης με τη συγχώνευση των μεγαλύτερων ταμείων ασφάλισης υγείας είναι προς τη σωστή κατεύθυνση για τον περιορισμό του κατακερματισμού και των ανισοτήτων όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών, στον εξορθολογισμό της διοίκησης και την κοστολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, καθώς και στον δραστικό έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης (μέσω των αλλαγών στην τιμολόγηση, τη συνταγογράφηση και την αποζημίωση των προμηθευτών, και την προώθηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων). Από την άλλη μεριά, η αύξηση των συν-πληρωμών και των «τελών» για διαγνωστικές υπηρεσίες (και η περιστολή των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών) θέτουν φραγμούς στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, με αποτέλεσμα τη διεύρυνση των ανισοτήτων στην υγεία (βλ. στο ζήτημα αυτό Μέρος Γ).

Η περιστολή της δημόσιας δαπάνης έχει επιτευχθεί σε σημαντικό βαθμό. Όπως αναφέρουμε στο Κεφάλαιο 1, από το 2009 μέχρι το 2012, η δημόσια δα-

πάνη μειώθηκε κατά 5 δισ. ευρώ, ενώ έχει προϋπολογιστεί περαιτέρω μείωση της τάξης των περίπου 2,7 δισ. ευρώ μέχρι το 2015. Αυτό που απουσιάζει ωστόσο είναι η παρακολούθηση των σοβαρών επιπτώσεων των περικοπών στο εύρος και την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης καθώς και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, ιδιαίτερα μάλιστα όταν ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών πλησίαζε το 2014 –σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του τότε προέδρου του ΕΟΠΥΥ– τα 2 εκατομμύρια).⁴³

Επιπλέον, όπως αναφέρεται παραπάνω, οι πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ (και νυν ΠΕΔΥ) λειτουργούν με λιγότερο από το μισό του ιατρικού προσωπικού που απασχολούνταν σε αυτές στο παρελθόν, γεγονός που εγείρει πολλές αμφιβολίες για τη δυνατότητα αντιμετώπισης των αναγκών (τόσο ως προς την ποιότητα όσο και ως προς το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών). Η δραστική αυτή μείωση του ιατρικού προσωπικού προκλήθηκε από την αλλαγή στις εργασιακές σχέσεις και τις αμοιβές για τους γιατρούς στο πλαίσιο του ΠΕΔΥ. Οι γιατροί στις πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ (και πριν από το 2012, απασχολούμενοι στα πολυιατρεία του ΙΚΑ) ως επί το πλείστον διατηρούσαν, παράλληλα με την απασχόλησή τους στα πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ, και το ιδιωτικό τους ιατρείο. Με την ίδρυση του ΠΕΔΥ κλήθηκαν να αποφασίσουν αν θα αποδεχθούν το καθεστώς πλήρους απασχόλησης στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή θα αποχωρήσουν από αυτό εφόσον επιλέξουν να διατηρήσουν το ιδιωτικό ιατρείο τους. Η ρύθμιση για όσους επιλέγουν να ενταχθούν στο καθεστώς πλήρους απασχόλησης καθορίζει την ένταξή τους, αρχικά, στην κατώτατη βαθμίδα αμοιβών των γιατρών του ΕΣΥ⁴⁴, με προοπτική να προαχθούν σε ανώτερη βαθμίδα εφόσον πρώτα γίνει αξιολόγηση των προσόντων τους. Οι συνθήκες αυτές δεν θεωρήθηκαν ευνοϊκές από μεγάλο μέρος του ιατρικού προσωπικού στις πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ.

Να τονίσουμε ότι ο νέος νόμος προβλέπει την καθολική πρόσβαση στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την εφαρμογή του συστήματος του οικογενειακού γιατρού για το σύνολο των ασφαλισμένων. Ωστόσο, απουσιάζει η μελέτη εφαρμογής ενός τέτοιου συστήματος (εκτίμηση αναγκών, προσδιορισμός

43. Ωστόσο, όπως δήλωνε ο τότε πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ, δεν είναι δυνατό να υπολογιστεί ο ακριβής αριθμός των ανασφάλιστων λόγω σημαντικών κενών στα αρχεία των συγχωρευθέντων στον ΕΟΠΥΥ ασφαλιστικών ταμείων.

44. Με μισθό περίπου 1.300 ευρώ (ακαθάριστα) μηνιαίως.

του αριθμού των οικογενειακών γιατρών που απαιτούνται για να λειτουργήσει ένα τέτοιο σύστημα, πώς θα πρέπει να αναπτυχθεί το σύστημα αυτό σε περιφερειακό / τοπικό επίπεδο). Ακόμη, ένας σημαντικός αριθμός διατάξεων που περιέχει ο νόμος για την πρωτοβάθμια φροντίδα, που αφορούν σε θέματα δημόσιας υγείας, όπως δράσεις για την προαγωγή της υγείας, ανάπτυξη κινητών μονάδων φροντίδας υγείας για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε απομακρυσμένες ορεινές περιοχές και τα νησιά, και ίδρυση και λειτουργία κέντρων παρηγορητικής φροντίδας (palliative care) εκφράζουν «καλές προθέσεις». Αναμφίβολα, για να τεθούν σε εφαρμογή (και να ευοδωθούν) αυτά τα μέτρα δεν αρκεί η νομική κατοχύρωσή τους. Πρωτίστως απαιτείται επαρκής χρηματοδότηση (πράγμα το οποίο είναι εξαιρετικά δύσκολο υπό το καθεστώς παρατεταμένης λιτότητας), συστηματικός σχεδιασμός και αποτελεσματική διαχείριση της διαδικασίας εφαρμογής.⁴⁵

3.3.1 Κάλυψη αναγκών και πρόσβαση στις υπηρεσίες

Οι μεταρρυθμίσεις με γνώμονα τη λιτότητα αποδυναμώνουν σημαντικά την αρχή της «καθολικότητας» (the principle of universalism), η οποία βέβαια ποτέ δεν ίσχυσε πλήρως στην περίπτωση του ελληνικού κοινωνικού κράτους (ακόμη και πριν από την έκρηξη της κρίσης και τη δρομολόγηση των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων). Δύο πράγματα πρέπει να τονιστούν. Αφενός η εξίσωση μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων ως προς τις παροχές συνοδεύτηκε από μια σημαντική αναθεώρηση του εύρους των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών, κάτι το οποίο οδηγεί προς ένα χαμηλό κοινό παρονομαστή. Και, αφετέρου, οι συνθήκες της κρίσης και παρατεταμένης λιτότητας και ύφεσης έφεραν στο προσκήνιο το σοβαρό πρόβλημα ενός ραγδαία αυξανόμενου αριθμού ανασφάλιστων. Όπως ήδη αναφέραμε, πάνω από 2 εκατομμύρια πολιτών δεν έχουν ασφαλιστική κά-

45. Για παράδειγμα, όπως τονίζεται στη συζήτηση, στην κοινοβουλευτική επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, σχέδια για τη λειτουργία κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας συντάχθηκαν από ορισμένες Υγειονομικές Περιφέρειες (π.χ. στην Πελοπόννησο) ήδη από το 2004, αλλά αυτά ποτέ δεν εφαρμόστηκαν (μαγνητοσκοπημένη συζήτηση διαθέσιμη στο διαδίκτυο, πρόσβαση 20/2/2014, <http://www.hellenicparliament.gr/Praktika/Optiko-akoustiko-yliko-synedriaseon-Koinovouleftikon-Epित्रτροpon?search=on&commission=583b7a49-8542-41c0-8e16-e1c22246bfa6&fromDate=01/01/2014&toDate=15/02/2014&drdSessionPeriods=06d651e8-0935-4aeb-a02c-69136d5ed066>).

λυψη υγείας, επειδή είναι άνεργοι οι ίδιοι ή ο/η υπεύθυνος/η του νοικοκυριού, επειδή πτώχευσε η επιχείρησή τους, ή ακόμη και αν εξακολουθούν να εργάζονται ως αυτοαπασχολούμενοι ή μικροεπιχειρηματίες επειδή διέκοψαν την πληρωμή εισφορών λόγω των σοβαρών οικονομικών δυσχερειών. Οι αυξημένες συν-πληρωμές και τα «τέλη» λειτουργούν επίσης ως μέτρο παροχής υπηρεσιών «με δελτίο» (rationing) και εγείρουν σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση. Η παροχή με δελτίο λόγω μεγάλων χρόνων αναμονής (π.χ. σε ορισμένους νομούς για να επισκεφθεί κανείς έναν παθολόγο ή καρδιολόγο μέσω του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να περιμένει δύο ή περισσότερες εβδομάδες, ενώ στο δίκτυο των δημόσιων νοσοκομείων ο χρόνος αναμονής μπορεί να είναι μεγαλύτερος) επιτείνεται περαιτέρω από μηχανισμούς «εμπλοκής», όπως για παράδειγμα ελλείψεις σε υλικά για την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων στα πρώην κέντρα υγείας του ΕΟΠΥΥ (νυν ΠΕΔΥ).⁴⁶ Εμπόδια στην πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες υγείας σε μια περίοδο κρίσης, και αδυναμία πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα (για ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού που διαβίει σε συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας) αυξάνουν τις μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη.⁴⁷

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, οι μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική φροντίδα (λόγω «οικονομικού κόστους») αυξήθηκαν σημαντικά από τα μέσα της δεκαετίας του 2000 έως το 2013 (το ποσοστό σχεδόν διπλασιάστηκε για τις γυναίκες και αυξήθηκε κατά ένα τρίτο για τους άνδρες, βλ. επίσης Κεφάλαιο 7 και Petmesidou, 2014). Ακάλυπτες ανάγκες αναφέρονται πιο συχνά από τα άτομα που ανήκουν στο χαμηλότερο πεμπτημόριο της εισοδηματικής κλίμακας. Ωστόσο, είναι εντυπωσιακά και τα ποσοστά των ατόμων με ανικανοποίητες ανάγκες που ανήκουν στο δεύτερο και τρίτο πεμπτημόριο. Στην περίπτωση μάλιστα των υπέργηρων ατόμων (άνω των 85 ετών), οι ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση (λόγω υψηλού κόστους) εμφανίζονται ιδιαίτερα αυξημένες τα τελευταία χρόνια ακόμη και μεταξύ των ατόμων μεσαίου εισοδήματος.

46. Σύμφωνα με πληροφορίες που λάβαμε από εργαζόμενους σε κέντρα υγείας (πρώην πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ) στην Ανατολική Μακεδονία & Θράκη, υπό τις συνθήκες αυτές, σε ορισμένες περιοχές, οι επισκέψεις στα κέντρα υγείας μειώθηκαν ακόμη και κατά το ήμισυ κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων ετών (βλ. επίσης Κεφάλαιο 10).

47. Σύμφωνα με έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, έξι στους δέκα ερωτηθέντες απάντησαν ότι περιόρισαν σημαντικά τη χρήση υπηρεσιών υγείας εξαιτίας αδυναμίας να ανταποκριθούν στο οικονομικό κόστος.

Πίνακας 3.1: Αυτο-αναφερόμενη κατάσταση υγείας – Αυτο-αντίληψη περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες

	Αυτο-αναφερόμενη κατάσταση υγείας («κακή», «πολύ κακή»), 2013					Αυτο-αντίληψη περιορισμών ως προς τις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας («σοβαροί περιορισμοί»), 2013				
	1ο*	2ο	3ο	4ο	5ο	1ο	2ο	3ο	4ο	5ο
	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες	Άνδρες/ Γυναίκες
EU-27	12,6/15,0	11,5/14,0	8,8/11,0	6,5/8,2	4,4/5,3	11,5/12,4	10,6/12,4	7,8/9,6	6,0/7,5	4,0/4,9
Ελλάδα	8,0/11,9	13,4/12,7	10,2/14,5	8,9/11,3	5,3/7,7	8,1/12,4	12,4/14,9	10,5/15,1	8,8/10,9	5,6/7,4

Πηγή: Βάση δεδομένων Eurostat (προσβάσιμη στο <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>)

* Εισοδηματικά πεμπτημόρια

Στο χαμηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο, τα ποσοστά των ανδρών και των γυναικών που ανέφεραν «πολύ κακή ή κακή» κατάσταση υγείας βρίσκονται κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ-27 (Πίνακας 3.1). Ιδιαίτερα στο 3^ο (αλλά και στο 4^ο) πεμπτημόριο τα ποσοστά για την Ελλάδα είναι αρκετά υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ-27. Τόσο τα στοιχεία για την αυτο-αναφερόμενη κατάσταση υγείας όσο και αυτά για την αυτο-αντίληψη περιορισμών ως προς τις καθημερινές δραστηριότητες δείχνουν έναν συγκριτικά υψηλότερο βαθμό προβλημάτων υγείας σε ένα ευρύ φάσμα των μεσαίων στρωμάτων (ειδικότερα σε ό,τι αφορά τις γυναίκες, το ποσοστό που δηλώνει προβλήματα είναι αρκετά μεγαλύτερο από τον μέσο όρο της ΕΕ-27 ακόμη και στο υψηλότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο [βλ. επίσης Vandoros et al., 2013· Zavras et al., 2013]).

Οι σοβαρές επιπτώσεις της κρίσης σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού (συμπεριλαμβανομένου και σημαντικού μέρους του πληθυσμού που εντάσσεται στα μεσαία εισοδηματικά κλιμάκια) αντικατοπτρίζεται επίσης στην αυξανόμενη χρήση των δωρεάν παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (π.χ. από τους Γιατρούς του Κόσμου). Μέχρι την έναρξη της κρίσης, τα άτομα που στρέφονταν προς ΜΚΟ ήταν κυρίως μετανάστες. Μόνο το 3% έως 4% του γηγενούς πληθυσμού ζητούσε ιατρική περίθαλψη από ΜΚΟ πριν από την κρίση. Ωστόσο, πρόσφατες εκτιμήσεις δείχνουν ότι περίπου το ένα τρίτο του γηγενούς πληθυσμού στρέφεται σε μονάδες υγείας των ΜΚΟ για να καλύψει τις ανάγκες

για ιατρική περίθαλψη (ή, ακόμη, για να καλύψει εκκρεμούνται χρέη προς τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, βλ. επίσης Κεφάλαιο 9)⁴⁸.

Ένα πρόγραμμα που τέθηκε σε εφαρμογή το 2013 («το κουπόνι για δωρεάν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα»), με προϋπολογισμό 46 εκατομμυρίων στοχεύει στο να παράσχει (με βάση τον έλεγχο των πόρων) πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε περίπου 100.000 ανασφάλιστους ετησίως. Το κουπόνι καλύπτει μια περίοδο τεσσάρων μηνών, και μέχρι τρεις επισκέψεις σε γιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια (για τις εγκύους η διάρκεια χρήσης του κουπονιού ανέρχεται σε εννέα μήνες). Σύμφωνα με τις αρχικές οδηγίες, επιλέξιμοι θεωρούνταν οι ανασφάλιστοι που πριν απολέσουν την ασφαλιστική τους κάλυψη ήταν ασφαλισμένοι σε ένα από τα ταμεία που συγχωνεύθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί θετικό μέτρο, ωστόσο απέχει σημαντικά από το να προσφέρει επαρκή κάλυψη στο σύνολο των ανασφαλιστών. Επιπλέον, η διάρκεια της κάλυψης είναι μικρή, και το σημαντικότερο, δεν καλύπτεται η νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία συνεπάγεται και τη μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση για τον ανασφάλιστο.⁴⁹ Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητη μια διαρθρωτική λύση μακροπρόθεσμα για το οξύ πρόβλημα των ανασφαλιστών.

Όσον αφορά την τρέχουσα μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εκτός από τα μεγάλα κενά στη νομοθεσία σχετικά με την εφαρμογή σημαντικών διατάξεων, εγείρονται και σοβαρές αμφιβολίες ως προς τη διοικητική ικανότητα των Υγειονομικών Περιφερειών για τη διαχείριση του ΠΕΔΥ (βλ. διάφορα ζητήματα/ερωτήματα που τέθηκαν, υπό αυτό το πρίσμα, στην Κοινοβουλευτική Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων· για το σχετικό μαγνητοσκοπημένο αρχείο βλ. υποσημείωση 45 παραπάνω). Μια πρόχειρη εκτίμηση των αναγκών φροντίδας υγείας δημιουργεί σοβαρές αμφιβολίες ως προς τις αρχές της καθολικότητας και της ισότητας (και οπωσδήποτε, και ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών). Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (2014) που λάβαμε από την Εθνι-

48. Για παράδειγμα, σύμφωνα με στοιχεία που λάβαμε από τους Γιατρούς του Κόσμου, το 2013 περίπου το 65% των ατόμων που ζήτησαν ιατρική φροντίδα από το πολυ-ιατρείο στη Θεσσαλονίκη ήταν γηγενείς.

49. Ιδιαίτερα ανησυχητικά στοιχεία, που προβάλλονται από τα μέσα ενημέρωσης, παρουσιάζουν περιπτώσεις όπου ανασφάλιστα άτομα «οδηγούνται από την ασφάλεια των νοσοκομείων στο δρόμο» λόγω της αδυναμίας τους να πληρώσουν για τη νοσηλεία τους.

κή Σχολή Δημόσιας Υγείας, κατά μέσο όρο, οι πολίτες επισκέπτονται ένα γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας πέντε φορές ετησίως. Αυτό συνεπάγεται περίπου 55 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως. Τα αγροτικά κέντρα υγείας (μέχρι πρόσφατα υπό το ΕΣΥ, και από την άνοιξη του 2014 υπό το ΠΕΔΥ) καταγράφουν περίπου 8 έως 8,5 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως. Οι πρώην μονάδες του ΕΠΟΥΥ καταγράφουν περίπου 17 εκατομμύρια επισκέψεις, και οι περίπου 5.000 συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατροί 12 εκατομμύρια (με ανώτατο όριο τις 200 επισκέψεις μηνιαίως, όπως αναφέρουμε παραπάνω). Αυτά μας δίνουν ένα σύνολο περίπου 35 εκατομμυρίων επισκέψεων ετησίως που καλύπτονται από το εθνικό δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.⁵⁰ Ο αριθμός αυτός όμως υπολείπεται σημαντικά της καθολικής κάλυψης. Επιπλέον, ο αριθμός των 35 εκατομμυρίων επισκέψεων μπορεί να αποτελεί υπερεκτιμημένο υπολογισμό, δεδομένου ότι το ΠΕΔΥ λειτουργεί με λιγότερο από το μισό του ιατρικού προσωπικού των πρώην μονάδων ΕΟΠΥΥ, όπως τονίσαμε παραπάνω.

Όσον αφορά τους δείκτες για την υγεία, παρατηρούμε τα παρακάτω: Μεταξύ 2008 και 2010 αυξήθηκε η παιδική θνησιμότητα (από 2,7 θανάτους παιδιών κάτω του ενός έτους ανά 1.000 γεννήσεις, σε 3,8 θανάτους). Ωστόσο, ο δείκτης μειώθηκε στο 2,9 το 2012 (OECD, 2014: 30). Επίσης, οι γεννήσεις λιποβαρών νεογνών αυξήθηκαν κατά 1,6% κατά την ίδια περίοδο. Μεταξύ 2004 και 2010, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (από 18,9 χρόνια σε 20,2 χρόνια για τις γυναίκες και από 16,9 σε 17,9 έτη για τους άνδρες). Ωστόσο, τα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών μειώθηκαν από 9,5 σε 8 για τις γυναίκες και από 9,5 σε 8,8 για τους άνδρες. Καθώς οι συνθήκες της κρίσης και των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων δημιουργούν εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, διογκούμενα προβλήματα νοσηρότητας στο μέλλον θα μειώσουν περαιτέρω το προσδόκιμο υγιούς ζωής, τόσο κατά τη γέννηση όσο και στην ηλικία των 65 ετών. Ωστόσο, απαιτείται ένας σχετικά ευρύς χρονικός ορίζοντας για να αποτυπωθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις της κρίσης με όρους προσδόκιμου επιβίωσης και υγιούς επιβίωσης.

Συναφείς δείκτες για τις επιπτώσεις της κρίσης και παρατεταμένης λιτότητας στην υγεία του πληθυσμού αποτελούν επίσης: ο αυξανόμενος αριθμός

50. Οι υπόλοιπες επισκέψεις γίνονται σε ιδιώτες γιατρούς (ή ιατρεία ΜΚΟ).

αυτοκτονιών (κατά περίπου 40% από το 2009 μέχρι τα μέσα του 2012)⁵¹ και η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, ψυχικών διαταραχών και ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων (όπως η ελονοσία και η φυματίωση) που είχαν σχεδόν εκλείψει στην Ελλάδα. Ακόμη ενισχύονται η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, ενώ τα περιστατικά HIV/AIDS μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ψυχοτρόπων ουσιών σχεδόν δεκαπλασιάστηκαν από το 2004 μέχρι τα τέλη του 2011 (βλέπε Kentikelenis et al., 2011, 2012a και 2012b· Karamanoli, 2012· Karanikolos et al., 2013· Kondilis et al., 2013· Πουλόπουλος, 2014).

Αναμφισβήτητα, μια «έκρηξη της νοσηρότητας» στο μέλλον συνεπάγεται υψηλό κόστος για την κοινωνία (και την οικονομία). Αυτό θα αποβεί «μπούμερανγκ» αναφορικά με την περιστολή των δαπανών υγείας που αποτελεί και κεντρική επιταγή του προγράμματος λιτότητας.

3.3.2 Ποιότητα, απόδοση και βιωσιμότητα

Όπως φαίνεται από τη δραστική συγκράτηση του κόστους (μείωση σχεδόν κατά 50% της δημόσιας δαπάνης από το 2009 έως το 2014), έχει επιτευχθεί σημαντική βελτίωση στην απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σε μεγάλο βαθμό αυτό οφείλεται στη δραστική περιστολή της (εξωνοσοκομειακής) φαρμακευτικής δαπάνης. Επίσης σε αυτό συνέβαλαν η αύξηση των συν-πληρωμών (και η κατάργηση απαλλαγών), ο περιορισμός του φάσματος των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών, η βελτίωση του λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία (ώστε να συντάσσονται ισολογισμοί χρησιμοποιώντας τη λογιστική σε δεδουλευμένη βάση), και κεντρικά διενεργούμενες προμήθειες (συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικά διενεργούμενων προμηθειών / e-procurement).⁵² Από την άλλη μεριά, η εισαγωγή των DRGs δεν έχει αποδειχθεί αποδοτική μέχρι στιγμής, και η νέα αυτή μέθοδος κοστολόγησης βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο, όπως αναφέρουμε παραπάνω.

51. Για μια συζήτηση σχετικά με το αν η κρίση έχει αυξήσει τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα βλ. Economou et al. (2012), Fountoulakis et al. (2012a, 2012b, 2013).

52. Στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης ήδη κατά τα τέλη του 2013 όλα τα νοσοκομεία θα έπρεπε να έχουν εισαγάγει σύστημα λογιστικής ανάλυσης κόστους, και να έχουν τοποθετηθεί σε αυτά εσωτερικοί ελεγκτές. Για την εκτίμηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των νέων μέτρων πολιτικής βλ. Kastanioti et al. (2013).

Το Υπουργείο Υγείας καταρτίζει ετήσια έκθεση για τη σύγκριση των επιδόσεων των νοσοκομείων με βάση ένα σύνολο δεικτών συγκριτικής αξιολόγησης (προσωπικό και κλίνες, λειτουργικό κόστος, μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστά κάλυψης κλινών, χρήση γενόσημων φαρμάκων κ.λπ.). Διαθέσιμα στοιχεία που δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα του ΕΣΥ παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων σε σχέση με το παραπάνω φάσμα δεικτών.⁵³

Η συνταγογράφηση και οι παραπομπές για διαγνωστικές εξετάσεις από τους γιατρούς του ΕΟΠΥΥ παρακολουθούνται συστηματικά μέσω των ηλεκτρονικών εφαρμογών της e-prescription και e-diagnosis. Ως εκ τούτου, ο ΕΟΠΥΥ διαθέτει πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο με βάση τις οποίες καθίσταται δυνατός ο λεπτομερής λογιστικός έλεγχος των φαρμάκων που συνταγογραφούνται και της δαπάνης για αυτά (όγκος και αξία, χρήση γενόσημων φαρμάκων, rebates κ.λπ.). Οι επιλογές συνταγογράφησης μεταξύ των γιατρών παρακολουθούνται και αξιολογούνται συγκριτικά (κάθε μήνα), και σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές, επιβάλλονται κυρώσεις στους γιατρούς.⁵⁴ Ωστόσο, παρά τις σημαντικές καινοτομίες παραμένουν διάφορα εμπόδια στο επίπεδο της εφαρμογής. Για παράδειγμα, συχνά δημιουργούνται εμπλοκές στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης (και έκδοσης παραπεμπτικών) μέσω του διαδικτύου. Αυτό αυξάνει το φόρτο εργασίας για τους γιατρούς, και οι ασθενείς είναι αναγκασμένοι να επαναλαμβάνουν τις επισκέψεις μέχρι τελικά να λάβουν τη συνταγή τους. Από την άλλη μεριά, ο πιεστικά περιορισμένος χρόνος που, σύμφωνα με τις οδηγίες, οι γιατροί των πρώην μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να αφιερώνουν σε κάθε ασθενή αποτελεί παράγοντα που περιορίζει τις δυνατότητες για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Καθίσταται έτσι φανερό ότι τα θετικά αποτελέσματα ως προς τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος επιτυγχάνονται εις βάρος των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ίσης πρόσβασης και της ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες. Επιπλέον τα «κέρδη αποδοτικότητας»⁵⁵ που έχουν επιτευχθεί μέχρι σήμερα, δεν έχουν χρησιμοποιηθεί για

53. Βλ. Polyzos (2012). Για μια επισκόπηση της εφαρμοζόμενης λογιστικής στα ελληνικά νοσοκομεία βλ. Kafetzidakis and Mihiotis (2012).

54. Το ηλεκτρονικό σύστημα επίσης επιτρέπει τον πλήρη έλεγχο της διακίνησης φαρμάκων από τα φαρμακεία.

55. Το «κέρδος αποδοτικότητας» συνίσταται στην εξοικονόμηση πόρων που προκύπτει

τη βελτίωση της καθολικής πρόσβασης. Από το σύνολο των δεικτών συγκριτικής αξιολόγησης των μονάδων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης απουσιάζουν πλήρως οι δείκτες ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ακόμη, εύκολα μπορεί κανείς να ισχυρισθεί ότι τα εφαρμοζόμενα μέτρα δεν εδράζονται σε μια μακροπρόθεσμη προοπτική για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Για παράδειγμα, τα παρακάτω δεν συμβάλλουν μακροπρόθεσμα στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας: (α) η δημιουργία δύο επάλληλων εθνικών συστημάτων υγείας (ΕΣΥ και ΠΕΔΥ)· (β) η αναποφασιστικότητα και η αδράνεια σχετικά με την αναδιοργάνωση της χρηματοδότησης και παροχής σε όλα τα επίπεδα· και (γ) το σημαντικότερο, η αναποφασιστικότητα σχετικά με τη βελτίωση του συντονισμού ανάμεσα στην πρωτοβάθμια, την εξειδικευμένη και τη νοσοκομειακή φροντίδα.

Η δημοσιονομική βιωσιμότητα υπερισχύει κάθε άλλου στόχου, ενώ οι δείκτες «εκβάσεων υγείας» ήδη προβάλλουν μια τάση επιδείνωσης, όπως αναφέρουμε παραπάνω. Οι προτεραιότητες του «Μνημονίου» και των στόχων της μεταρρύθμισης που απορρέουν από αυτό δεν περιλαμβάνουν καμία μέριμνα για την αντιμετώπιση των διευρυνόμενων ανισοτήτων στην υγεία. Το «ανθρώπινο κόστος» της λιτότητας (με όρους υγείας και προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης) μπορεί να μην είναι ακόμη πλήρως ορατό, ωστόσο η έκρηξη μιας «ανθρωπιστικής κρίσης» αποτελεί πολύ πιθανό σενάριο. Η πλειοψηφία των φαρμάκων που παρέχονται από τα φαρμακεία των νοσοκομείων, στα οποία γίνονται εξοικονομήσεις, είναι ως επί το πλείστον ακριβά, σωτήρια φάρμακα (π.χ. για τον καρκίνο και το HIV/AIDS). Η θεραπεία του καρκίνου, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης από ουσίες αποτελούν τομείς υγειονομικής φροντίδας που έχουν πληγεί σοβαρά από τις περικοπές των δαπανών. Επίσης, οι αποφάσεις σχετικά με την αδειοδότηση και την τιμολόγηση νέων φαρμάκων, ιδιαίτερα για σοβαρές ασθένειες, καθυστερούν σημαντικά με σοβαρές επιπτώσεις για τους ασθενείς που τα έχουν ανάγκη.

Τα μέτρα συγκράτησης του κόστους που έχουν ληφθεί μέχρι στιγμής αποσκοπούν πρωτίστως στη βελτίωση της βιωσιμότητας του συστήματος. Ωστόσο,

με τη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ώστε αυτό να καταστεί αποτελεσματικότερο στην παροχή των απαιτούμενων υπηρεσιών.

οι δραστικές περικοπές στους δημόσιους πόρους που διατίθενται για την υγειονομική περίθαλψη και η σημαντική μείωση των εσόδων (από εισφορές) του ενιαίου ασφαλιστικού ταμείου υγείας (ΕΟΠΥΥ) –εξαιτίας της καλπάζουσας ανεργίας και της οικονομικής δυσπραγίας που αναγκάζουν ιδιαίτερα τους αυτοαπασχολούμενους και τις μικρές επιχειρήσεις να σταματήσουν να πληρώνουν τις εισφορές– καθιστούν τη βιωσιμότητα ένα εξαιρετικά επίμαχο ζήτημα.

Η οικονομική κατάσταση του ΕΟΠΥΥ παραμένει μάλλον ζοφερή, όπως αναφέρουμε παραπάνω. Επιπλέον, ένας φαύλος κύκλος διαιωνίζεται: Οι πληρωμές στα νοσοκομεία από τον ΕΟΠΥΥ γίνονται με πολύ μεγάλη καθυστέρηση. Αυτό καθυστερεί τις πληρωμές των προμηθευτών από τα νοσοκομεία. Εκκρεμούνται χρέη προς τους προμηθευτές προκαλούν συχνά σοβαρές δυσλειτουργίες στην παροχή υπηρεσιών, καθώς οι προμηθευτές αρνούνται να παράσχουν το απαιτούμενο ιατρικό υλικό. Αυτό, με τη σειρά του, βλάπτει την ποιότητα των υπηρεσιών και ενισχύει τα εμπόδια στην πρόσβαση (καθώς οι λίστες αναμονής μακραίνουν με απειλητικές επιπτώσεις στην υγεία όσων έχουν ανάγκη θεραπείας).

Συμπερασματικά, με βάση τους στόχους της αποδοτικότητας και βιωσιμότητας του συστήματος (μέσω ενός μείγματος μέτρων εξορθολογισμού αλλά και δραστικών περικοπών), οι μεταρρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα κρίνονται αποτελεσματικές. Καινοτομίες στη διαχείριση και παρακολούθηση της συνταγογράφησης και διάθεσης των φαρμάκων, καθώς και στο σύστημα παραπομπών συνέβαλαν καθοριστικά στον περιορισμό του κόστους. Μαζί με μια σειρά συνοδευτικών μέτρων –που σύντομα σχολιάσαμε παραπάνω– η εξοικονόμηση πόρων στον τομέα του φαρμάκου αντιπροσωπεύει σχεδόν τα δύο τρίτα της μείωσης των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Προφανώς, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και το ηλεκτρονικό σύστημα παραπομπών αποτελούν θετικές εξελίξεις που αυξάνουν τη διαφάνεια και περιορίζουν σημαντικά συμπεριφορές οι οποίες ευνοούν την κατάχρηση των πόρων.

Ωστόσο, το διακύβευμα της μεταρρύθμισης στην υγεία δεν θα πρέπει να είναι ο με κάθε τρόπο ο περιορισμός της δαπάνης, αλλά και η συνάρθρωση μέτρων που εκμεταλλεύονται «τα κέρδη από πλευράς αποτελεσματικότητας» προκειμένου να βελτιωθεί η καθολική πρόσβαση, η ισότητα και η ποιότητα των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών. Από τη σκοπιά αυτή όμως, οι επιδόσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν απογοητευτικές ακόμη και πριν από την έκρηξη της κρίσης (και αυτό αντικατοπτρίζεται στον πολύ χαμηλό βαθ-

μό ικανοποίησης του πληθυσμού από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, βλ. στοιχεία Ευρωβαρόμετρου στο Κεφάλαιο 1). Ούτε η μέχρι τώρα πορεία της μεταρρύθμισης διέπεται από τον παραπάνω στόχο. Αντίθετα, προτεραιότητα δίνεται στις δραστικές περικοπές στη δαπάνη και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, και στη μετατόπιση της οικονομικής επιβάρυνσης στους ασθενείς (λόγω της αύξησης των «τελών» και των συν-πληρωμών, τον δραστικό περιορισμό των εξαιρέσεων – ιδιαίτερα για τους χρόνιους ασθενείς και άλλα παρόμοια μέτρα). Επίσης, εξαιρετικά ανησυχητικό φαινόμενο αποτελεί ο αυξανόμενος αριθμός των ανασφάλιστων. Όλα αυτά έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση, την κοινωνική δικαιοσύνη, και την ποιότητα, ζητήματα στα οποία οι αρμόδιες αρχές μπορεί να αναφέρονται σε ρητορικό επίπεδο, στην πράξη όμως δεν αποτελούν προτεραιότητες της μεταρρύθμισης. Είναι φανερή μια πρακτική διολίσθησης προς συρρικνούμενη δημόσια παροχή (προς όφελος του ιδιωτικού τομέα υγείας), και παράλληλα μια ισοπέδωση της ποιότητας των δημόσιων παροχών. Κατά πόσο αυτό θα οδηγήσει αμετάκλητα σε υπολειμματική προστασία παραμένει ανοικτό ερώτημα. Οι «καλές προθέσεις» που περικλείει ο νέος νόμος για ένα δίκτυο (καθολικής) πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, του οποίου τη διαχείριση θα έχουν περιφερειακοί και τοπικοί φορές θα πρέπει να επικροτηθούν. Ωστόσο, όπως πολλές φορές τονίσαμε παραπάνω, οι ποσοτικοί στόχοι περιτολής των δαπανών κυριαρχούν, αφήνοντας ελάχιστα περιθώρια για ενδεχόμενες βελτιώσεις όσον αφορά την κάλυψη, την ισότητα και την ποιότητα.

3.4 Αποτύπωση της γεωγραφικής διάρθρωσης των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας κατά τις αρχές του 2014 (πριν από την ίδρυση του ΠΕΔΥ)

Κατά τα τέλη του 2013 και τις αρχές του 2014 πραγματοποιήσαμε εμπειρική έρευνα αποτύπωσης του υγειονομικού προσωπικού στις πρώην μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας του ΕΟΠΥΥ (και νυν ΠΕΔΥ). Ζητήθηκε από τους υπευθύνους των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας να μας αποστείλουν στοιχεία για τον αριθμό του απασχολούμενου υγειονομικού προσωπικού (γιατροί, νοσηλευτές, και άλλο βοηθητικό προσωπικό) ανά ειδικότητα. Η ανταπόκριση ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητική.

Ο Πίνακας 3.2 παρουσιάζει την ποσοστιαία διάρθρωση του ιατρικού προσωπικού σε κάθε νομό με βάση τρεις κατηγορίες: (α) τους γενικούς γιατρούς και παθολόγους, (β) ειδικότερες όπως παιδίατρος, γυναικολόγος ΩΡΛ, οι οποίοι μαζί

με τους παθολόγους μπορούν να θεωρηθούν ως «πύλη εισόδου», και (γ) όλες τις άλλες ειδικότητες (καρδιολόγοι, νευρολόγοι, δερματολόγοι, ορθοπεδικοί κ.ά.).

Είναι φανερό ότι σε όλους σχεδόν τους νομούς οι ειδικότητες της τρίτης κατηγορίας που αναφέρουμε παραπάνω αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό, με εξαίρεση ορισμένες νησιωτικές περιοχές (Κυκλάδες, Λέσβος) και τη Λακωνία. Επίσης στις μονάδες υγείας των νομών Καστοριάς και Φλώρινας υπηρέτουσε μόνον ένας παιδίατρος (δεν υπήρχε ΩΡΛ και γυναικολόγος). Σημαντικές ελλείψεις ως προς τις ειδικότητες αυτές παρουσίαζαν επίσης οι νομοί Αργολίδας, Αρκαδίας, Εύβοιας, Ιωαννίνων, Καρδίτσας, Κοζάνης, Τρικάλων, Κιλκίς, Σερρών και Χανίων. Τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε δεν ήταν απολύτως πλήρη ως προς την εργασιακή σχέση του συνόλου των απασχολούμενων γιατρών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το ποσοστό των συμβασιούχων αορίστου χρόνου κυμαινόταν γύρω στο 80%, ενώ ένας σημαντικός αριθμός των απασχολούμενων γιατρών είχαν συμβάσεις ορισμένου χρόνου με περίοδο λήξης το 2013 ή 2014.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ποσοστιαία κατανομή μεταξύ γιατρών που απασχολούνταν στις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ και των ιδιωτών-γιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ (Πίνακας 3.3). Στο σύνολο της χώρας, οι δύο αυτές κατηγορίες εμφανίζουν αναλογία περίπου 1:1. Αυτό χαρακτηρίζει επίσης τους νομούς Αττικής, Ιωαννίνων, Πέλλας και Φθιώτιδας. Σε ορισμένους νομούς, ωστόσο, όπως στους νομούς Κορινθίας, Λάρισας, Μαγνησίας και Χανίων υπερτερούν οι συμβεβλημένοι ιδιώτες-γιατροί. Ενώ από την άλλη μεριά, στο νομό Λευκάδας δεν υπήρχε κανείς συμβεβλημένος ιδιώτης γιατρός την περίοδο που συγκεντρώθηκαν τα στοιχεία αυτά (και στη Σάμο μόνον ένας). Συγκριτικά χαμηλά ποσοστά ιδιωτών-γιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ παρουσίαζαν επίσης οι νομοί Αιτωλοακαρνανίας, Ημαθίας, Καστοριάς, Ξάνθης και Ροδόπης.

Ο Πίνακας 3.4 παρουσιάζει την πυκνότητα του υγειονομικού προσωπικού σε κάθε νομό (σύνολο γιατρών στις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΥ και γιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό στις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΥ, ανά 10,000 κατοίκους – με βάση τα στοιχεία απογραφής πληθυσμού του 2011). Υψηλότερη πυκνότητα παρουσιάζουν οι νομοί Αττικής, Βοιωτίας, Αχαΐας, Κεφαλονιάς και Θεσσαλονίκης αναφορικά και με τις δύο κατηγορίες γιατρών, ενώ κάποιοι άλλοι νομοί (Λάρισας, Μαγνησίας, Πιερίας, Τρικάλων και Χανίων) παρουσιάζουν υψηλή πυκνότητα ως προς τους ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Από την άλλη μεριά, ορισμένοι νη-

Πίνακας 3.2: Ειδικότητες ιατρικού προσωπικού ανά νομό, 2014

	Γενικοί γιατροί & παθολόγοι	Παιδιάτροι, γυναικο- λόγοι, ΩΡΛ	Άλλες ειδικό- τητες		Γενικοί γιατροί & παθολόγοι	Παιδιάτροι, γυναικο- λόγοι, ΩΡΛ	Άλλες ειδικό- τητες
	% στο σύνολο των γιατρών των πρώην μονάδων ΕΟΠΥΥ ανά νομό				% στο σύνολο των γιατρών των πρώην μονάδων ΕΟΠΥΥ ανά νομό		
Αιτωλοακαρνανία	17	20	57	Κορινθία	20	17	54
Αργολίδα	23	11	59	Κυκλάδες	32	18	41
Αρκαδία	19	13	61	Λακωνία	29	10	48
Άρτα	14	19	64	Λάρισα	23	15	54
Αττική	16	16	62	Λασιθί	18	15	61
Αχαΐα	15	19	60	Λέσβος	34	17	40
Βοιωτία	10	18	71	Λευκάδα	33	25	42
Γρεβενά	33	17	50	Μαγνησία	28	16	54
Δράμα	14	19	67	Μεσσηνία	17	14	61
Δωδεκάνησος	18	21	54	Ξάνθη	12	15	71
Έβρος	21	16	60	Πέλλα	14	19	67
Εύβοια	26	11	60	Περίαι	25	19	56
Ευρυτανία	20	0	80	Πρέβεζα	10	25	65
Ζάκυνθος	16	16	60	Ρέθυμνο	12	24	65
Ηλεία	18	16	60	Ροδόπη	20	14	63
Ημαθία	15	19	55	Σάμος	38	15	46
Ηράκλειο	19	15	65	Σέρρες	17	13	66
Θεσπρωτία	[1]**	21	68	Τρίκαλα	50	13	38
Θεσσαλονίκη	18	17	60	Φθιώτιδα	18	16	54
Ιωάννινα	13	13	70	Φλώρινα	24	[1]**	65
Καβάλα	20	14	62	Φωκίδα	18	24	53
Καρδίτσα	20	12	71	Χαλκιδική	23	20	53
Καστοριά	29	[1]**	59	Χανιά	21	13	54
Κέρκυρα	19	19	56	Χίος	24	10	67
Κεφαλονιά	26	13	57				
Κιλκίς	23	16	57				
Κοζάνη	12	13	72	Σύνολο	17	16	61

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων εμπειρικής έρευνας που εκπονήσαμε

* Τα ποσοστά δεν αθροίζονται σε 100% σε όλους τους νομούς λόγω ελλείπων στοιχείων σε ορισμένες περιπτώσεις.

** Ένας μόνο παθολόγος ή ένας μόνο παιδίατρος.

Πίνακας 3.3: Σύνολο γιατρών ΕΟΠΥΥ (γιατροί απασχολούμενοι στις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ και ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ), 2014

	Ιδιώτες- γιατροί συμβεβλη- μένοι με τον ΕΟΠΥΥ*	Γιατροί απασχολού- μενοι στις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΥ		Ιδιώτες- γιατροί συμβεβλη- μένοι με τον ΕΟΠΥΥ	Γιατροί απασχολού- μενοι στις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΥ
	% στο σύνολο των δύο αυτών κατηγοριών			% στο σύνολο των δύο αυτών κατηγοριών	
Αιτωλοακαρνανία	18	82	Κορινθία	63	37
Αργολίδα	32	68	Κυκλάδες	39	61
Αρκαδία	31	69	Λακωνία	46	54
Άρτα	35	65	Λάρισα	73	27
Αττική	47	53	Λασιθι	42	58
Αχαΐα	49	51	Λέσβος	34	66
Βοιωτία	24	76	Λευκάδα	0	100
Γρεβενά	33	67	Μαγνησία	60	40
Δράμα	36	64	Μεσσηνία	45	55
Δωδεκάνησος	36	64	Ξάνθη	17	83
Έβρος	32	68	Πέλλα	42	58
Εύβοια	48	52	Περίαι	61	39
Ευρυτανία	29	71	Πρέβεζα	56	44
Ζάκυνθος	40	60	Ρέθυμνο	32	68
Ηλεία	43	57	Ροδόπη	15	85
Ημαθία	14	86	Σάμος	[1]**	-
Ηράκλειο	50	50	Σέρρες	52	48
Θεσπρωτία	49	51	Τρίκαλα	92	8
Θεσσαλονίκη	55	45	Φθιώτιδα	42	58
Ιωάννινα	51	49	Φλώρινα	35	65
Καβάλα	42	58	Φωκίδα	26	74
Καρδίτσα	34	66	Χαλκιδική	30	70
Καστοριά	19	81	Χανιά	65	35
Κέρκυρα	58	42	Χίος	30	70
Κεφαλονιά	30	70			
Κιλκίς	43	57			
Κοζάνη	38	63	Σύνολο	48	52

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων εμπειρικής έρευνας που εκπονήσαμε

* Τα στοιχεία για τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς αναφέρονται στα τέλη του 2013.

** Μόνο ένας γιατρός συμβεβλημένος στη Σάμο.

σιωτικοί νομοί (Κυκλάδες, Λέσβος, Σάμος) καθώς και οι νομοί Λακωνίας, Αρκαδίας, Ξάνθης και Ροδόπης παρουσιάζουν συγκριτικά πολύ χαμηλή πυκνότητα και για τις δύο κατηγορίες γιατρών του ΕΟΠΥΥ. Όσον αφορά το νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό, εκτός από τους δύο νομούς (Αττικής & Θεσσαλονίκης) σχετικά υψηλή πυκνότητα παρουσιάζουν επίσης ορισμένοι γειτονικοί νομοί στην Αττική και στο νομό Θεσσαλονίκης αλλά και κάποιοι νομοί στην περιφέρεια (Καστοριά, Κοζάνη, Φλώρινα). Ιδιαίτερα χαμηλή πυκνότητα παρουσιάζουν οι νησιωτικοί νομοί Κυκλάδων και Δωδεκάνησου καθώς επίσης και οι νομοί Λακωνίας, Ηλείας, Λασιθίου, Φωκίδας, Ευρυτανίας κ.ά. Δεδομένου ότι με την έναρξη λειτουργίας του ΠΕΔΥ το υγειονομικό προσωπικό στις πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ μειώθηκε κατά το ήμισυ, οι ελλείψεις που ήδη υπήρχαν πριν την ίδρυση του ΠΕΔΥ σε υγειονομικό προσωπικό είναι προφανές ότι θα έχουν διογκωθεί σημαντικά.

Είναι χρήσιμο να παραθέσουμε ορισμένους συγκριτικούς δείκτες πυκνότητας για άλλες χώρες της Ευρώπης. Οι δείκτες αυτοί αναφέρονται στο σύνολο του ιατρικού σώματος σε κάθε χώρα και έτσι δεν είναι απολύτως συγκρίσιμοι με τα στοιχεία που παραθέτουμε εδώ, τα οποία αφορούν μόνο την πρωτοβάθμια υγεία, και ειδικότερα τους γιατρούς που εντάσσονται στο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο, προσφέρουν μια βάση σύγκρισης. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ, το 2012-13 το Ηνωμένο Βασίλειο είχε 0,8 γενικούς γιατρούς και 1,96 γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ανά 1.000 κατοίκους. Οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν: για τη Σουηδία 0,63 και 2,1 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους· για τη Γερμανία 1,64 και 2,32 γιατροί· για την Ιταλία 0,91 και 2,95 γιατροί· για την Πορτογαλία 2,1 και 2,14 γιατροί· και για την Ελλάδα 0,3 και 3,63 γιατροί. Είναι φανερό η συγκριτικά πολύ μεγάλη πυκνότητα ειδικών γιατρών και η εξαιρετικά χαμηλή πυκνότητα γενικών γιατρών στην Ελλάδα (στο σύνολο των γιατρών της χώρας).

Επίσης ο Χάρτης 3.1 μας δίνει μια εποπτική εικόνα της πυκνότητας των ιδιωτών γιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ (κατά το 2013). Οι μεγαλύτερες πυκνότητες παρουσιάζονται κατά μήκος ενός «γεωγραφικού διαδρόμου» που ξεκινά από την Αττική (και τους γειτονικούς νομούς Κορινθίας και Αχαΐας), συνεχίζει προς τη Μαγνησία, τη Λάρισα, την Πιερία, και καταλήγει στην Κεντρική Μακεδονία, με το νομό Θεσσαλονίκης να παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλό δείκτη πυκνότητας.

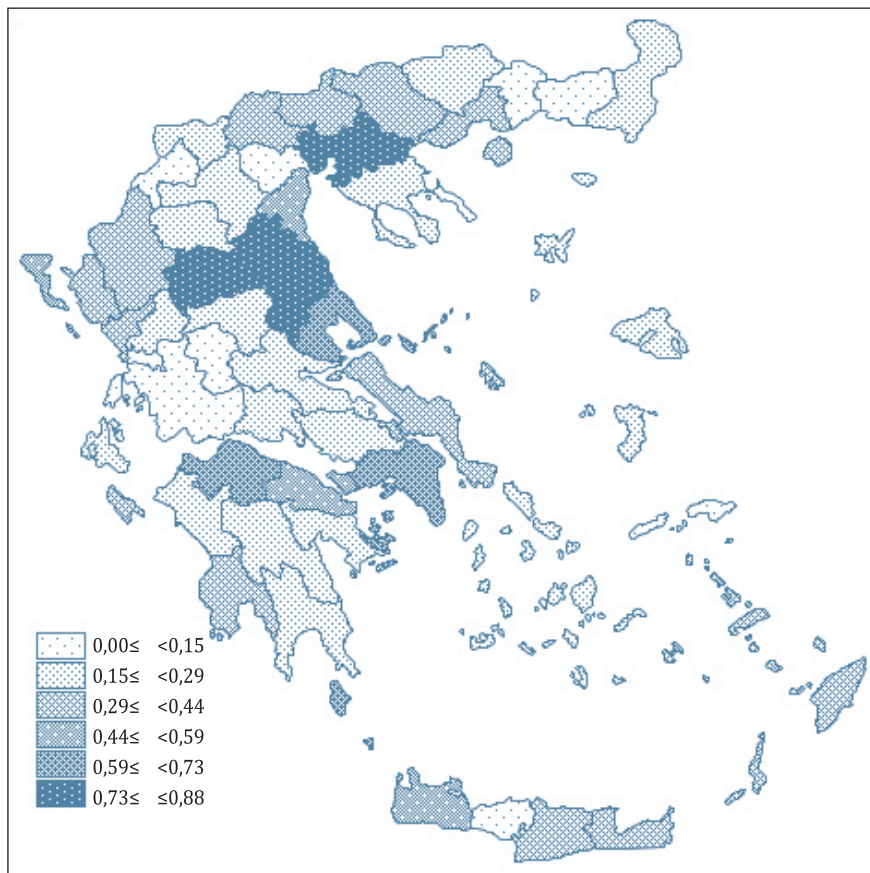
Πίνακας 3.4: Πυκνότητα γιατρών και νοσηλευτών ανά 10.000 κατοίκους, 2014

	Νοση- λευτές & άλλο βοηθη- τικό προσω- πικό	Γιατροί απασχολού- μενοι στις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΓ / Συμβεβλημέ- νοι ιδιώτες- γιατροί*		Νοση- λευτές & άλλο βοηθη- τικό προσω- πικό	Γιατροί απασχολού- μενοι στις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΓ / Συμβεβλημέ- νοι ιδιώτες- γιατροί
Αιτωλοακαρνανία	2,32	4,3 / 0,9	Κορινθία	1,1	3,2 / 5,4
Αργολίδα	2,16	4,5 / 2,2	Κυκλάδες	0,5	2,9 / 1,9
Αρκαδία	2,31	3,6 / 1,6	Λακωνία	0,3	2,4 / 2,0
Άρτα	4,27	5,3 / 2,8	Λάρισα	1,9	3,3 / 8,8
Αττική	2,84	7,7 / 6,7	Λασιθί	0,7	4,4 / 3,2
Αχαΐα	3,58	7,1 / 6,8	Λέσβος	2,4	3,1 / 1,6
Βοιωτία	1,70	7,6 / 2,4	Λευκάδα	2,1	5,1 / 0
Γρεβενά	3,78	3,8 / 1,9	Μαγνησία	3,4	4,8 / 7,1
Δράμα	2,34	4,4 / 2,4	Μεσσηνία	2,1	4,5 / 3,6
Δωδεκάνησος	1,20	5,2 / 2,9	Ξάνθη	2,1	3,1 / 0,6
Έβρος	3,31	5,2 / 2,4	Πέλλα	3,0	4,1 / 3,0
Εύβοια	1,28	4,2 / 3,9	Πιερία	3,1	3,8 / 5,8
Ευρυτανία	1,00	2,5 / 1,0	Πρέβεζα	3,0	3,5 / 4,3
Ζάκυνθος	1,72	6,1 / 4,2	Ρέθυμνο	1,4	2,0 / 0,9
Ηλεία	0,31	3,5 / 2,6	Ροδόπη	2,1	3,1 / 0,5
Ημαθία	3,27	5,3 / 0,9	Σάμος	1,2	3,9 / 0,3
Ηράκλειο	1,87	3,7 / 3,8	Σέρρες	3,0	2,7 / 2,9
Θεσπρωτία	1,61	4,4 / 4,1	Τρίκαλα	3,0	0,6 / 7,3
Θεσσαλονίκη	3,01	6,0 / 7,3	Φθιώτιδα	3,3	3,5 / 2,6
Ιωάννινα	4,29	3,6 / 3,7	Φλώρινα	3,1	3,3 / 1,8
Καβάλα	3,10	5,1 / 3,7	Φωκίδα	0,3	4,2 / 1,5
Καρδίτσα	1,50	3,6 / 1,8	Χαλκιδική	1,0	3,8 / 1,6
Καστοριά	2,98	3,4 / 0,8	Χανιά	1,4	3,1 / 5,7
Κέρκυρα	1,44	4,1 / 5,7	Χίος	2,3	4,0 / 1,7
Κεφαλονιά	1,02	5,9 / 2,6			
Κιλκίς	1,37	5,5 / 4,1			
Κοζάνη	3,13	4,0 / 2,4	Σύνολο	2,5	5,6 / 5,1

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων εμπειρικής έρευνας που εκπονήσαμε

* Τα στοιχεία για τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΓ γιατρούς αναφέρονται στα τέλη του 2013.

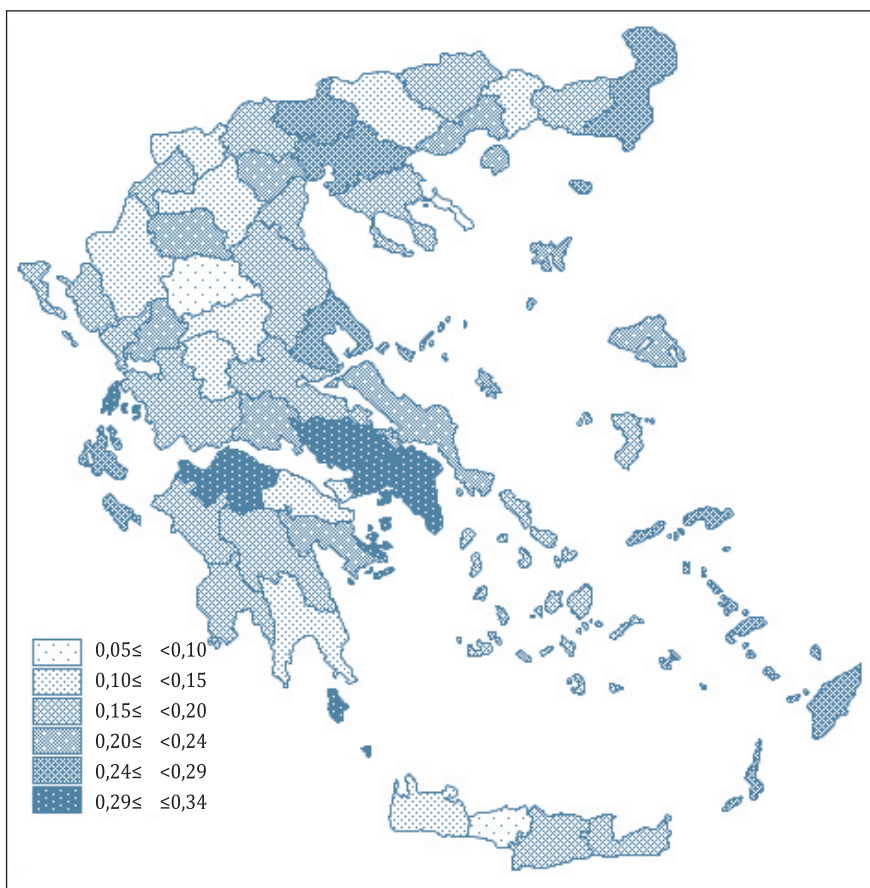
Χάρτης 3.1: Ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ανά 1.000 κατοίκους γενικού πληθυσμού, σε κάθε νομό, 2013



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων που συγκεντρώσαμε από τον ΕΟΠΥΥ και τις πρώην μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ΕΟΠΥΥ (πριν από την ίδρυση του ΠΕΔΥ)

Παρακάτω εξετάζουμε την πυκνότητα γιατρών που απασχολούνταν στις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ το 2013-14, με βάση δύο ομαδοποιήσεις. Δεδομένου του πολύ μικρού αριθμού γενικών γιατρών, επιλέξαμε να εντάξουμε σε μια ενιαία κατηγορία τις παρακάτω ειδικότητες: γενικοί γιατροί, παθολόγοι, ΩΡΛ, παιδίατροι & γυναικολόγοι, οι οποίοι μπορούν να θεωρηθούν ως η «πύλη εισόδου» στο σύστημα. Σε μια δεύτερη ομάδα εντάξαμε όλες τις άλλες ειδικότητες.

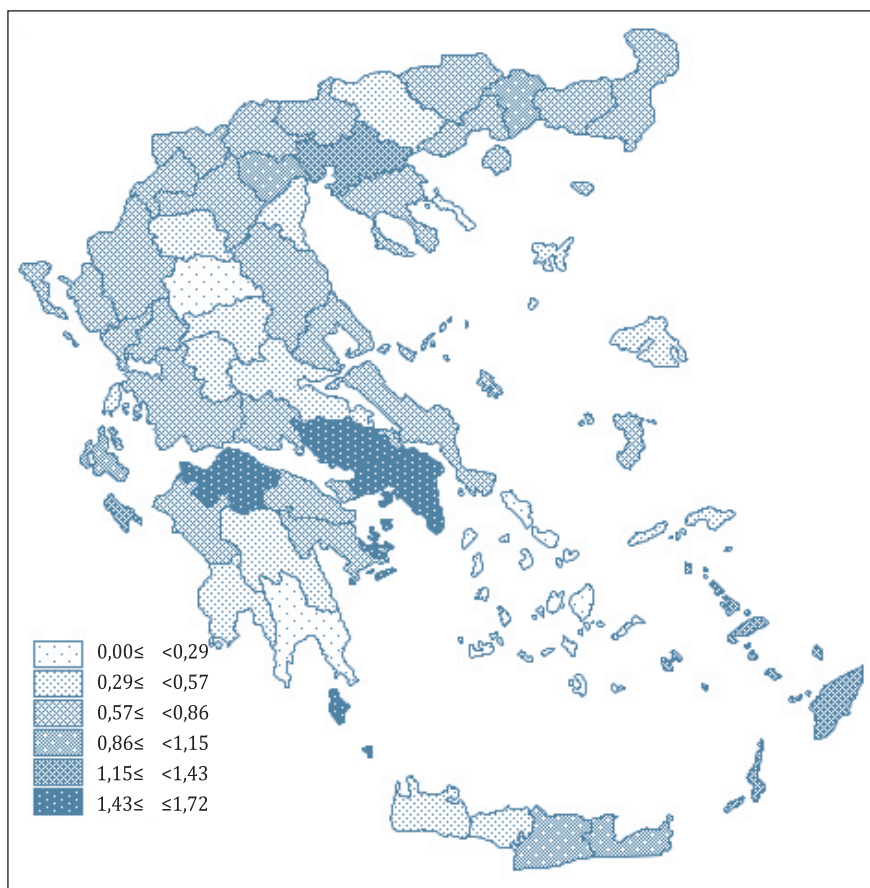
Χάρτης 3.2: Πυκνότητα γιατρών που αποτελούν την «πύλη εισόδου» ανά 1.000 κατοίκους, σε κάθε νομό, 2014



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων που συγκεντρώσαμε από τον ΕΟΠΥΥ και τις πρώην μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ΕΟΠΥΥ (πριν από την ίδρυση του ΠΕΔΥ)

Οι Χάρτες 3.2 και 3.3 παρουσιάζουν την πυκνότητα των δύο αυτών ομάδων γιατρών: ο Χάρτης 3.1 παρουσιάζει την πυκνότητα των γιατρών που μπορούν να θεωρηθούν ότι συνιστούν την «πύλη εισόδου», ανά 1.000 άτομα, στο σύνολο του πληθυσμού κάθε νομού· ενώ ο Χάρτης 3.2 παρουσιάζει την πυκνότητα των γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (καρδιολόγοι, ορθοπεδικοί, νευρολόγοι, δερματολόγοι κ.ά) ως προς 1.000 άτομα ηλικία 65 ετών και άνω, σε κάθε νομό (βλ. επίσης Παράρτημα ΙΙΙ, όπου παρουσιάζονται δείκτες πυκνότητας σε σχέση με διάφορες κατηγορίες ειδικοτήτων, και για το σύνολο των γιατρών της χώρας ανά νομό).

Χάρτης 3.3: Πυκνότητα γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων ανά 1.000 κατοίκους 65 ετών και άνω, σε κάθε νομό, 2014



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων που συγκεντρώσαμε από τον ΕΟΠΥΥ και τις πρώην μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ΕΟΠΥΥ (πριν από την ίδρυση του ΠΕΔΥ)

Ως προς την πρώτη ομάδα (ειδικότητες που συνιστούν την «πύλη εισόδου»), μεγαλύτερη πυκνότητα παρουσιάζουν: ο νομός Αττικής και ο νομός Αχαΐας στη νότια Ελλάδα· ο νομός Μαγνησίας στην κεντρική Ελλάδα· και στη Βόρεια Ελλάδα και τη Θράκη, οι νομοί Θεσσαλονίκης, Κιλκίς και Έβρου. Όσον αφορά τη γεωγραφική διάρθρωση της πυκνότητας των γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (εκτός αυτών που συνιστούν την «πύλη εισόδου») ανά 1.000 άτομα 65 ετών και άνω, βλέπουμε και πάλι ότι την υψηλότερη πυκνότητα παρουσιάζουν η Αττική και η Αχαΐα, καθώς και οι νομοί Θεσσαλονίκης και Δωδεκανήσου. Πολύ χαμηλή

πυκνότητα παρουσιάζουν ορισμένοι νομοί της Δυτικής και Στερεάς Ελλάδας, οι νομοί Λακωνίας, Μεσσηνίας και Αρκαδίας, Χανίων και Ρεθύμνου και να νησιά του Βόρειου και Νότιου Αιγαίου. Η χαμηλή πυκνότητα συνεπάγεται χαμηλό βαθμό κάλυψης αναγκών από τις δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας για τα άτομα τρίτης ηλικίας που παρουσιάζουν και τις μεγαλύτερες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη.

3.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάσαμε διάφορες πλευρές της μεταρρύθμισης στην υγεία κατά τα τελευταία χρόνια. Παρουσιάσαμε συνοπτικά και σχολιάσαμε τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και τη διαδικασία εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων αναφορικά με την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγειονομική φροντίδα. Επιχειρήσαμε επίσης μια σύντομη αποτίμηση των εφαρμοζόμενων μέτρων από την πλευρά της κάλυψης αναγκών, της πρόσβασης στις υπηρεσίες, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη βιωσιμότητα του συστήματος. Παρουσιάσαμε και σχολιάσαμε διάφορους δείκτες που αποτυπώνουν τη γεωγραφική διάρθρωση του ιατρικού δυναμικού (για την πρωτοβάθμια υγεία) και με βάση τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα εξετάσαμε τις επιπτώσεις της κρίσης και των μέτρων πολιτικής που εφαρμόστηκαν κατά τα τελευταία χρόνια στις εκβάσεις υγείας. Αν και όπως αναφέρουμε παραπάνω, οι επιπτώσεις αυτές ενδεχομένως θα γίνουν εμφανέστερες στη μακρά διάρκεια. Στα επόμενα δύο κεφάλαια θα εξετάσουμε τις τάσεις εξέλιξης της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας, τις επιμέρους συνιστώσες της δημόσιας δαπάνης καθώς και τις σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού στο χώρο της υγείας.

4. Πηγές χρηματοδότησης, μηχανισμοί πληρωμών και έλεγχος αγοράς φαρμάκου

4.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται όλες οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που αφορούν στη χρηματοδότηση του τομέα υγείας καθώς και στην αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Αρχικά, παρουσιάζεται η σύνθεση και η εξέλιξη των δαπανών υγείας μέσα από το σύστημα λογαριασμών υγείας. Στη συνέχεια, αναπτύσσονται οι πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας, που συνίστανται στον κρατικό προϋπολογισμό, στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, στις ιδιωτικές πληρωμές καθώς και στις άτυπες πληρωμές. Πραγματοποιείται αναφορά στους μηχανισμούς πληρωμών και ελέγχου των δαπανών υγείας, που θεσπίστηκαν και διαμορφώθηκαν τα χρόνια της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Οι μηχανισμοί πληρωμών αναφέρονται στη συνένωση όλων σχεδόν των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης σε έναν ενιαίο φορέα (ΕΟΠΥΥ), όπως επίσης και στους νέους θεσμούς που αναπτύχθηκαν τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΕΔΥ), όσο και στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΕΣΑΝ ΑΕ). Οι μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας επικεντρώνονται κυρίως στους θεσμούς των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων και του συστήματος προμηθειών υγειονομικού υλικού. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις πιο πρόσφατες εξελίξεις στην αγορά φαρμάκου. Παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών φαρμάκου, εξετάζεται σύντομα το σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων και, τέλος, αναπτύσσονται οι μηχανισμοί ελέγχου στην αγορά φαρμάκου που θεσπίστηκαν και εφαρμόζονται την τελευταία πενταετία στην Ελλάδα, όπως το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η συνταγογράφηση με βάση την κοινή δραστική ουσία, το σύστημα των επιστροφών (rebates) και ο μηχανισμός αυτόματης ανάκλησης (clawback).

4.2 Υπολογισμός δαπανών μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας

4.2.1 Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) αποτελεί ένα πλαίσιο συστηματικής περιγραφής των χρηματοοικονομικών ροών που σχετίζονται με την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας και αναπτύχθηκε προκειμένου να ικανοποιήσει τις αυξημένες ανάγκες των αναλυτών και των σχεδιαστών πολιτικής για πληροφορίες σχετικά με τις δαπάνες υγείας (OECD-Eurostat-WHO, 2011). Στόχος του ΣΛΥ είναι ο προσδιορισμός του συνόλου της υγειονομικής δαπάνης για την αποτελεσματική άσκηση δημόσιας πολιτικής στον τομέα της υγείας. Επίσης, η κατάρτιση του ΣΛΥ επιτρέπει την παροχή αξιόπιστων στοιχείων προς τους διεθνείς οργανισμούς (ΕΛΣΤΑΤ, 2013α), διευκολύνει τη δημόσια συζήτηση, τον διεθνή διάλογο και την έρευνα στον τομέα της υγείας (Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2013β).

Το ΣΛΥ για πρώτη φορά προτάθηκε για εφαρμογή από τον ΟΟΣΑ το 2000⁵⁶, ενώ τέθηκε σε εφαρμογή το 2003. Η Ελλάδα είναι η τελευταία από τις 35 χώρες που έχουν εφαρμόσει το ΣΛΥ του ΟΟΣΑ (Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2013α), παρόλο που είχε εναρμονιστεί νωρίτερα με τους ορισμούς των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας (IOBE, 2011). Το Ελληνικό ΣΛΥ αναπτύχθηκε από το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), ύστερα από την υπογραφή μνημονίου συνεργασίας μεταξύ της ΕΛΣΤΑΤ, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) και του ΕΚΠΑ, τον Δεκέμβριο του 2010, με στόχο την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας των στατιστικών δεδομένων για τις δαπάνες υγείας⁵⁷. Το 2015, τα στοιχεία του ελληνικού ΣΛΥ κάλυπταν το χρονικό διάστημα 2003-2013.

56. Το ΣΛΥ 2011, που εφαρμόζεται σήμερα, αποτελεί μία ανανεωμένη έκδοση του αντίστοιχου συστήματος που αναπτύχθηκε από τον ΟΟΣΑ το 2000.

57. Πριν από την εφαρμογή του ΣΛΥ, τα στοιχεία που αφορούσαν τις δαπάνες υγείας και φαρμάκου χαρακτηρίζονταν από ανεπάρκεια και αναξιοπιστία. Οι αναθεωρήσεις του ΑΕΠ που έλαβαν χώρα μετά το 2006 προκάλεσαν συνεχείς μεταβολές στο ποσοστό συμμετοχής των συνολικών, δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στο ΑΕΠ (Οικονόμου, 2012). Ειδικά, δε, με τις φαρμακευτικές δαπάνες θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ανατιολόγητες διακυμάνσεις που παρατηρήθηκαν στα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛΣΤΑΤ κατά τη χρονική περίοδο 1999-2007 οδήγησαν σε επαναπροσδιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης για το 2007, με τη χρήση διαφορετικής μεθοδολογίας – βάσει των στοιχείων από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (IOBE, 2011).

Το ΣΛΥ παρέχει πληροφόρηση για την οικονομική δραστηριότητα στον τομέα της υγείας σε τρεις άξονες:

- α) κατανάλωση
- β) παραγωγή
- γ) χρηματοδότηση

Η κατανάλωση αναφέρεται στο είδος των υπηρεσιών που παράγονται και καταναλώνονται, η παραγωγή στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση στους φορείς χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η ταξινόμηση των δαπανών κατά είδος υπηρεσιών υγείας (1^{ος} άξονας) παρουσιάζεται στον Πίνακα Π-1⁵⁸, η ταξινόμηση των δαπανών κατά γενική κατηγορία παρόχου (2^{ος} άξονας) στον Πίνακα Π-2 και η ταξινόμηση των δαπανών κατά φορέα χρηματοδότησης (3^{ος} άξονας) στον Πίνακα Π-3, που βρίσκονται στο Παράρτημα ΙΙΙ.

Σε εθνικό επίπεδο, πηγές για τα στοιχεία αυτά είναι τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (ΤΚΑ), τα ιδιωτικά ιατρεία, οι ασφαλιστικές εταιρείες, τα νοικοκυριά και γενικά οποιοσδήποτε παρέχει, δέχεται ή/και χρηματοδοτεί υπηρεσίες και προϊόντα που σχετίζονται με την ιατρική φροντίδα (ΕΛΣΤΑΤ, 2011). Η Ελλάδα έχει την υποχρέωση αποστολής των σχετικών στοιχείων στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και στη Eurostat, με βάση το πρότυπο ΣΛΥ και την εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΚ) 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τις κοινοτικές στατιστικές στους τομείς υγείας καθώς και της υγείας και ασφάλειας στην εργασία.

4.2.2 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας

Στην Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία, πριν από την κρίση, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παρουσίαζαν αυξητική τάση, η οποία όμως αντιστράφηκε μετά από το 2009, λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης (για περισσότερες λεπτομέ-

Το γεγονός αυτό προκάλεσε σημαντικές ανακατατάξεις στις διεθνείς συγκρίσεις και σύγκυση σε σχέση με το πραγματικό ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα. 58. Η παραπάνω ταξινόμηση αφορά στην τελική κατανάλωση και δεν περιλαμβάνει δαπάνες για τη δημιουργία κεφαλαίου, υλικού και ανθρώπινου, ούτε και τις υπηρεσίες έρευνας και ανάπτυξης (OECD-Eurostat-WHO, 2011).

ρεις βλ. Κεφάλαιο 1). Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ⁵⁹, το 2013, η κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία συρρικνώνεται (κατά 2,5%) για τέταρτη συνεχόμενη χρονιά. Σε πραγματικούς όρους, οι δαπάνες για την υγεία, το 2013, βρίσκονται κατά 25% κάτω από το επίπεδο του 2009.

Οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα, το 2013, κυμαίνονται ελαφρώς υψηλότερα (9,2%) από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (8,9%). Το ποσοστό αυτό βρίσκεται σε παρόμοια επίπεδα με αυτά της Ισπανίας (8,9%) και της Πορτογαλίας (9%), αλλά είναι σημαντικά χαμηλότερο από τα αντίστοιχα της Γερμανίας (11%) και της Γαλλίας (10,9%)⁶⁰. Ειδικότερα, αναφορικά με το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης υγείας ως προς το ΑΕΠ, μεταξύ των χωρών της ΕΕ, οι Κάτω Χώρες και η Δανία παρουσιάζουν το υψηλότερο (10,1% και 9%, αντίστοιχα), ενώ η Κύπρος και η Λιθουανία το χαμηλότερο (3,4% και 4,3%, αντίστοιχα), με βάση τα στοιχεία του 2012⁶¹. Στην Ελλάδα, η δημόσια δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2010 ήταν 6,3% και το 2011 αυξάνεται σε 6,6%, αλλά το 2012 μειώνεται σε 6,2%.

Επιπλέον, η δημόσια δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό της συνολικής δημόσιας δαπάνης, μειώνεται κατά την περίοδο 2010-2013⁶², ως αποτέλεσμα της κρίσης και των μέτρων δημοσιονομικής πειθαρχίας που επιβλήθηκαν (Διάγραμμα 4.1). Με άλλα λόγια, κατά την περίοδο της χρηματοπιστωτικής κρίσης ταυτόχρονα με τη μείωση του ΑΕΠ και των δημοσίων δαπανών παρατηρείται και σημαντική μείωση του μεριδίου που αντιπροσωπεύουν σε αυτά τα μεγέθη οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Την ίδια περίοδο διαπιστώνονται μειώσεις και στις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, τόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ όσο και ως ποσοστό επί της συνολικής δημόσιας δαπάνης. Συμπερασματικά, η δαπάνη για την υγεία σε απόλυτα μεγέθη έχει μειωθεί σημαντικά. Στις χώρες της ΕΕ-25, η τάση της δημόσιας δαπάνης υγείας ως προς τη συνολική δημόσια δαπάνη κατά την τελευταία δεκαετία χαρακτηρίζεται σχετικά σταθερή, με ποσοστά που ξεπερνούν τα αντίστοιχα της Ελλάδας.

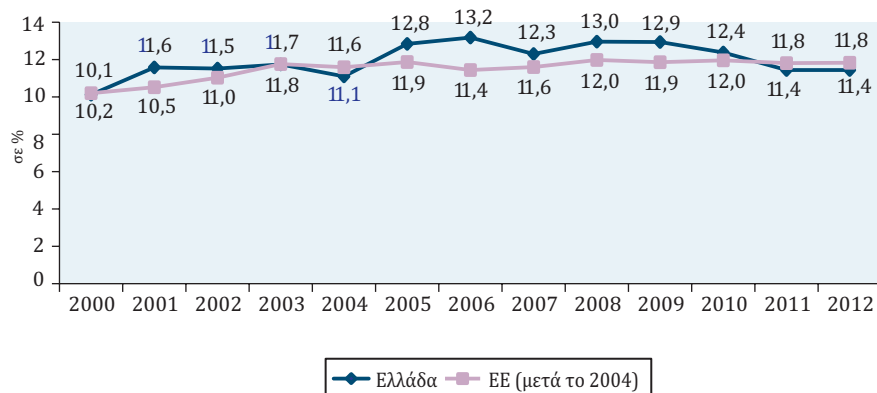
59. Βλ. OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015).

60. Ibid

61. Βλ. Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/>, πρόσβαση: 1/9/2015).

62. Βλ. WHO (www.who.int, πρόσβαση: 1/9/2015) και OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015).

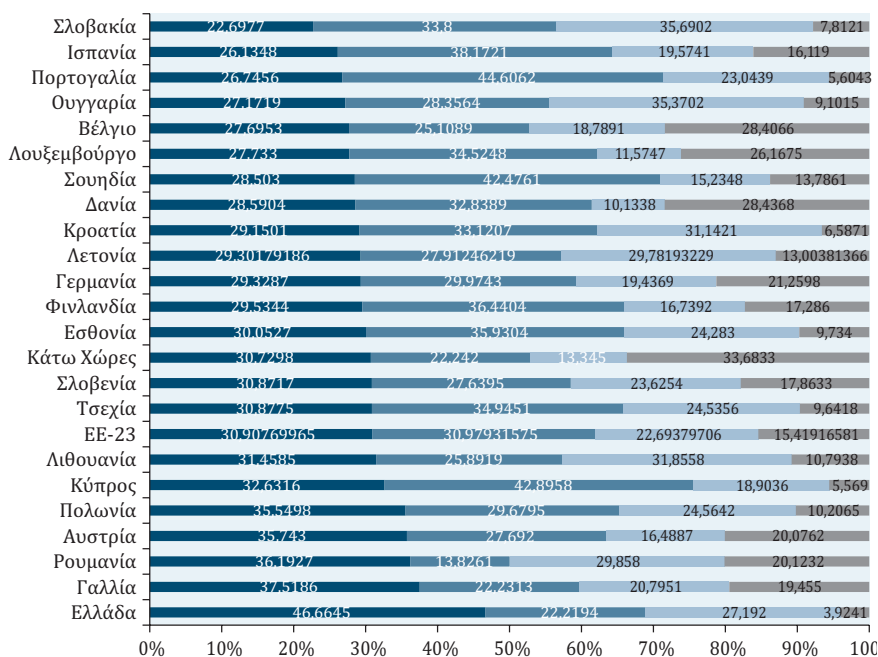
Διάγραμμα 4.1: Δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό της συνολικής δημόσιας δαπάνης στην Ελλάδα και στην ΕΕ-25 (μετά το 2004), 2000-2012



Πηγή: WHO (www.who.int, πρόσβαση 1/9/2015)

Η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας κατανέμεται στην ενδονοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική και στις λοιπές υπηρεσίες (δημόσια υγεία, διοίκηση τομέα υγείας, πρόληψη κ.λπ.). Η ενδονοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή δαπάνη αποτελούν τις δύο κύριες κατηγορίες δαπανών στον τομέα της υγείας, καλύπτοντας τα 2/3 της τρέχουσας δαπάνης υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο το 2012. Συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα ξεχωρίζει, καθώς κατέχει το υψηλότερο μερίδιο στη δαπάνη για ενδονοσοκομειακή φροντίδα, για την οποία δαπανάται το 47% της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2012 (Διάγραμμα 4.2). Η σημαντική αύξηση του ποσοστού αυτού σε σχέση με το 2011 οφείλεται στη μεγάλη μείωση της εξωνοσοκομειακής και της φαρμακευτικής δαπάνης, λόγω των περικοπών στις δαπάνες υγείας. Άλλες χώρες με υψηλά ποσοστά ενδονοσοκομειακής δαπάνης είναι η Γαλλία (38%) και η Αυστρία (36%). Από την άλλη, η Πορτογαλία, η Κύπρος και η Σουηδία παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά εξωνοσοκομειακής φροντίδας (45%, 43% και 42% αντίστοιχα). Αναφορικά με τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών, στην Ελλάδα, όλα τα είδη των δαπανών παρουσιάζουν μία αυξητική τάση μέχρι το 2009 (με εξαίρεση την ενδονοσοκομειακή δαπάνη, η οποία μεταξύ 2003-2005 παρουσίασε πτώση) και έκτοτε υποχωρούν.

Διάγραμμα 4.2: Τρέχουσες δαπάνες υγείας ανά λειτουργία στην ΕΕ-23, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)

Σημείωση: Οι χώρες κατατάσσονται με βάση το μερίδιο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στη συνολική δαπάνη υγείας.

Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα αναφέρεται στη θεραπεία - αποκατάσταση σε νοσοκομεία και μονάδες ημερήσιας φροντίδας. Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα περιλαμβάνει την κατ'οίκον φροντίδα και άλλες βοηθητικές υπηρεσίες.

4.3 Πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας καθιερώθηκε στην Ελλάδα με το Ν. 1397/1983. Αποτελεί ένα μεικτό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με συμμετοχή τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Ως προς τον τρόπο χρηματοδότησής του, το σύστημα δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ούτε καθαρά μπερριτζιανό ούτε καθαρά βισμαρκικό (European Parliament, 1998).

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησής του είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές πληρωμές. Πιο συγκεκριμένα, οι δημόσιες δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν τις δαπάνες της γενικής κυβέρνησης και τους πόρους των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΤΚΑ). Οι ιδιωτικές πληρωμές υγείας αποτελούν δαπάνες που βαρύνουν τον ασθενή και περιλαμβάνουν τις ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας (out-of-pocket payments), τις (ιδιωτικές) ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και άλλες ιδιωτικές δαπάνες, όπως τις άτυπες πληρωμές σε παρόχους υπηρεσιών υγείας (OECD, 2012).

Ο δημόσιος τομέας αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. Η αναλογία μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης, ενώ το 2000 ξεκίνησε από το 60% - 40%, μόλις το 2013 διαμορφώθηκε στο 66% - 34%⁶³. Κατά συνέπεια, η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στις χώρες με σχετικά χαμηλή αναλογία δημοσίων-ιδιωτικών πληρωμών στον τομέα της υγείας, δηλαδή τα νοικοκυριά συμμετέχουν με μεγάλο ποσοστό στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας και με άμεσο τρόπο (ιδιωτικές πληρωμές και ιδιωτική ασφάλιση). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συγκριτική μελέτη της σύνθεσης της δαπάνης υγείας μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Σε επίπεδο ΕΕ-28 και ΟΟΣΑ⁶⁴, η αναλογία δημοσίων-ιδιωτικών δαπανών υγείας διαμορφώνεται περίπου στο 73% - 27%, που σημαίνει ότι το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω της φορολογίας) και/ή τις ασφαλιστικές εισφορές. Το 2012, το υψηλότερο ποσοστό δημόσιας δαπάνης υγείας κατέχουν οι Κάτω Χώρες (85,8%) και η Δανία (85,2%). Καθώς οι δημόσιες δαπάνες στο σύνολο των δαπανών για την υγεία συρρικνώνονται, το μερίδιο των ιδιωτικών πληρωμών αυξάνεται ως αποτέλεσμα των αυξημένων τελών χρήσης για ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και για φαρμακευτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές πληρωμές στο σύνολο των δαπανών για την υγεία αυξήθηκαν από 28% το 2009 στο 31% το 2013⁶⁵, κατατάσσοντας την Ελλάδα στην όγδοη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ-28 με τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το ποσοστό αυτό είναι το υψηλότερο μεταξύ των χωρών τόσο του Νότου (στην Ιταλία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22% και στην Πορτογαλία 28%) όσο και του Βορρά (στη Γερμανία είναι

63. Βλ. OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015).

64. Ibid.

65. Ibid.

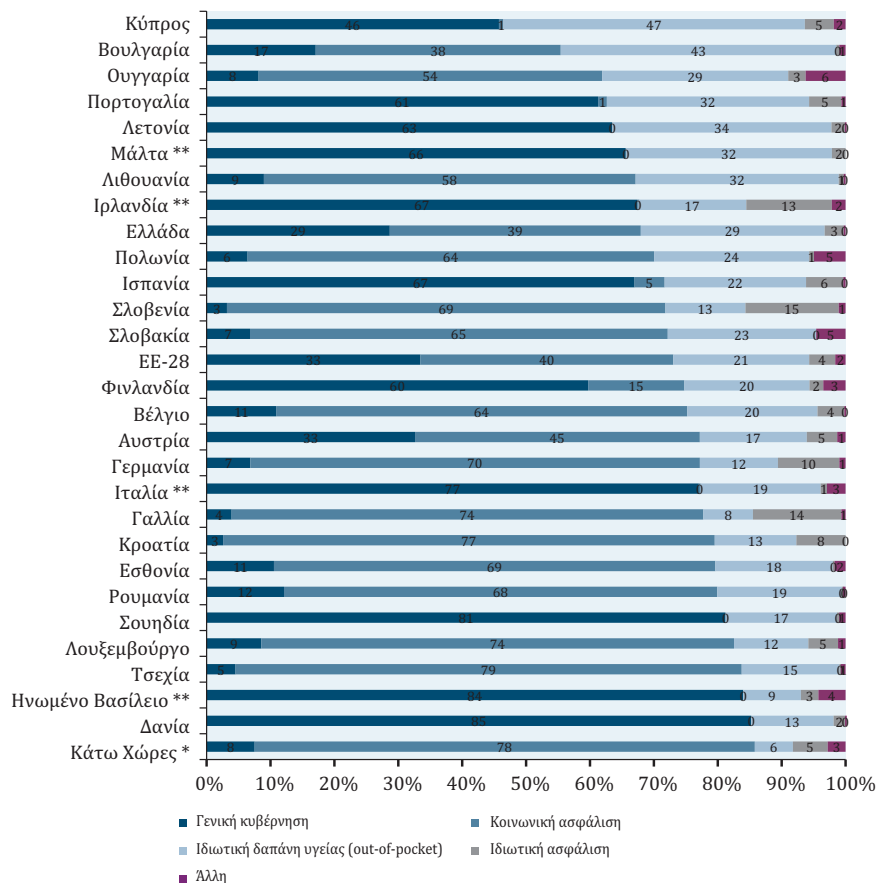
14% και στη Γαλλία 7%). Λόγω του μεγάλου μεριδίου των ιδιωτικών πληρωμών στις συνολικές δαπάνες υγείας, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα προσομοιάζει στα ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας (IOBE, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα το 2012 από τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική κυβέρνηση) καλύπτεται μόλις το 28,7% των δαπανών υγείας, ενώ η κοινωνική ασφάλιση συμμετέχει στη χρηματοδότηση των δαπανών με ποσοστό 39,3% (Διάγραμμα 4.3). Συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ-28, η δαπάνη που καλύπτεται μέσα από τον κρατικό προϋπολογισμό στην Ελλάδα υπολείπεται της πλειοψηφίας των άλλων χωρών (33,5%). Η κοινωνική ασφάλιση στις χώρες της ΕΕ-28 φαίνεται ότι διαδραματίζει μεγαλύτερο ρόλο στην κάλυψη των δαπανών υγείας (39,6%), ενώ ταυτόχρονα σημαντικά μικρότερες σε ποσοστό είναι και οι ιδιωτικές πληρωμές (21,3% έναντι 28,8% στην Ελλάδα⁶⁶). Αντιθέτως, η ιδιωτική ασφάλιση είναι σχετικά περισσότερο διαδεδομένη στις χώρες της ΕΕ-28 και συμμετέχει με ποσοστό 4,1% στις δαπάνες υγείας, σε σύγκριση με την Ελλάδα όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι 3%. Αξιοσημείωτο είναι ότι, διαχρονικά, τα ποσοστά συμμετοχής της κάθε πηγής χρηματοδότησης διαφοροποιούνται.

Στο Διάγραμμα 4.4 παρουσιάζεται η εξέλιξη της χρηματοδότησης των νοσοκομείων (δημοσίων και ιδιωτικών) στην Ελλάδα από τους κύριους φορείς χρηματοδότησης. Κεντρικός χρηματοδοτικός φορέας αναδεικνύεται η γενική κυβέρνηση, με το ποσοστό συμμετοχής στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων το 2013 να φτάνει στο 60% περίπου. Μέχρι την απαρχή της κρίσης τα ΤΚΑ αποτελούσαν το δεύτερο σημαντικό χρηματοδότη των νοσοκομείων και τα νοικοκυριά τον τρίτο· το 2009 η συμμετοχή των ΤΚΑ στη χρηματοδότηση ανέρχεται στο 25% και των νοικοκυριών στο 16%. Αυτή η τάση αντιστρέφεται μετά από το 2010. Έτσι, το 2013 η συμμετοχή των ΤΚΑ διαμορφώνεται στο 14% και των νοικοκυριών στο 27%. Αυτό σημαίνει ότι από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και τη λήψη μέτρων περιορισμού των δημοσίων δαπανών στον τομέα της υγείας, τα νοικοκυριά αναγκάζονται να συμμετέχουν όλο και περισσότερο στις δαπάνες χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία. Σε συνδυασμό, μάλιστα, με τις περικοπές σε μισθούς και συντάξεις και τα

66. Παρ' όλα αυτά, η πτώση των δημοσίων δαπανών για την υγεία κατά 5,9%, το 2013, αντισταθμίστηκε μερικώς από μία αύξηση στις ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket).

Διάγραμμα 4.3: Σύνοψη της δαπάνης υγείας στην ΕΕ-28, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)

Σημειώσεις:

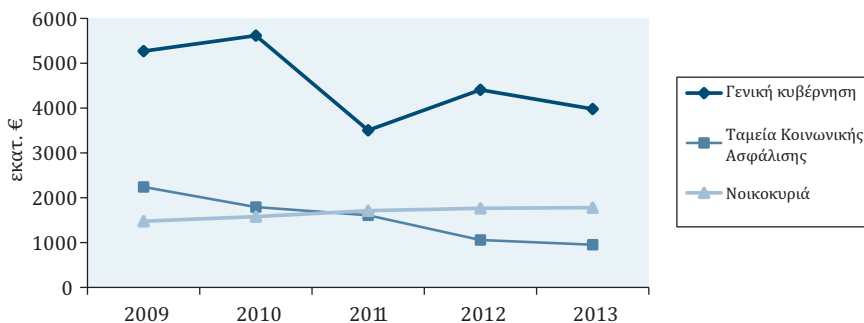
*Στις Κάτω Χώρες το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι υποεκτιμημένο, δεδομένου ότι δεν προσμετράται το σταθερό ποσό των 350 ευρώ που καταβάλλεται από τους ασθενείς.

** Τα στοιχεία αφορούν τη συνολική δαπάνη υγείας.

υψηλά επίπεδα ανεργίας, ο τομέας της υγείας απορροφά ένα όλο και μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματος του πληθυσμού. Αναφορικά με την εξέλιξη της χρηματοδότησης από τους φορείς, είναι εμφανές ότι η χρηματοδότηση των νοσοκομείων τόσο από τη γενική κυβέρνηση όσο και από τα ΤΚΑ παρουσιάζει μία έντονα

φθίνουσα πορεία τα τελευταία χρόνια· η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τη γενική κυβέρνηση μειώθηκε περίπου κατά 25%, ενώ από τα ΤΚΑ κατά περισσότερο από 50%. Η δε χρηματοδότηση από τα νοικοκυριά παρουσιάζει μία σταθερά αυξητική πορεία· από το 2009 μέχρι το 2013, αυξήθηκε συνολικά κατά περισσότερο από 20%.

Διάγραμμα 4.4: Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τους κύριους φορείς χρηματοδότησης, 2009-2013 (σε εκατ. ευρώ, τρέχουσες τιμές)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (<http://www.statistics.gr>, πρόσβαση: 1/9/2015)

Ως προς την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, τα νοικοκυριά αναδεικνύονται σε κύριο φορέα χρηματοδότησης με ποσοστά που φτάνουν το 65% το 2009, αλλά μειώνονται συνεχώς έκτοτε (53% το 2013). Αυξητική τάση παρουσιάζει η συμμετοχή της γενικής κυβέρνησης και των ΤΚΑ στη χρηματοδότηση διαχρονικά – η οποία το 2013 διαμορφώθηκε σε 26% και 21%, αντίστοιχα, από 18% και 17%, αντίστοιχα το 2009. Σε απόλυτες τιμές, πάντως, μεταξύ 2009 και 2013, η χρηματοδότηση των εξωνοσοκομειακών δαπανών μειώθηκε από τη γενική κυβέρνηση κατά 16%, από τα ΤΚΑ κατά 29% και από τα νοικοκυριά κατά 54%⁶⁷.

Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, κατά τη χρονική περίοδο 2009-2013, τα ΤΚΑ αποτέλεσαν το φορέα με το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής στη χρηματοδότηση των ιατρικών προϊόντων (κυρίως φαρμακευτικών). Το ποσοστό συμμετοχής τους κορυφώθηκε το 2009 (79%), ενώ έκτοτε παρουσιάζει συνεχείς μειώσεις (63% το 2013). Αντίστροφη πορεία εξέλιξης παρουσιάζουν τα νοικοκυριά, των οποίων η συμμετοχή αυξάνεται διαχρονικά (20% το 2009 και 37% το

67. Βλ. ΕΛΣΤΑΤ (<http://www.statistics.gr>, πρόσβαση: 1/9/2015).

2013). Με δεδομένο ότι η συμμετοχή της Γενικής Κυβέρνησης παραμένει ελάχιστη (λίγο περισσότερο από 0%), τα ΤΚΑ, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, συμμετέχουν όλο και λιγότερο στη χρηματοδότηση της συγκεκριμένης δαπάνης εις βάρος της συνεισφοράς των νοικοκυριών (Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2013β), τα οποία μεταξύ 2009-2013 έχουν αυξήσει τις δαπάνες τους για ιατρικά προϊόντα κατά 19% περίπου⁶⁸.

Στη συνέχεια, θα αναπτύξουμε κάθε μία από τις πηγές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας.

4.3.1 Κρατικός Προϋπολογισμός

Η φορολογία αποτελεί κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού προέρχονται από την άμεση και έμμεση φορολογία και καλύπτουν λειτουργικές δαπάνες, μισθοδοσία και δαπάνες δραστηριοτήτων των εποπτευόμενων φορέων του Υπουργείου Υγείας και του ΕΟΠΥΥ (Υπουργείο Οικονομικών, 2013). Η συνεισφορά της φορολογίας στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας διαχρονικά μεταβάλλεται. Έτσι, ενώ μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90 τα φορολογικά έσοδα κάλυπταν το 75% των δημοσίων δαπανών υγείας, το 2012 το ποσοστό αυτό διαμορφώνεται στο 48,2% (Οικονόμου, 2012). Επίσης, δεδομένου ότι η αναλογία άμεσης-έμμεσης φορολογίας είναι περίπου 45%-55%⁶⁹, το φορολογικό σύστημα βάσει του οποίου χρηματοδοτούνται οι δαπάνες υγείας θεωρείται αντιστρόφως προοδευτικό. Με άλλα λόγια, τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα συμβάλλουν με μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους στην κάλυψη των δαπανών υγείας σε σχέση με τα υψηλά εισοδηματικά στρώματα.

Στα πλαίσια των δημοσιονομικών-διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων του Μνημονίου, το Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Στρατηγικής έχει θέσει οροφή δαπανών στα υπουργεία καθώς και στο συνολικό κρατικό προϋπολογισμό (ΟΟΣΑ, 2012). Με το Ν. 3871/2010 εισήχθη μια νέα μέθοδος κατάρτισης του ετήσιου Κρατικού Προϋπολογισμού, η μέθοδος **top-down budgeting**, δηλαδή της κατάρτισης με τον καθορισμό εκ των προτέρων ανώτατων δεσμευτικών ορίων δαπανών ανά φορέα της Κεντρικής Διοίκησης (Αιτιολογική έκθεση Ν. 3871/2010).

68. Βλ. ΕΛΣΤΑΤ (<http://www.statistics.gr>, πρόσβαση: 1/9/2015).

69. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 2013 η αναλογία άμεσων-έμμεσων φόρων είναι 44,8%-55,3% (Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014).

Πίνακας 4.1: Ανώτατα όρια δαπανών των Υπουργείων Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, 2012-14, σε εκατ. ευρώ

Φορείς	2012	2013		2014
	απολογισμός	ΜΠΔΣ*	εκτιμήσεις	προβλέψεις
Υπουργείο Υγείας	5.415	5.145	5.484	4.447
<i>Τακτικός Προϋπολογισμός</i>	<i>5.370</i>	<i>5.100</i>	<i>5.379</i>	<i>4.383</i>
<i>Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων</i>	<i>45</i>	<i>45</i>	<i>105</i>	<i>64</i>
Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας	15.431	14.251	14.249	13.029
<i>Τακτικός Προϋπολογισμός</i>	<i>15.117</i>	<i>13.671</i>	<i>13.669</i>	<i>12.239</i>
<i>Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων</i>	<i>313</i>	<i>580</i>	<i>580</i>	<i>790</i>

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2013)

Σημείωση: *ΜΠΔΣ=Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Στρατηγικής

Τα ανώτατα όρια δαπανών των Υπουργείων Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας για τα έτη 2012-14 παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1 και όπως γίνεται φανερό τα τελευταία χρόνια συρρικνώνονται διαρκώς.

4.3.2 Κοινωνική Ασφάλιση

Το ελληνικό σύστημα υγείας βασίζεται σε ένα σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Τα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τις εισφορές των εργοδοτών, των εργαζομένων καθώς και των αυτοαπασχολούμενων. Το ύψος των εισφορών διαφοροποιείται ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Στα πλαίσια, όμως, του ΕΟΠΥΥ οι εισφορές του εργοδότη διαμορφώθηκαν σε ποσοστό 5,1% και των εργαζομένων σε ποσοστό 2,55% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των δευτέρων, ενώ η εισφορά των συνταξιούχων ανέρχεται σε ποσοστό 4% (N. 3918/2011). Επίσης, τα ΤΚΑ επιχορηγούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Η ετήσια επιχορήγηση του ΕΟΠΥΥ από τον Κρατικό Προϋπολογισμό ορίζεται σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. Η χρηματοδότηση των ΤΚΑ από τον Τακτικό Προϋπολογισμό παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.2. Είναι φανερό ότι τα τελευταία χρόνια, λόγω της ύφεσης, οι δυνατότητες χρηματοδότησης του συστήματος υγείας από την κοινωνική ασφάλιση περιορίζονται συνεχώς.

Πίνακας 4.2: Η χρηματοδότηση των ΤΚΑ από τον Τακτικό Προϋπολογισμό, 2012-14, σε εκατ. ευρώ

Φορείς	2012	2013		2014
		ΜΠΔΣ*	εκτιμήσεις	προβλέψεις
ΤΚΑ (Σύνολο)	16.433	14.974	15.081	12.796
<i>Επιχορηγήσεις</i>	<i>15.867</i>	<i>13.941</i>	<i>14.287</i>	<i>11.733</i>
<i>Αποδόσεις</i>	<i>566</i>	<i>1.033</i>	<i>794</i>	<i>1.063</i>
Ασφαλιστικά Ταμεία	14.009	12.525	12.334	10.911
<i>Επιχορηγήσεις</i>	<i>13.443</i>	<i>11.492</i>	<i>11.540</i>	<i>9.848</i>
<i>Αποδόσεις</i>	<i>566</i>	<i>1.033</i>	<i>794</i>	<i>1.063</i>
ΕΟΠΥΥ	1.023	1.108	1.108	774
<i>Επιχορηγήσεις</i>	<i>1.023</i>	<i>1.108</i>	<i>1.108</i>	<i>774</i>
<i>Αποδόσεις</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Νοσοκομεία	1.401	1.341	1.639	1.111
<i>Επιχορηγήσεις</i>	<i>1.401</i>	<i>1.341</i>	<i>1.639</i>	<i>1.111</i>
<i>Αποδόσεις</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών (2013)

Σημείωση: ΜΠΔΣ=Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Στρατηγικής

4.3.3 Ιδιωτικές πληρωμές

Οι ιδιωτικές πληρωμές που καταβάλλουν τα νοικοκυριά για την υγεία μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές: α) *άμεσες πληρωμές* για υπηρεσίες που είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση είτε τις καλύπτει αλλά οι πολίτες επιλέγουν να τις αγοράσουν από τον ιδιωτικό τομέα, λόγω εξοικονόμησης χρόνου αναμονής ή εξασφάλισης υπηρεσιών καλύτερης ποιότητας, β) *συμμετοχή των ασθενών* στο κόστος περίθαλψης, όπως π.χ. η συμμετοχή στο κόστος αγοράς φαρμάκων, οι άτυπες πληρωμές («φακελάκια») για την αποφυγή αναμονής στις λίστες ασθενών ή την παροχή καλύτερης εξυπηρέτησης από την πλευρά του ιατρού και γ) *δαπάνες ιδιωτικής ασφάλισης* ασθενών, οι οποίοι έχουν συνάψει συμβόλαιο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Οικονόμου, 2012).

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικών πληρωμών τόσο στην ΕΕ όσο και στις χώρες του ΟΟΣΑ. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι

το ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα ανέρχεται στο 3,8% της τελικής καταναλωτικής δαπάνης των νοικοκυριών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ-34 κυμαίνεται στο 2,9%. Αυτό οφείλεται στη μεγάλη διαφορά που παρατηρείται μεταξύ του ποσοστού αποζημίωσης του ασφαλιστικού φορέα προς τον προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του πραγματικού κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Λόγω της οικονομικής κρίσης και των μέτρων που έχουν επιβληθεί από την Τρόικα, πολλές παροχές προς τους ασφαλισμένους έχουν καταργηθεί, ενώ ένα σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία έχει μετακυληθεί στους ίδιους τους ασφαλισμένους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο δημόσιος τομέας είτε δεν προσφέρει καθόλου ορισμένες υπηρεσίες υγείας, π.χ. φροντίδα ασθενών στο σπίτι, είτε τις προσφέρει σε μικρότερη ποσότητα από την κοινωνικά επιθυμητή, π.χ. φυσικοθεραπείες, ενώ παράλληλα έχουν αυξηθεί οι συν-πληρωμές στα φάρμακα και τις εργαστηριακές εξετάσεις (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 3 παραπάνω). Επιπλέον, το θεσμικό πλαίσιο (ΦΕΚ 1789 Β'/2013, ΦΕΚ 3035 Β'/2012, ΦΕΚ 2045 Β'/2013) ορίζει πλαφόν στις φαρμακευτικές δαπάνες των ΤΚΑ καθώς και στις δαπάνες των διαγνωστικών κέντρων, των ιδιωτικών νοσοκομείων και των φυσικοθεραπευτηρίων που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ για τους ασθενείς (clawback). Συνεπώς, οι ασθενείς καλούνται να καταβάλλουν το επιπλέον κόστος των φαρμάκων, των εξετάσεων και των νοσηλείων. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι περιπτώσεις συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος περίθαλψης.

Νοσοκομειακή περίθαλψη

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται μόνο στα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδρύματα. Για νοσηλεία ασφαλισμένων σε συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικές κλινικές, ο οργανισμός καταβάλλει αποζημίωση σύμφωνα με την τιμολόγηση των ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια⁷⁰) και σε περίπτωση μη ύπαρξης ΚΕΝ, σύμφωνα με το ειδικό (κλειστό) ενοποιημένο νοσήλιο⁷¹.

Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει επίσης αποζημίωση σε εξαιρετικά περιστατικά νοσηλείας για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσηλεύτριας κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η αποζημίωση που καταβάλλεται δεν καλύπτει πλήρως το κόστος χρήσης της υπηρεσίας αυτής και αφορά συγκεκριμένη χρονική διάρκεια.

70. Ο θεσμός των ΚΕΝ αναλύεται στη συνέχεια του παρόντος Κεφαλαίου.

71. Αυτό αφορά στο νοσήλιο των Ιδιωτικών Κλινικών της χώρας και καθορίζεται από την ΚΥΑ ΥΑε/130675 (ΦΕΚ 2115 Β'/2008).

Απογευματινά εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία έχουν τη δυνατότητα να λειτουργούν απογευματινά ιατρεία, στα οποία μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους οι Διευθυντές και Αναπληρωτές Διευθυντές ιατροί, οι Επιμελητές και οι πανεπιστημιακοί ιατροί καθώς και οι ειδικευμένοι γιατροί του νοσοκομείου. Οι ασθενείς που επιθυμούν να εξεταστούν το απόγευμα καταβάλλουν 45-90 ευρώ. Η μείωση των ασθενών στα απογευματινά ιατρεία, λόγω της οικονομικής κρίσης και της αδυναμίας των ασθενών να καταβάλλουν τα προαναφερθέντα ποσά, οδήγησε σε πτώση των τιμών τους, οι οποίες πλέον κυμαίνονται από 16-72 ευρώ, ανάλογα με τη βαθμίδα/θέση του ιατρού και τη γεωγραφική περιοχή του νοσοκομείου.

Παρακλινικές εξετάσεις

Η συμμετοχή των ασφαλισμένων για παρακλινικές εξετάσεις ορίζεται στο 15%, όταν οι εξετάσεις διενεργούνται σε συμβεβλημένες ιδιωτικές δομές, ενώ οι ασφαλισμένοι δεν επιβαρύνονται, όταν αυτές διενεργούνται σε μονάδες του ΕΟΠΥΥ ή σε νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Φαρμακευτική Περίθαλψη

Η φαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει τα αναγκαία φάρμακα, σκευάσματα ειδικής διατροφής και αναλώσιμα υγειονομικά υλικά. Τα φάρμακα αποζημιώνονται μόνον εφόσον περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο των συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων (δηλαδή τη θετική λίστα). Τα φάρμακα που ανήκουν στην αρνητική λίστα δεν αποζημιώνονται. Το γενικό ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων για φάρμακα ανέρχεται στο 25% της αξίας τους, ενώ υπάρχουν ειδικές κατηγορίες παθήσεων για τις οποίες προβλέπεται ποσοστό 10% και 0%.

Οδοντιατρική - Στοματολογική περίθαλψη

Στους ασφαλισμένους παρέχεται θεραπευτική, προσθετική και ορθοδοντική οδοντιατρική περίθαλψη σε συμβεβλημένα οδοντιατρεία καθώς και στις δομές του Οργανισμού. Επίσης, παρέχονται ορθοδοντικές εργασίες στους ασφαλισμένους για λόγους θεραπευτικούς. Για την απόδοση της δαπάνης της οδοντιατρικής περίθαλψης παρεμβάλλεται σημαντική γραφειοκρατία. Ο αριθμός των οδοντιάτρων, πάντως, του ΕΟΠΥΥ αδυνατεί να καλύψει τους ασφαλισμένους, με αποτέλεσμα είτε οι ασφαλισμένοι να καταφεύγουν για την οδοντιατρική τους περίθαλψη σε ιδιώτες οδοντιάτρους με ιδίους πόρους είτε να παραμελούν τη στοματική υγιεινή τους.

Μαιευτική περίθαλψη - ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Στην περίπτωση νοσηλείας σε ιδιωτικό μαιευτήριο, προβλέπεται συμμετοχή των ασφαλισμένων. Στην περίπτωση τοκετού εκτός νοσηλευτικού ιδρύματος προβλέπεται η καταβολή εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος. Επίσης, καλύπτονται δαπάνες για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Φυσικοθεραπείες - λογοθεραπείες - εργοθεραπείες - ψυχοθεραπείες

Για τις φυσικοθεραπευτικές πράξεις δικαιολογείται συγκεκριμένος αριθμός συνεδριών και ορίζεται το ύψος της αποζημίωσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι, λόγω των περικοπών στις δαπάνες υγείας, ο αριθμός των πράξεων έχει περιοριστεί και, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, ορίζεται πλαφόν στις δαπάνες.

Πρόσθετη περίθαλψη και θεραπευτικά μέσα

Στους ασφαλισμένους χορηγούνται γυαλιά ή φακοί επαφής, ακουστικά βαρηκοΐας και αναπνευστικές συσκευές. Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει επίσης έξοδα λουτροθεραπείας και αεροθεραπείας. Ο ασφαλιστικός φορέας κατά περίπτωση καλύπτει ένα μέρος της δαπάνης ή/και ορίζεται ένα ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου. Οι παροχές καλύπτουν και τα προστατευόμενα μέλη του ασφαλισμένου.

4.3.4 Άτυπες πληρωμές

Οι άτυπες πληρωμές στο τομέα της υγείας, γνωστές ως «φακελάκι»⁷², αποτελούν μία πρόσθετη άτυπη αμοιβή ενός επαγγελματία υγείας (π.χ. ιατρού, νοσηλεύτη, μαίας κ.λπ.), η οποία δεν καταγράφεται και δεν φορολογείται. Οι ασθενείς καταβάλουν τις αμοιβές αυτές προκειμένου, είτε να διασφαλίσουν την πρόσβαση τους στα νοσηλευτικά ιδρύματα, είτε να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής, είτε να επιτύχουν καλύτερης ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες και μεγαλύτερη προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας. Οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μία σημαντική πηγή δημιουργίας ανισοτήτων και αναποτελεσματικότητας στον τομέα της υγείας (Liagroulos et al., 2008). Υπολογίζονται στο 20% των νοσοκομειακών δαπανών των νοικοκυριών και αποτελούν μία εγκατεστημένη κοινωνι-

72. Με τον όρο φιλοδώρημα περιγράφεται η πληρωμή που γίνεται με την ελεύθερη βούληση των ασθενών ως ένδειξη ευγνωμοσύνης, ενώ ο όρος «φακελάκι» υποδηλώνει μεγαλύτερο βαθμό υποχρεωτικότητας (Σίσκου, 2006).

κή συμπεριφορά, η οποία καθίσταται απαραίτητη, προκειμένου να εξασφαλιστεί η πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας (Siskou et al., 2008).

Στην Ελλάδα, οι έρευνες (Liaropoulos et al., 2008· Kaitelidou et al., 2013 κ.ά.) δείχνουν ότι το 36%-75% περίπου των ασθενών προχώρησαν σε άτυπες πληρωμές στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε το 2005 (Liaropoulos et al., 2008· Σίσκου, 2006) το 36% των ερωτηθέντων κατέβαλαν μία άτυπη αμοιβή σε ιατρό δημόσιου νοσοκομείου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόνο στο 4% των περιπτώσεων ο ιατρός αρνήθηκε να λάβει πρόσθετη αμοιβή, ενώ επίσης μόνο ένα 4% των ασθενών αρνήθηκε να καταβάλει άτυπη αμοιβή, παρόλο που του ζητήθηκε. Από αυτούς που τελικά κατέβαλαν την άτυπη πληρωμή, το 42% δήλωσαν ότι κατέβαλαν την αμοιβή για εξασφάλιση ποιοτικότερης φροντίδας, το 20% δήλωσε ότι η αμοιβή αυτή ζητήθηκε από τον ιατρό και το 18% των ασθενών δήλωσαν ότι η άτυπη αμοιβή αποτέλεσε έκφραση ευγνωμοσύνης προς τους θεράποντες ιατρούς μετά το πέρας της νοσηλείας (Σίσκου, 2006). Από έρευνα που διενεργήθηκε από τους Δημήτρη και Γιώργο Αντώνογλου στη Θεσσαλονίκη (Αντώνογλου κ.ά., 2013), αποκαλύφθηκε ότι το 39% των πολιτών που έχουν νοσηλευτεί σε δημόσια νοσοκομεία αναφέρει τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή προς τους ιατρούς. Σε άλλη έρευνα (Kaitelidou et al., 2013), που διεξήχθη τον Νοέμβριο του 2010, το ποσοστό των ασθενών που κατέβαλαν άτυπες πληρωμές για την παροχή μαιευτικών υγειονομικών υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία έφτασε στο 74,4%. Η πιο πρόσφατη έρευνα, αναφορικά με τις άτυπες πληρωμές στον τομέα της υγείας διενεργήθηκε από τους Souliotis et al. (2015) μεταξύ 12/2011-2/2012 και περιελάμβανε 2.741 άτομα. Η έρευνα έδειξε ότι οι «πληρωμές κάτω από το τραπέζι» αφορούν στο 32,4% των εισαγωγών σε δημόσια νοσοκομεία. Το υψηλότερο ποσοστό αυτού του είδους πληρωμών εμφανίζεται στους ιδιώτες ιατρούς και στους οδοντίατρους σε ποσοστό 36%. Οι άτυπες πληρωμές διενεργούνται κυρίως κατόπιν αιτήματος, για να διευκολύνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη και για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής.

Η οικονομική κρίση αναμένεται από τη μία να περιορίσει τη δυνατότητα και τη βούληση των ασθενών για καταβολή άτυπων πληρωμών και από την άλλη να ενισχύσει τις απαιτήσεις των ιατρών για είσπραξη πρόσθετων αμοιβών. Πράγματι, σύμφωνα με την έρευνα των Souliotis et al. (2015), λόγω της οικονομικής κρίσης παρουσιάζεται μια αυξημένη απροθυμία των πολιτών για καταβολή άτυπων πληρωμών και ταυτόχρονα μία αυξημένη ζήτηση για άτυπες πληρωμές προκειμένου να εξασφαλιστεί πρόσβαση στις υπηρεσίες.

4.4 Μηχανισμοί πληρωμών και ελέγχου των δαπανών υγείας

4.4.1 Μηχανισμοί πληρωμών

Ο ΕΟΠΥΥ

Με το ΦΕΚ 2456 Β'/2011 συστήθηκε ο **Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)** ως ΝΠΔΔ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από τη συνένωση των κλάδων υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών, του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ, καλύπτοντας το 90% του πληθυσμού, με έναρξη λειτουργίας την 1/1/2012. Ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ αναθεωρήθηκε με το Ν. 4238/2014, προκειμένου ο Οργανισμός να επικεντρωθεί στην κύρια αποστολή του ως εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας, να ενδυναμωθεί ο ρόλος του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας και να καταργηθεί ο διττός ρόλος του ως αγοραστή και ταυτόχρονα παρόχου υπηρεσιών υγείας (Αιτιολογική έκθεση Ν. 4238/2014).

Σύμφωνα με τον ενιαίο κανονισμό παροχών υγείας του ΕΟΠΥΥ του 2011, οι πόροι του ΕΟΠΥΥ προέρχονται από: α) την επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ ετησίως, β) τις ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου – εργοδότη, γ) την εισφορά συνταξιούχων, δ) τα έσοδα από κοινωνικούς πόρους των φορέων (π.χ. πρόσδοδοι περιουσίας, απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών), ε) τις προσόδους από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών, στ) τα ποσά από την επιβολή προστίμων, ζ) τα έσοδα από δωρεές, κληρονομίες κ.λπ., η) τα έσοδα από την παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών και θ) τα έσοδα από τα ποσά επιστροφής (rebate) φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων (Ν. 3918/2011). Στον ΕΟΠΥΥ εντάσσεται το σύνολο του ενεργητικού και του παθητικού των φορέων που συνενώνονται, οι πόροι, η κινητή και ακίνητη περιουσία τους, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις τους. Στην περίπτωση εμφάνισης ζημιών στον ισολογισμό του, που αφορούν την τρέχουσα ή παρελθούσες χρήσεις, το ποσό καλύπτεται από τα πλεονάσματα της επόμενης ή των επόμενων χρήσεων. Εφόσον εξακολουθεί να προκύπτει έλλειμμα, αυτό καλύπτεται με την παροχή ομολόγων του ελληνικού Δημοσίου. Η διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του ανατίθεται σε εξωτερικούς διαχειριστές (Ν. 3918/2011).

Ο ΕΟΠΥΥ φροντίζει για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε είδος στους ασφαλισμένους του, που αφορούν την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, την πρωτο-

βάθμια φροντίδα υγείας, ιατρική περίθαλψη και τις διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, παρακλινικές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική περίθαλψη, οδοντιατρική και στοματολογική περίθαλψη, ειδική αγωγή, λοιπή περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, δαπάνες μετακίνησης ασθενών, μαιευτική περίθαλψη και επίδομα τοκετού, νοσηλεία στο εξωτερικό, αποκατάσταση της υγείας, παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, πρόσθετη περίθαλψη, επιδόματα λουτροθεραπείας, αεροθεραπείας και αντιτίμου τροφής (ΦΕΚ 3054 Β'/2012). Σύμφωνα με τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ του 2015, το 32% των δαπανών του προορίζεται για την κάλυψη φαρμακευτικών δαπανών, το 9% για δαπάνες δημόσιων νοσοκομείων, το 3,6% για δαπάνες ιδιωτικών κλινικών και το 0,8% για ιατρική περίθαλψη-ιατρικές επισκέψεις⁷³ (ΕΟΠΥΥ, 2014).

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ κατέστη αναγκαία για τη συγκράτηση του κόστους και τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών του υγειονομικού συστήματος, λόγω της κρίσης χρέους της χώρας. Οι σχεδιαστές του ΕΟΠΥΥ ευελπιστούσαν ότι το υψηλό ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού και, κατά συνέπεια, η ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη του οργανισμού απέναντι στους προμηθευτές υγείας θα τον καθιστούσαν βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και περιορισμού των δαπανών υγείας (ΕΣΔΥ, 2012).

Στην πράξη, σύμφωνα με μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ, 2012), η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ παρουσιάζει πληθώρα προβλημάτων στον τομέα της οργάνωσης, της πολιτικής, της ασφάλισης και των χρηματοοικονομικών. Η διαπραγματευτική δύναμη του οργανισμού ως προς τις τιμές και τον όγκο των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη. Ο ΕΟΠΥΥ χαρακτηρίζεται, επίσης, από διοικητική και οργανωτική ανεπάρκεια, και αντιμετωπίζει χρηματοοικονομικά προβλήματα, τα οποία εντείνονται από την οικονομική συγκυρία. Αυτό διαπιστώνεται από τις περικοπές των δαπανών υγείας στον προϋπολογισμό του, τη μείωση των εσόδων από ασφαλιστικές εισφορές, τα ελλείμματα και το χρέος του. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι οι δαπάνες του προϋπολογισμού του 2015 υπολείπονται κατά 11,5% των αντίστοιχων του προϋπολογισμού του 2014 και κατά 19,2% του προϋπολογισμού του 2013. Οι επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋ-

73. Σύμφωνα με τον αρχικά εγκεκριμένο προϋπολογισμό και χωρίς τον υπολογισμό των δαπανών προηγούμενων χρήσεων.

πολογισμό το 2015 μειώθηκαν κατά 32% σε σχέση με το 2014, ενώ τα έσοδα από ασφαλιστικές εισφορές κατά 0,5% (ΕΟΠΥΥ, 2014). Τον Σεπτέμβριο του 2015, το έλλειμμα στα έσοδα του ΕΟΠΥΥ από εισφορές που έχουν εισπράξει, αλλά δεν έχουν αποδώσει τα ταμεία (τόσο για το 2015 όσο και για προηγούμενα έτη), ξεπερνάει το 1,5 δισ. ευρώ (Μπουλουτζιά, 2015). Τέλος, από έρευνα⁷⁴ που διενεργήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2014 αναδείχθηκε ότι οι ασθενείς αξιολογούν αρνητικά και πολύ αρνητικά την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ σε ποσοστό 44,1%, ενώ το 63,9% δηλώνει καθόλου ή λίγο ικανοποιημένο από τον οργανισμό (Πετροπούλου, 2014).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Με το Ν. 4238/2014 επιχειρείται η αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), μέσα από τη σύσταση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σκοπός της ανασυγκρότησης της ΠΦΥ είναι η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης του συστήματος υγείας.

Οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΠΕΔΥ συνίστανται στα Κέντρα Υγείας – συμπεριλαμβανομένων των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων, των Περιφερειακών Ιατρείων, των Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων – και στις λοιπές μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ, οι οποίες εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων ΔΥΠε (Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών). Οι υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας για τις οποίες δεν απαιτείται εισαγωγή του ασθενούς σε νοσηλευτικό ίδρυμα, την υλοποίηση προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την παροχή πρώτων βοηθειών, την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, την παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού, την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού. Στις μονάδες υγείας παρέχονται υπηρεσίες υγείας, ισότιμα προς όλους τους πολίτες, συμπεριλαμβανομένων και των ανασφάλιστων

74. Η έρευνα διενεργήθηκε σε δείγμα 1.285 ατόμων το διάστημα από 8 έως 12 Σεπτεμβρίου 2014 από την ΚΑΠΑ Research, υπό την επιστημονική επιμέλεια του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Γ. Κυριόπουλος, Δ. Ζάβρας, Ε. Καραμπλή, Β. Τσιάντου) για λογαριασμό του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου.

πολιτών. Για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δεν καταβάλλεται κανενός είδους εξέταστρο ή αμοιβή μέχρι ολοκλήρωσεως της λειτουργικής ενοποίησης της ΠΦΥ (ΥΥΚΑ, 2014α).

Για την ίδρυση και λειτουργία των νέων Κέντρων Υγείας και των Πολυδύναμων Κέντρων Υγείας των ΔΥΠε απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας –έπειτα από εισήγηση της οικείας ΔΥΠε και απόφαση του ΚΕΣΥΠΕ (Κεντρικού Συμβουλίου Υγειονομικών Περιφερειών)–, με κριτήρια την αναγκαιότητα ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, τη γειτνίαση με υφιστάμενες Μονάδες Υγείας, τις συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, την προσβασιμότητα των πολιτών και τις συγκοινωνιακές συνθήκες. Οι δομές του ΠΕΔΥ προβλέπεται ότι θα λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα.

Με τον ίδιο νόμο καθιερώνεται και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού για την παροχή των υπηρεσιών ΠΦΥ, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις δομές ΠΦΥ, στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον.

Οι λειτουργικές δαπάνες όλων των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ εντάσσονται στις ΔΥΠε βαρύνουν τον προϋπολογισμό των κλειστών – σφαιρικών προϋπολογισμών των ΔΥΠε (από 1/1/2015). Οι δαπάνες φαρμάκων των μονάδων του ΠΕΔΥ καθώς και οι δαπάνες για προμήθεια υγειονομικού υλικού, αντιδραστηρίων, λοιπών ιατροτεχνολογικών προϊόντων και πάσης φύσεως άλλων υλικών επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ (ΥΥΚΑ, 2014α). Το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των Κέντρων Υγείας και των αποκλεισμένων μονάδων τους περιέρχεται στις ΔΥΠε (ΥΥΚΑ, 2014β).

Από έρευνα που διενεργήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2014 προέκυψε ότι οι ασθενείς αξιολογούν αρνητικά και πολύ αρνητικά την ίδρυση του ΠΕΔΥ σε ποσοστό 41,4% (Πετροπούλου, 2014). Η ίδια έρευνα έδειξε ότι τέσσερις στους δέκα ασθενείς έχουν μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας για πρωτοβάθμια περίθαλψη σε σχέση με την περίοδο πριν από τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και του ΠΕΔΥ, κυρίως λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής για να βρουν ιατρό (Μπουλουτζά, 2014α).

Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Με το Ν. 4286/2014 εισάγεται στο χώρο της υγείας ένα καθολικό σύστημα κατανομής αμοιβών και οικονομικών πόρων μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νο-

σοκομείων. Για το σκοπό αυτό συστήνεται η «Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ)» με κύριες αρμοδιότητες τη συλλογή στατιστικών στοιχείων από τους φακέλους των ασθενών, οικονομικών στοιχείων των νοσοκομείων, καθώς και την κοστολόγηση των ΚΕΝ/DRGs (βλ. επόμενη ενότητα) που θα εφαρμοστούν σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Η εταιρεία αυτή λειτουργεί χάριν του δημοσίου συμφέροντος και το Δημόσιο συμμετέχει σε αυτή με ποσοστό που δεν μπορεί να μειωθεί κάτω από το 51%. Το υπόλοιπο 49% του μετοχικού της κεφαλαίου δύναται να μεταβιβαστεί κατά 20% σε ιδιωτικούς φορείς, όπως ενώσεις ιδιωτικών κλινικών, ασφαλιστικών εταιρειών, και κατά 29% σε φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα, όπως δημόσια νοσοκομεία, ασφαλιστικά ταμεία, ιατρικούς συλλόγους κ.ά. Το σύστημα αμοιβών νοσοκομείων προβλέπεται να λειτουργήσει πιλοτικά σε επιλεγμένα νοσοκομεία από 1/6/2015 και σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές από 1/1/2016 έως 31/12/2016. Η πλήρης εφαρμογή του συστήματος και η αντικατάσταση κάθε άλλου συστήματος χρηματοδότησης νοσοκομείων αρχίζει στις 1/1/2017.

Όπως επισημαίνουν οι Σακελλάρης και Παπαδόπουλος (2014), με την ίδρυση της ΕΣΑΝ ΑΕ ουσιαστικά θεσμοθετείται η ευρεία μεταφορά πόρων από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Το κράτος σταδιακά αποσύρεται από τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και δημιουργείται μία «αγορά» στο χώρο της υγείας. Οι ιδιωτικοί φορείς αποκτούν βασικό ρόλο στη χάραξη της δημόσιας πολιτικής στον τομέα της υγείας, τον οποίο θα κληθούν να ασκήσουν μέσα από την κοστολόγηση των ΚΕΝ. Ο ανταγωνισμός που θα προκύψει μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, αλλά και μεταξύ κεντρικών και περιφερειακών νοσοκομείων, θα ενταθεί και θα έχει αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σε κάθε περίπτωση, ο ιδιωτικός τομέας πλεονεκτεί –λόγω της σύγχρονης υλικοτεχνικής υποδομής και του χαμηλού εργατικού κόστους– έναντι του Δημοσίου, με τα τεράστια ελλείμματα, την έλλειψη προσωπικού, τον υπερβάλλοντα αριθμό ασθενών κ.ο.κ. Σε δυσμενέστερη θέση βρίσκονται τα μικρά, περιφερειακά νοσοκομεία τα οποία αναμένεται να κλείσουν, αφού δεν θα καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στον ανταγωνισμό, εντείνοντας τις γεωγραφικές ανισότητες στο χώρο της υγείας. Επιπλέον, ο νέος τρόπος χρηματοδότησης αναμένεται να οδηγήσει σε πιέσεις για συμπίεση του κόστους εργασίας, μέσα από απολύσεις και μειώσεις μισθών του υγειονομικού προσωπικού. Η υποχρηματοδότηση δε νοσοκομείων και κλινικών θα δημιουργήσει τις συνθήκες για αύξηση της συμμετοχής

των ασθενών στο κόστος περίθαλψης και θα ανοίξει το δρόμο για την ενίσχυση του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Τέλος, παραβιάζεται η αρχή προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα των ασθενών, δεδομένου ότι στους ιατρικούς φακέλους τους θα δύνανται να έχουν πρόσβαση οι ιδιωτικοί φορείς-μέτοχοι της εταιρείας.

4.4.2 Μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας

Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Τα **Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN)** αποτελούν ένα νέο σύστημα τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Στην έννοια του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου⁷⁵ περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σε αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών (ΦΕΚ 99 Β'/1998 και ΦΕΚ 1702 Β'/2011). Τα KEN ουσιαστικά αποτελούν έναν γενικευμένο τιμοκατάλογο, στον οποίον περιλαμβάνεται το κόστος και η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Σε κάθε εξιτήριο ασθενούς χρεώνεται το KEN της κύριας νοσηλείας και σε περίπτωση δεύτερης χρεώνονται μέχρι δύο KEN, με το κύριο KEN να τιμολογείται κανονικά και το δεύτερο KEN να τιμολογείται στο 50% του κόστους του. Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας του κάθε KEN, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και εξαιρούμενα αυτού). Με την υπ. αριθ. Υ4α/οικ.18051 ΚΥΑ (ΦΕΚ 946 Β'/2012) τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και το Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ καλούνται «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια» (KEN).

75. Το ΦΕΚ 99 Β'/1998 περιλαμβάνει τους ορισμούς των εννοιών του ημερήσιου κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου και του συνολικού κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου. Στην έννοια του ημερήσιου κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σε αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών, ενώ στην έννοια του συνολικού κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σε αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το χρόνο νοσηλείας και τις τυχόν επιπλοκές στο συγκεκριμένο νόσημα για το οποίο νοσηλεύεται.

Η εφαρμογή των ΚΕΝ βασίζεται στο διεθνώς καθιερωμένο πρότυπο των **Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων** (Diagnosis Related Groups – DRGs). Αυτές αποτελούν ένα σύστημα κατάταξης των ασθενών που παρουσιάζουν κοινές δημογραφικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές ιδιότητες και για τη θεραπεία των οποίων απαιτούνται συγκεκριμένοι πόροι (δαπάνες). Η κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες (ομάδες) πραγματοποιείται με βάση τη διάγνωση, τις επιπλοκές, τις συνυπάρχουσες παθήσεις, την ηλικία, το φύλο και τις υπηρεσίες που λαμβάνουν (ΥΥΚΑ, 2011α). Τα DRGs αποτελούν μία μεθοδολογία που αναπτύχθηκε στα μέσα της δεκαετίας του '70 από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο Yale των ΗΠΑ για την ταξινόμηση των υπηρεσιών που προσφέρονται στα σύγχρονα νοσοκομεία και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ το 1983. Αρχικά, ο σκοπός εφαρμογής των DRGs ήταν η μέτρηση του παραγόμενου προϊόντος των νοσοκομείων, με στόχο τη βελτίωση της οργάνωσης, της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητάς τους. Από τα μέσα, όμως, της δεκαετίας του '80, τα DRGs χρησιμοποιήθηκαν και για την αποζημίωση των υπηρεσιών και τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων στις ΗΠΑ. Κάθε ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του κατατάσσεται σε μία συγκεκριμένη ομοιογενή κατηγορία και ο ασφαλιστικός του φορέας κατέβαλε στο νοσοκομείο το αντίτιμο που αντιστοιχούσε στη συγκεκριμένη κατηγορία. Η Αυστραλία ήταν από τις πρώτες χώρες που υιοθέτησε το σύστημα αυτό, το οποίο στη συνέχεια εξαπλώθηκε και σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. σκανδιναβικές χώρες, Γερμανία, Ιταλία κ.λπ.).

Ως βασικά πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του συστήματος ΚΕΝ υποστηρίζεται ότι είναι η αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υπηρεσιών υγείας, η εξοικονόμηση πόρων και η βελτίωση της οργάνωσης, της λειτουργίας και του προγραμματισμού των νοσοκομείων (ΥΥΚΑ, 2011α). Παράλληλα, τα ΚΕΝ θεωρείται ότι θα περιορίσουν τη γραφειοκρατία και θα επιτρέψουν την ταχύτερη αποζημίωση των υπηρεσιών και την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Η αποζημίωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας –που θεωρείται ότι παρέχει το νέο σύστημα– προβλέπεται ότι θα συμβάλλει μακροπρόθεσμα στη μείωση των ελλειμμάτων τους και στην εξοικονόμηση σημαντικών ανθρώπινων πόρων. Η εφαρμογή των ΚΕΝ δημιουργεί αντικίνητρα στα νοσοκομεία για την υπερτιμολόγηση των υλικών και των φαρμάκων, περιορίζοντας τα φαινόμενα διαφθοράς. Παράλληλα, συμβάλλουν στον περιορισμό των ημερών νοσηλείας και, κατά συνέπεια, στην εξυπηρέτηση μεγαλύτερου αριθμού ασθενών.

Τα μειονεκτήματα του συστήματος ΚΕΝ συνίστανται στη λανθασμένη τιμολόγηση των νοσηλείων, δηλαδή είτε στην υπερτιμολόγηση είτε στην υποτιμολόγησή τους. Στην περίπτωση που μία ιατρική πράξη υπερτιμολογείται, το επιπλέον κόστος βαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνοντας τους ήδη υπάρχοντες ελλειμματικούς προϋπολογισμούς τους· μακροπρόθεσμα αυτό θα οδηγήσει σε αύξηση της συνεισφοράς των εργοδοτών και εργαζομένων στα ασφάλιστρα, σε πρόσθετη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων από τον κρατικό προϋπολογισμό ή/και σε πτώχευσή τους. Σε περίπτωση υποτιμολόγησης, το επιπλέον κόστος της ιατρικής πράξης βαρύνει τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, ενισχύοντας τα ελλείμματά τους. Η υποτιμολόγηση κάποιων ιατρικών πράξεων ενδέχεται, επίσης, να οδηγήσει είτε στη συνέχιση εκτέλεσής τους αλλά με καταβολή της διαφοράς του πραγματικού κόστους και του ΚΕΝ από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε σε αναστολή εκτέλεσής τους (όπως π.χ. καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις) και στην προώθηση των ασθενών στο εξωτερικό. Στον κατάλογο των ΚΕΝ παρουσιάζονται αρκετές ασάφειες⁷⁶, που οφείλονται στην πρόχειρη και πιεστική –λόγω χρονικού περιορισμού– κατάρτισή τους. Μάλιστα, δεδομένου ότι τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που ακολουθούνται σε κάθε ιατρική πράξη δεν είναι καθορισμένα και προκειμένου να συμπεριστεί το κόστος νοσηλείας, υπάρχει κίνδυνος να υιοθετηθούν τα χαμηλού κόστους πρωτόκολλα, υλικά και φάρμακα και να οδηγήσουν στην παροχή χαμηλής ποιότητας περίθαλψης στους ασφαλισμένους. Σημαντικό ρόλο θα παίξει η διαφοροποίηση του κόστους νοσηλείας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, δεδομένου ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ αφορά μόνο στα δημόσια νοσοκομεία. Διαφοροποιήσεις ως προς το κόστος των ιατρικών πράξεων, όμως, παρουσιάζονται και μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων. Η οριζόντια αποζημίωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ανά ιατρική πράξη, ανεξάρτητα από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, την επάρκεια και την κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού και του λειτουργικού κόστους, είναι

76. Η χώρα κλήθηκε, λόγω μνημονίου, να εφαρμόσει την πολιτική των ΚΕΝ σε διάστημα μόλις ενός έτους, χρόνος που είναι ιδιαίτερα περιορισμένος για ένα τέτοιο εγχείρημα (Οικονόμου, 2013). Υπάρχουν δηλώσεις στελεχών νοσοκομείων ότι οι ίδιες ιατρικές πράξεις κοστολογούνται με διαφορετικές τιμές, π.χ. σχετικά με τις στεφανιογραφίες (Φούρα, 2011). Επίσης, από έρευνα σε δείγμα 134 ιατρών (Φωστηροπούλου, 2013) προέκυψε ότι η εφαρμογή των ΚΕΝ δεν συνδέεται με βελτίωση στην ποιότητα, αποδοτικότητα και δυνατότητα επιλογής νοσοκομειακής περίθαλψης, ούτε θεωρείται ότι η πολιτική αυτή θα επιφέρει οφέλη στους ασθενείς και στους ίδιους.

άδικη και ανορθολογική, προκαλεί στρεβλώσεις στην αγορά και θα οδηγήσει σε περαιτέρω υποβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Στην Ελλάδα, δεδομένου ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτούταν σύμφωνα με ένα περίπλοκο, υποκοστολογημένο και αναχρονιστικό μοντέλο⁷⁷, με απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το 2012, συστάθηκε Επιτροπή για τη διερεύνηση της εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τη δημιουργία ελληνικού καταλόγου μέσω της κατάλληλης μετάφρασης της τελευταίας έκδοσης DRGs χώρας-μέλους του ΟΟΣΑ που ταιριάζει στο ΕΣΥ και την κοστολόγησή τους συνολικά και χωρίς τη μισθοδοσία. Τον Μάρτιο του 2011 η Επιτροπή εξέδωσε το πόρισμά της, προτείνοντας το αυστραλιανό⁷⁸ σύστημα (AR-DRGs) ως το πλέον κατάλληλο για εφαρμογή στην Ελλάδα. Η πρόταση της Επιτροπής διαβιβάστηκε στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) και έλαβε σχετική θετική γνωμοδότηση από την ολομέλειά του τον Μάιο του 2011 (ΥΓΚΑ, 2011β). Στη συνέχεια, με την υπ. αρ. Υ4α/οικ. 85649/2011 ΚΥΑ θεσπίστηκε η εφαρμογή των ΚΕΝ και ορίστηκαν οι 700 περίπου κατηγορίες ΚΕΝ. Η πρότυπη εφαρμογή των ΚΕΝ σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο ΕΣΥ ξεκίνησε την 1/10/2011 (ΚΥΑ Υ4α/οικ. 105604/2011 (ΦΕΚ 2150 Β'/2011) και ΚΥΑ Υ4α/οικ. 85649/2011 (ΦΕΚ 1702 Β'/2011)). Η εφαρμογή των ΚΕΝ, άλλωστε, αποτέλεσε μία από τις μεταρρυθμίσεις που επιβλήθηκαν και με το Μνημόνιο 2 (Ν. 4046/2012), στα πλαίσια της διατήρησης των δημοσίων δαπανών για την υγεία έως 6% του ΑΕΠ και του εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας.

Η λίστα των ΚΕΝ και το κόστος τους υπόκειται σε αναθεωρήσεις, με βάση αντίστοιχα διεθνή DRGs (κυρίως αυστραλιανά και γερμανικά). Μέχρι τον Μάρτιο του 2012 είχαν πραγματοποιηθεί τρεις αναθεωρήσεις των ΚΕΝ. Από τη σύγκριση του κόστους των 18 δημοφιλέστερων ΚΕΝ στα ελληνικά νοσοκομεία με τα αντίστοιχα αυστραλιανά και γερμανικά προκύπτει ότι τα γερμανικά ΚΕΝ είναι

77. Σε γενικές γραμμές, στο προηγούμενο σύστημα τα νοσήλια υπολογίζονταν από το άθροισμα του κόστους των υλικών, των φαρμάκων και των εξετάσεων που απαιτήθηκαν για τη θεραπεία του ασθενούς. Με την υπ. αριθ. Υ4α/οικ. 1320/1998 ΚΥΑ (ΦΕΚ 99 Β'/1998) ορίστηκε το τιμολόγιο του ημερήσιου κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου όλων των νοσοκομείων καθώς και του συνολικού κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου κατά κατηγορία παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών.

78. Το σύστημα αυτό έχει εφαρμοστεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ αυτών και τη Γερμανία.

ακριβότερα από τα αυστραλιανά και τα ελληνικά, στις περισσότερες περιπτώσεις. Οι τιμές των αυστραλιανών ΚΕΝ είναι παρόμοιες ή και λίγο υψηλότερες σε σχέση με τα ελληνικά ΚΕΝ. Η σύγκριση της ΜΔΝ μεταξύ των 18 δημοφιλέστερων ΚΕΝ των ελληνικών νοσοκομείων και των αντίστοιχων αυστραλιανών και γερμανικών έδειξε ότι η ΜΔΝ είναι μεγαλύτερη στην πλειονότητα των περιπτώσεων των γερμανικών ΚΕΝ, συγκριτικά με τις αντίστοιχες της Αυστραλίας και της Ελλάδας. Στα αυστραλιανά ΚΕΝ, πάντως, παρουσιάζεται η χαμηλότερη ΜΔΝ (ΥΥΚΑ, 2012α). Τέλος, τον Μάρτιο του 2012, η μηχανογραφική υποστήριξη της εφαρμογής των ΚΕΝ ήταν πλήρης (ΥΥΚΑ, 2012β).

Σε διεθνές επίπεδο, τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του πρότυπου των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Η εμπειρία από την εφαρμογή του συστήματος *πληρωμής βάσει απόδοσης* (τύπου DRG) στη Σουηδία, προς τα τέλη του '80 και αρχές '90, έδειξε αρχικά βελτίωση της παραγωγικότητας (Gerdtham et al., 1999) και μείωση του χρόνου αναμονής, αλλά ταυτόχρονα και αύξηση του συνολικού κόστους (Kastberg and Siverbo, 2007). Οι ρυθμίσεις που υιοθετήθηκαν για τον έλεγχο του κόστους, στα μέσα της δεκαετίας του '90, οδήγησαν σε αύξηση του χρόνου αναμονής και παύση της αρχικής βελτίωσης της παραγωγικότητας (Hakansson, 2000). Η εφαρμογή των ΚΕΝ στη Γερμανία οδήγησε σε πρόωρα εξιτήρια ασθενών – χωρίς να έχουν αποθεραπευτεί ή που έχουν παρουσιάσει επιπλοκές, λόγω της προσκόλλησης στα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Επιπλέον, με τα ΚΕΝ αναμένεται να αυξηθούν οι υψηλού κόστους θεραπείες, γεγονός που θα προκαλέσει περαιτέρω αύξηση του συνολικού κόστους στην υγεία (Σακελλάρης και Παπαδόπουλος, 2014). Η αποτίμηση των αποτελεσμάτων στη Νορβηγία δεν είναι επαρκής.

Το σύστημα προμηθειών υγειονομικού υλικού

Με το Ν. 3918/2011 θεσμοθετήθηκε το σύστημα προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, κάθε φορέας καταρτίζει και υποβάλλει στην οικεία Υγειονομική Περιφέρεια *Σχέδιο Προγράμματος Προμηθειών και Υπηρεσιών* του επόμενου έτους. Κάθε Υγειονομική Περιφέρεια αξιολογεί και εγκρίνει τα προγράμματα όλων των φορέων ευθύνης της και καταρτίζει ένα Περιφερειακό Πρόγραμμα Προμηθειών και Υπηρεσιών. Η αποδεκτή τιμή μνάδας ορίζεται από το Παρατηρητήριο Τιμών της Επιτροπής Προδιαγραφών⁷⁹.

79. Μία από τις αρμοδιότητες της Επιτροπής Προδιαγραφών είναι η δημιουργία βάσης

Το Περιφερειακό Πρόγραμμα Προμηθειών και Υπηρεσιών υποβάλλεται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών⁸⁰, η οποία εγκρίνει το Συνολικό Πρόγραμμα Προμηθειών Προϊόντων και Υπηρεσιών. Το τμήμα του Συνολικού Προγράμματος που αφορά στην προμήθεια προϊόντων κοινοποιείται στο Υπουργείο Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας. Κάθε Υγειονομική Περιφέρεια υποβάλλει έκθεση με απολογιστικά στοιχεία σχετικά με το ύψος της συνολικής δαπάνης των συμβάσεων προμηθειών και τις τυχόν υπερβάσεις της προϋπολογισθείσας αξίας τους. Η έκθεση αυτή αποτελεί τη βάση για την κατάρτιση του Σχεδίου Προμηθειών του επόμενου έτους. Σε περίπτωση απρόβλεπτων και έκτακτων αναγκών ή ανωτέρας βίας, η Υγειονομική Περιφέρεια υποβάλλει προς έγκριση το τροποποιημένο Περιφερειακό Πρόγραμμα στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εάν οι ανάγκες είναι πλασματικές, προβλέπεται η επιβολή προστίμου. Η χρηματοδότηση του Περιφερειακού ή του Συνολικού Προγράμματος Προμηθειών μπορεί να πραγματοποιηθεί και με τη σύναψη δανείου του φορέα με εμπορική τράπεζα.

4.5 Αγορά φαρμάκου

4.5.1 Η εξέλιξη των δαπανών φαρμάκου

Η φαρμακευτική δαπάνη ακολουθεί διαχρονικά την τάση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα⁸¹. Από το 2000 έως το 2009, τόσο η συνολική όσο και η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στη χώρα μας σχεδόν τριπλασιάστηκε, με τη δεύτερη να παρουσιάζει μία μέση ετήσια πραγματική αύξηση κατά 10%. Η δε δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, κατά την ίδια περίοδο, σχεδόν τετραπλασιάστηκε, ενώ ταυτόχρονα και η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει μία αυξητική τάση (από το 2000 μέχρι και το 2007). Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα συνδέεται με την αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων για κοινωνικο-

δεδομένων Παρατηρητηρίου Τιμών για τον έλεγχο των τιμών όλων των ειδών, με βάση τις τιμές των χωρών της ΕΕ.

80. Σκοπός της σύστασης της *Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών* είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή μίας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών, προκειμένου να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας.

81. Βλ. υποσημείωση 2.

οικονομικούς και δημογραφικούς λόγους, όπως η γήρανση του πληθυσμού και η εισροή μεταναστών. Επιπλέον, μέρος της τάσης αυτής οφείλεται στη βελτίωση της τεχνολογίας στον κλάδο παραγωγής φαρμάκου καθώς και στην ανακάλυψη νέων δραστικών ουσιών (Βίτσου, 2009). Από το 2009 και έπειτα, όμως, και η συνολική και η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει μία πτωτική τάση που οφείλεται κυρίως στα μέτρα που ελήφθησαν στη χώρα μας, λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, ενώ το 2009, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη έφτανε τα 5,8 δισ. ευρώ και αντιστοιχούσε περίπου στο 2,2% του ΑΕΠ, το 2013 μειώθηκε στα 2,5 δισ. ευρώ και αντιστοιχούσε περίπου στο 1% του ΑΕΠ (Ραπανικολαου, 2014). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ 2009-2013, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη περιορίστηκε κατά 1,8 δισ. ευρώ, κυρίως λόγω της μείωσης των τιμών των φαρμάκων και της προώθησης των γενόσημων⁸². Την περίοδο αυτή, η μέση κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά περισσότερο από 12% ανά έτος· το 2012, το πραγματικό επίπεδο της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης ήταν χαμηλότερο κατά 33% σε σχέση με το επίπεδο του 2009⁸³.

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ ακολούθησε, επίσης, μία αντίστοιχη ανοδική και κατόπιν καθοδική πορεία κατά το ίδιο χρονικό διάστημα και διαμορφώθηκε από 1,5% το 2000, σε 2,7% το 2007 και σε 2,3% το 2012⁸⁴. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο που χαρακτηρίζει τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (1,5%) και της ΕΕ-25. Το 2012, τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσίασαν η Ουγγαρία (2,5%), η Ελλάδα (2,3%) και η Σλοβακία (2,1%), ενώ τις χαμηλότερες το Λουξεμβούργο και η Νορβηγία (0,6%) καθώς και η Δανία (0,7%). Το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το 2013, διαμορφώθηκε στο 30,5%, όταν στις χώρες του ΟΟΣΑ-26 το ποσοστό αυτό κυμαινόταν περίπου στο 19%. Τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης φαρμάκων, τόσο στην περίπτωση της Ελλάδας όσο και στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, οφείλονται κυρίως στη διάδοση νέων φαρμάκων και στη γήρανση του πληθυσμού.

82. Βλ. OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015).

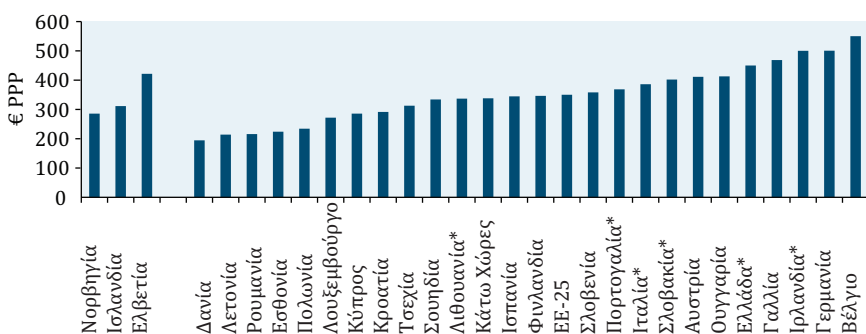
83. Ibid.

84. Βλ. ΣΦΕΕ (2012) και *ibid*.

Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 4.5). Οι διαφοροποιήσεις αυτές οφείλονται κυρίως στα καταναλωτικά πρότυπα, στις ποσότητες και στις πολιτικές τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων κάθε χώρας⁸⁵. Η υψηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη παρουσιάζεται στο Βέλγιο (550 PPP), ενώ η χαμηλότερη στη Δανία (195 PPP). Η Ελλάδα έρχεται πέμπτη στην κατάταξη μεταξύ των υψηλών καταναλωτών, με κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη 450 PPP και βρίσκεται πολύ μακριά από τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ-25, όπου η δαπάνη διαμορφώνεται στα 350 PPP.

Στο Διάγραμμα 4.6 παρουσιάζεται η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, το 2012, καθώς και η σύνθε-

Διάγραμμα 4.5: Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)



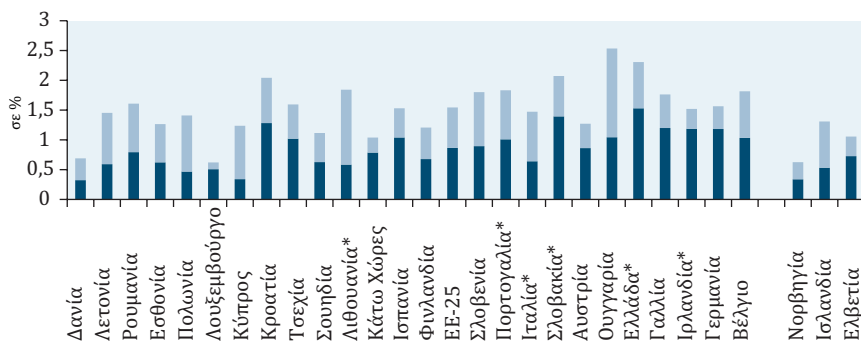
Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)

Σημείωση: * Περιλαμβάνει μη διαρκή ιατρικά προϊόντα (με αποτέλεσμα μία υπερεκτίμηση 5%-10%).

σή της. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ανέρχεται κατά μέσο όρο στο 1,5% του ΑΕΠ σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών είναι έντονες και κυμαίνονται από 0,6% στο Λουξεμβούργο και 0,7% στη Δανία έως 2,3% στην Ελλάδα και 2,5% στην Ουγγαρία. Ανομοιομορφίες παρατηρούνται

85. Βλ. OECD (2008b) και OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015).

Διάγραμμα 4.6: Η δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)



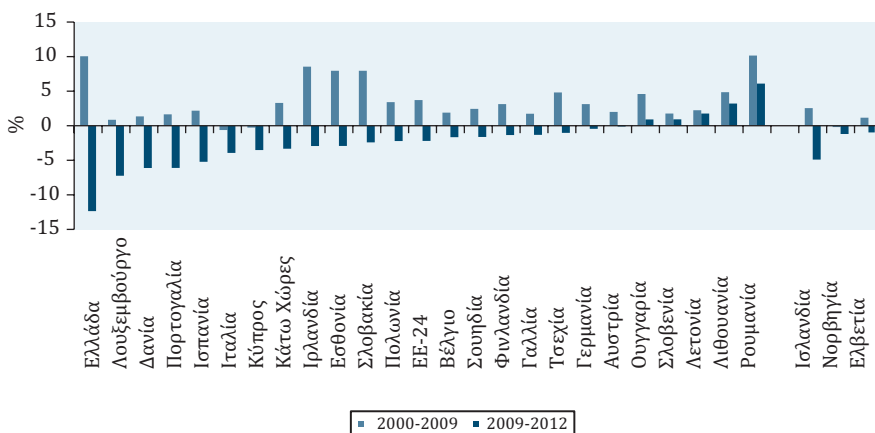
Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)

Σημείωση: * Περιλαμβάνει μη διαρκή ιατρικά προϊόντα (με αποτέλεσμα μία υπερεκτίμηση 5%-10%).

και ως προς τη σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ κυμαίνεται από 0,3% στη Δανία έως 1,5% στην Ελλάδα, με ένα μέσο όρο 0,9% στην ΕΕ-25. Η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ κυμαίνεται από 0,1% στο Λουξεμβούργο έως 2,5% στην Ουγγαρία. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, η αναλογία μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης παρουσίασε μία αύξηση διαχρονικά από το 2000 έως το 2009 και μάλιστα με αρκετά ταχύ ρυθμό. Ενώ το 2000, η αναλογία δημόσιας – ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης βρισκόταν περίπου στο 63% - 37%, το 2009, η αναλογία διαμορφώθηκε στο 80% - 20% και έκτοτε φθίνει. Το υψηλό ποσοστό κάλυψης της φαρμακευτικής δαπάνης από το Δημόσιο (και ουσιαστικά από τα ασφαλιστικά ταμεία) είναι πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς καταφεύγουν στο Δημόσιο για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων, λόγω της αύξησης των τιμών τους και της μείωσης των εισοδημάτων τους. Από την άλλη, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζει διαχρονικά μικρές αυξομειώσεις, χαρακτηριστική όμως είναι η σταθερή της αύξηση από το 2009 (ΣΦΕΕ, 2012).

Η μέση ετήσια μεταβολή της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, μεταξύ 2000-2009, στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στο 10%, ενώ κατά το χρονικό διάστημα 2009-2012 στο -12,4%. Αντίστοιχα, στις χώρες της ΕΕ-24, η μέση ετήσια μεταβολή της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, κατά την πρώτη περίοδο, διαμορφώθηκε σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα (στο 3,7%), ενώ για τη δεύτερη

Διάγραμμα 4.7: Μέση ετήσια μεταβολή της πραγματικής κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2000-2009 και 2009-2012



Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)

περίοδο στο -2,2%. Από το Διάγραμμα 4.7 φαίνεται ότι κατά την πρώτη περίοδο όλες σχεδόν οι χώρες του ΟΟΣΑ παρουσίαζαν αύξηση στο ρυθμό μεταβολής των φαρμακευτικών δαπανών (εκτός από τη Νορβηγία, την Κύπρο και την Ιταλία) που κυμαίνονταν από 0,9% (Λουξεμβούργο) έως 10,2% (Ρουμανία). Κατά τη δεύτερη περίοδο, που σηματοδοτήθηκε από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, παρουσιάστηκαν σημαντικές μειώσεις στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ που κυμάνθηκαν από -0,4% (Γερμανία) έως -12,4% (Ελλάδα). Η μείωση ήταν πολύ πιο έντονη στις χώρες που χτυπήθηκαν περισσότερο από την ύφεση⁸⁶. Κατά τη δεύτερη περίοδο, αύξηση στα ποσοστά μεταβολής παρουσίασε μόνο το 25% των χωρών της ΕΕ-24. Οι αυξήσεις κυμάνθηκαν από 0,1% (Αυστρία) έως 6,1% (Ρουμανία). Αξιοσημείωτο είναι, πάντως, ότι ακόμη και χώρες που παρουσίασαν θετικούς ρυθμούς μεταβολής των φαρμακευτικών δαπανών κατά τη δεύτερη χρονική περίοδο, τα ποσοστά αύξησης των δαπανών ήταν χαμηλότερα σε σχέση με την προ-κρίσης περίοδο. Σε αρκετές χώρες της ΕΕ, οι επιπτώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη οφείλονται στην οικονομική κρίση και στα μέτρα που αναγκάστηκαν να πάρουν για την περιστολή των δημοσίων δαπανών εν γένει, όπως μειώσεις στις τιμές και στην κάλυψη φαρμακευτικών δαπανών, εφαρμογή υποχρεωτικών επιστροφών (rebates), προώθηση της χρήσης των γενοσήμων,

86. Βλ. OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015).

αυξήσεις στις συν-πληρωμές από τα νοικοκυριά⁸⁷. Έτσι, στην Ελλάδα και στην Ιρλανδία, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η ταχεία αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών, οι κυβερνήσεις προχώρησαν στη λήψη διαρθρωτικών μέτρων, κυρίως σε επίπεδο τιμολογιακής πολιτικής.

4.5.2 Έλεγχος αγοράς φαρμάκου

Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Ο όρος **ηλεκτρονική συνταγογράφηση** αναφέρεται στην παραγωγή, τη διακίνηση και τον έλεγχο των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με τη χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών (Ν. 3892/2010). Οι στόχοι του έργου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι ο εκσυγχρονισμός του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης, η ταυτοποίηση και αντιμετώπιση των παραγόντων εκείνων που διασφαλίζουν την ευρεία και επιτυχή επιχειρησιακή της λειτουργία, η διευκόλυνση εισαγωγής και αξιοποίησης των διαδικασιών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην καθημερινή πρακτική, η επίτευξη ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος λειτουργίας που θα βασίζεται στη διαφάνεια και την ευρεία αποδοχή και συμμετοχή των εμπλεκόμενων στις σχετικές διαδικασίες καθώς και η ανάδειξη και αξιοποίηση των υφιστάμενων ή εν εξελίξει συναφών δράσεων (ΥΑΚΠ, 2013).

Το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υιοθετήθηκε αρχικά από τη Γερμανία και τη Σουηδία ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Η Ελλάδα υποχρεώθηκε να το εφαρμόσει το 2010, καθώς η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποτέλεσε όρο της πρώτης δανειακής σύμβασης (Μνημόνιο 1), με σκοπό τον έλεγχο και περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών. Η πρακτική της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ενισχύθηκε περαιτέρω με την υπογραφή του δεύτερου Μνημονίου (βλ. παραπάνω). Η αντικατάσταση του συστήματος χειρόγραφης συνταγογράφησης αποτέλεσε μια σύνθετη διαδικασία, η οποία απαιτούσε κατάλληλη προετοιμασία και υποστήριξη, προκειμένου να καταστεί εφικτό να αντιμετωπιστούν ζητήματα όπως η έλλειψη θεσμικού πλαισίου, η έλλειψη ορθών μητρώων και αρχείων, ο μεγάλος αριθμός εμπλεκόμενων και τα διαφοροποιούμενα συμφέροντά τους, η προστασία των δεδομένων προσωπικού

87. Ibid.

χαρακτήρα, η γεωγραφική διασπορά των σημείων δημιουργίας και εκτέλεσης συνταγών κ.ο.κ. (ΥΑΚΠ, 2013).

Στην Ελλάδα, ο θεσμός της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καθιερώθηκε με το Ν. 3892/2010. Η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ξεκίνησε σταδιακά το 2011, με την πιστοποίηση ιατρών και την ένταξη ορισμένων ασφαλιστικών ταμείων στο σύστημα, αλλά από το 2012 με κοινή υπουργική απόφαση (ΚΥΑ) θεσπίστηκε η δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων από όλους τους ιατρούς της χώρας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη σύμβασής τους με τον ΕΟΠΥΥ. Η παροχή τεχνικής υποδομής και η διαχείριση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανατέθηκε στο φορέα «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» (ΗΔΙΚΑ, 2013) για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Συγκεκριμένα, το έργο της εταιρείας ΗΔΙΚΑ περιελάμβανε την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος (με υποδομές σε εξοπλισμό, λογισμικό και διαδικτυακές εφαρμογές) για την ηλεκτρονική καταχώρηση συνταγών και ιατρικών πράξεων από τους επαγγελματίες ιατρούς, την εκτέλεσή τους από τους φαρμακοποιούς και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και την εκκαθάρισή τους από τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω της ΗΔΙΚΑ (Αιτιολογική έκθεση Ν. 3892/2010). Με το Ν. 4052/2012 καταστήθηκε υποχρεωτική η ηλεκτρονική καταχώρηση όλων των συνταγών φαρμάκων που επιβαρύνουν τα ΤΚΑ, ανεξάρτητα από τον τρόπο συνταγογράφησης της συνταγής από τον ιατρό (ηλεκτρονική ή χειρόγραφη). Η χειρόγραφη συνταγογράφηση των ιατρών, όμως, συνεπάγεται την καταβολή χρηματικής αποζημίωσης προς τα φαρμακεία, προκειμένου τα τελευταία να προχωρήσουν στην ηλεκτρονική καταχώρησή τους. Μόνο οι συνταγές που υποβάλλονται ηλεκτρονικά προς τα ΤΚΑ αποζημιώνονται.

Η χειρόγραφη συνταγογράφηση συνεπαγόταν έλλειψη διαφάνειας στην παραγωγή και τη διακίνηση των συνταγών, αδυναμία συλλογής δεδομένων για την υγεία και, κατά συνέπεια, σχεδιασμού πολιτικών και έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων κατανάλωσης για τη ρύθμιση των επιστροφών από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μία κρίσιμη μεταρρύθμιση στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης και συμβάλλει στον εκσυγχρονισμό και στη διαφάνεια των ιατρικών υπηρεσιών καθώς και στη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών (Αιτιολογική έκθεση Ν. 3892/2010). Ταυτόχρονα, παρέχει σημαντικές δυνατότητες παρακολούθησης, έρευνας και ανάλυσης στους

ενδιαφερόμενους. Τα οφέλη της πρακτικής αυτής αφορούν σε όλους τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία της συνταγογράφησης, τους ασθενείς, τους ιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τα ασφαλιστικά ταμεία. Μεταξύ των πλεονεκτημάτων συγκαταλέγεται ο έλεγχος του όγκου και των δαπανών των ιατρικών πράξεων, ο περιορισμός των φαινομένων προκλητής, κατευθυνόμενης και παράνομης συνταγογράφησης, ο περιορισμός των λαθών στη φαρμακευτική αγωγή κ.λπ. Σημαντικά είναι και τα χρονικά οφέλη που προκύπτουν από το νέο σύστημα: η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αναμένεται να οδηγήσει σε εξοικονόμηση 100 ωρών εργασίας ανά ιατρό ανά έτος, σε μείωση του χρονικού κόστους αναμονής του ασθενούς και στην ελάφρυνση του φόρτου εργασίας των φαρμακοποιών (αιτιολογική έκθεση Ν. 3892/2010).

Τα μειονεκτήματα του νέου συστήματος συνδέονται κυρίως με την έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού και γνώσεων χρήσης αυτού από τους επαγγελματίες της υγείας καθώς και τη δυνατότητα διασφάλισης της ασφάλειας των δεδομένων. Η εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης απαιτεί την ύπαρξη και τη δυνατότητα χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών τόσο από τη μεριά των ιατρών όσο και των φαρμακοποιών, καθώς και τη μηχανοργάνωση των ασφαλιστικών φορέων. Επίσης, σημαντική παράμετρος είναι η δυνατότητα εξασφάλισης της ασφάλειας των υποδομών, των πληροφοριακών συστημάτων και των δεδομένων που τηρούνται στη βάση δεδομένων της εφαρμογής ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών και παραπεμπτικών.

Το 2010, στην πιλοτική εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης⁸⁸, συμμετείχαν 9.500 φαρμακεία και 4.100 ιατροί και εκδίδονταν 8.000 συνταγές ανά μήνα. Το 2014, με την καθιέρωση του ενιαίου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η συμμετοχή των φαρμακείων έφτασε το 98% (11.000 φαρμακεία) και η συμμετοχή των ιατρών το 90% (41.000 ιατροί). Οι ηλεκτρονικές συνταγές έφτασαν τα 6.000.000 ανά μήνα (ήτοι 98,4%) και τα εκδοθέντα παραπεμπτικά το 1.500.000 ανά μήνα (ήτοι 92%) (Papanikolaou, 2014).

Συνταγογράφηση με βάση την Κοινή Δραστική Ουσία

Ο όρος **κοινή δραστική ουσία** (International Nonproprietary Name – INN) διευκολύνει την ταυτοποίηση των φαρμακευτικών ουσιών ή των ενεργών φαρ-

88. Η πιλοτική εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιελάμβανε ένα ΤΚΑ, τον ΟΑΕΕ.

μακευτικών συστατικών. Σε κάθε INN προσδίδεται ένα μοναδικό όνομα, το οποίο είναι διεθνώς αναγνωρισμένο. Το σύστημα INN για πρώτη φορά προτάθηκε για εφαρμογή το 1950 με ψήφισμα της Συνόδου Παγκόσμιας Υγείας και τέθηκε σε λειτουργία το 1953, με τη δημοσίευση της πρώτης λίστας για τις φαρμακευτικές ουσίες INN. Η λίστα των INN σήμερα περιλαμβάνει περίπου 7.000 ονόματα, ενώ στον αριθμό αυτόν προστίθενται κάθε χρόνο περίπου 120-150 νέες INN. Στόχος του συστήματος INN είναι να παρέχει στους επαγγελματίες υγείας ένα μοναδικό και παγκοσμίως διαθέσιμο όνομα για την ταυτοποίηση κάθε φαρμακευτικής ουσίας. Η διεθνής ταξινόμηση των φαρμακευτικών ουσιών είναι σημαντική για τον σαφή προσδιορισμό, την ασφαλή συνταγογράφηση και τη χορήγηση φαρμάκων στους ασθενείς καθώς και για την επικοινωνία και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των επιστημόνων σε παγκόσμιο επίπεδο (WHO, 2013b).

Με το Ν. 4052/2012 καθιερώνεται η υποχρέωση -όλων των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των ιατρών, που συνταγογραφούν τους ασφαλισμένους των ΤΚΑ- αναγραφής της χημικής ονομασίας (δραστική ουσία) των φαρμάκων των δέκα μεγαλύτερων σε κατανάλωση δραστικών ουσιών, για τις οποίες υπάρχουν φάρμακα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και γενόσημα, με εξαίρεση αυτών για τις χρόνιες παθήσεις. Ο φαρμακοποιός έχει τη δυνατότητα να χορηγεί το φθηνότερο φαρμακευτικό προϊόν όμοιας δραστικής περιεκτικότητας και φαρμακοτεχνικής μορφής με αυτό που έχει συνταγογραφηθεί από τον ιατρό. Στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος συναινεί σε αυτή την πρακτική, ορίζεται μειωμένο ποσοστό συμμετοχής του στη φαρμακευτική περίθαλψη. Σε περίπτωση όμως που ο ασφαλισμένος επιθυμεί να λάβει ακριβότερο φάρμακο όμοιας δραστικής ουσίας, ο ασφαλιστικός φορέας καταβάλλει την τιμή του φθηνότερου και ο ασφαλισμένος επιβαρύνεται -εκτός από τη συμμετοχή του- και με τη διαφορά από την ασφαλιστική τιμή της θεραπευτικής κατηγορίας που ανήκει το φάρμακο. Ως ημερομηνία έναρξης ισχύος της διάταξης ορίστηκε η 1/4/2012. Η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία ισχύει για όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες και τα φάρμακα που εντάσσονται στον θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ με το Ν. 4093/2012 καθορίζονται οι εξαιρέσεις, οι οποίες καλύπτουν πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις φαρμάκων ή ασθενειών (π.χ. φάρμακα που προκαλούν αλλεργίες, που χορηγούνται σε μεταμοσχευμένους, φάρμακα για την επιληψία, την ψύχωση κ.λπ., τα παράγωγα αίματος, οι ινσουλίνες, τα εμβόλια, τα βιοτεχνολογικά προϊόντα κ.ά.). Το ποσοστό δε των συνταγών με εμπορική ονομασία δεν μπορεί να υπερβαίνει το 15% της συνολικής αξίας των συνταγών που χορηγεί κάθε ιατρός ανά έτος.

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) ανέλαβε να καταρτίσει κατάλογο (Κατάλογο Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων) με τις χημικές ονομασίες των δραστικών ουσιών και τα αντίστοιχα εμπορικά ονόματα όλων των φαρμάκων. Για την κατάρτιση, την αναθεώρηση και τη συμπλήρωση του καταλόγου των φαρμακευτικών προϊόντων εφαρμόζεται το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (Anatomic Therapeutic Chemical classification – ATC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Σύμφωνα με τους στόχους του Μνημονίου 2 (Ν. 4046/2012), το μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων στο σύνολο των φαρμάκων που πωλούνται από τα φαρμακεία θα έπρεπε να φτάσει το 35% μέχρι το τέλος του 2012 και το 60% μέχρι το τέλος του 2013. Επιπλέον, σύμφωνα με τους στόχους του Μνημονίου 3 (Ν. 4336/2015), το μερίδιο των γενόσημων φαρμάκων θα πρέπει να αγγίξει το 40% για εξωτερικούς ασθενείς και το 50% για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, ενώ το μερίδιο των προμηθειών φαρμακευτικών προϊόντων ανά δραστική ουσία από τα νοσοκομεία θα πρέπει να φτάσει στα $\frac{2}{3}$ του συνόλου. Τα αντίστοιχα ποσοστά που θα πρέπει να επιτευχθούν για το 2016 διαμορφώνονται στο 60% για τις δύο πρώτες περιπτώσεις και η τελευταία αναλογία στα $\frac{3}{4}$. Σήμερα, περίπου τρία έτη μετά την εισαγωγή του συστήματος συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία, η κατανάλωση των γενόσημων δεν ξεπερνά το 23% (Κουρλιμπίνη, 2015). Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι και οι δεσμεύσεις της χώρας σχετικά με την ενίσχυση της κατανάλωσης των γενόσημων φαρμάκων, τον Ιούνιο του 2015, με απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1117 Β'/2015) αυξάνεται η υποχρεωτική συνταγογράφηση γενόσημων, μέσα από τον καθορισμό ανά ιατρό ελάχιστων ποσοστιαίων στόχων συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων.

Το σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων στην Ελλάδα

Η τιμή (ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα – ex factory) των φαρμάκων στην Ελλάδα προσδιορίζεται σύμφωνα με τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών ανάμεσα σε 22 χώρες-μέλη της ΕΕ.⁸⁹ Για τον προσδιορισμό της τιμής, λαμβάνεται υπόψη η τιμή πώλησης του φαρμακευτικού προϊόντος στους χονδρεμπόρους και σε αυτήν προστίθενται τα έξοδα εισαγωγής και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις (Ν. 3790/2009). Το Δελτίο Τιμών Φαρμάκων καθορίζει τις ανώτατες

89. Η Μάλτα, η Εσθονία, η Σουηδία και η Δανία δεν χρησιμοποιούνται ως χώρες αναφοράς, καθώς δεν δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους (ΣΦΕΕ, 2012).

τιμές πώλησης των φαρμάκων σε όλη τη χώρα και εκδίδεται μετά από την εισήγηση του ΕΟΦ⁹⁰ και τη γνώμη της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων⁹¹. Ειδικότερα, η μέγιστη τιμή όλων των φαρμάκων υπολογίζεται από την αρμόδια υπηρεσία του ΕΟΦ και υποβάλλεται προς έγκριση στη Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων του Υπουργείου Υγείας. Πριν από την υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας, ο ΕΟΦ αποστέλλει τη λίστα των τιμών σε κάθε ΚΑΚ χωριστά για σχολιασμό. Τυχόν παρατηρήσεις υποβάλλονται στον ΕΟΦ, ο οποίος τις εξετάζει και διατυπώνει την τελική του πρόταση προς τον Υπουργό Υγείας.

Οι τιμές όλων των φαρμάκων αναθεωρούνται δύο φορές ανά έτος. Για την τιμολόγηση νέων φαρμάκων εκδίδονται συμπληρωματικά δελτία τιμών. Σε κάθε αναθεώρηση τιμών δεν επιτρέπονται αυξήσεις, παρά μόνο σε περίπτωση λάθους. Οι νέες τιμές δύναται να είναι ίσες ή μικρότερες από τις ισχύουσες. Σε οποιαδήποτε στιγμή, πάντως, οι ΚΑΚ μπορούν να αιτηθούν περαιτέρω μειώσεις των τιμών. Τιμές δεν εκδίδονται για φάρμακα που δεν πραγματοποίησαν πωλήσεις κατά τα τρία τελευταία έτη. Οι τιμές των γενοσήμων φαρμάκων δημοσιεύονται εντός 30 ημερών από την αίτηση του κατόχου της άδειας κυκλοφορίας.

Για τα φάρμακα αναφοράς υπό καθεστώς προστασίας, η ανώτατη τιμή παραγωγού ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών-μελών της ΕΕ, που δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία. Οι μέγιστες τιμές αναθεωρούνται τακτικά προς τα κάτω, κάθε φορά που δημοσιεύεται ένα δελτίο τιμών (ΦΕΚ 1530 Β' /2014). Ο τρόπος τιμολόγησης διαφέρει όταν ένα φάρμακο αναφοράς χάνει την προστασία⁹² του. Έτσι, μετά τη λήξη της περιόδου προστασίας της δραστικής ουσίας του, ένα φάρμακο αναφοράς είτε χάνει αυτόματα το 50% της

90. Η αρμοδιότητα τιμολόγησης φαρμάκων μεταφέρθηκε με το Ν. 3918/2011 από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης στο Τμήμα Τιμών Φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας και με το Ν. 4052/2012 από το Υπουργείο Υγείας στον ΕΟΦ.

91. Η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων συγκροτήθηκε με το Ν. 3918/2011 στο Υπουργείο Υγείας, με αρμοδιότητα τη διατύπωση γνώμης για θέματα που αφορούν τις τιμές πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων.

92. Ένα φάρμακο αναφοράς χάνει την προστασία του μετά τη λήξη της πατέντας της δραστικής ουσίας του, είτε στην Ελλάδα είτε στις χώρες-μέλη της ΕΕ. Σε περίπτωση που δεν υφίστανται αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με την ημερομηνία λήξης της πατέντας, η λήξη της προστασίας επέρχεται μετά από 10 ή 11 έτη κυκλοφορίας του φαρμάκου. Σε περίπτωση που υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία, το κριτήριο της περιόδου λήξης της πατέντας υπερισχύει αυτού της περιόδου προστασίας.

(τελευταίας) ανώτατης τιμής παραγωγού, είτε η τιμή του διαμορφώνεται από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών-μελών της ΕΕ. Ειδικότερα, η μείωση της τιμής κατά 50% εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που υπάρχει γενόσημο φάρμακο που διατίθεται στην αγορά και έχει πωλήσεις, ενώ η διαδικασία του μέσου όρου υιοθετείται στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει γενόσημο με πωλήσεις στην αγορά⁹³. Αναφορικά με τα *γενόσημα*⁹⁴ φάρμακα, η ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα ΚΑΚ ορίζεται στο 65% της τιμής των αντίστοιχων φαρμάκων αναφοράς, εφόσον υπάρχουν τρία τουλάχιστον φάρμακα αναφοράς, ενώ στην περίπτωση που δεν υπάρχουν, η τιμή μπορεί να υπολογιστεί από ένα και μόνο φάρμακο. Επιπλέον, για τα γενόσημα φάρμακα εφαρμόζεται και η πολιτική της δυναμικής τιμολόγησης, σύμφωνα με την οποία για κάθε 250.000 ευρώ πωλήσεις, οι ως άνω καθορισμένες τιμές υφίστανται περαιτέρω μείωση από 1%-15%. Ειδικά, μάλιστα, για τα γενόσημα φάρμακα με τιμή μεγαλύτερη των 12 ευρώ εφαρμόζεται και σύστημα δυναμικής τιμολόγησης και αναδρομικής εφαρμογής του συστήματος των επιστροφών (*rebates*). Συγκεκριμένα, για κάθε ποσοστιαία αύξηση της διείσδυσής τους, θα μειώνεται η τιμή τους κατά μία ποσοστιαία μονάδα και θα επιβάλλεται αντίστοιχο αναδρομικό *rebate*. Τα *ορφανά*⁹⁵ φάρμακα δύναται να τιμολογηθούν ακόμη και αν διατίθενται τιμές σε δύο μόνο άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Για τα εγχωρίως παραγόμενα φαρμακευτικά προϊόντα η τιμή καθορίζεται βάσει κοστολογίου –το οποίο περιλαμβάνει τις δαπάνες παραγωγής και συσκευασίας, διοίκησης, διάθεσης, διάδοσης και σε ορισμένες περιπτώσεις και επιπλέον το κόστος έρευνας και τεχνολογίας, νέων επενδύσεων

93. Όλα τα παραπάνω ισχύουν για τα προϊόντα, των οποίων η περίοδος προστασίας της δραστικής τους ουσίας έληξε μετά την 1.1.2012. Για τα υπόλοιπα προϊόντα, των οποίων η περίοδος προστασίας έληξε πριν από την 1.1.2012, εφαρμόζονται οριζόντιες μειώσεις τιμών. Το ίδιο ισχύει και για τα γενόσημα φάρμακα (για λεπτομέρειες βλ. ΦΕΚ 1530 Β'/2014).

94. Ως *γενόσημο φάρμακο* ορίζεται το φάρμακο με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, την ίδια φαρμακοτεχνική μορφή με το φάρμακο αναφοράς και του οποίου η βιοϊσοδυναμία με το φάρμακο αναφοράς έχει αποδειχθεί βάσει των κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας (ΦΕΚ 1530 Β'/2014).

95. Τα *ορφανά* φάρμακα είναι αυτά που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αγωγή σπάνιων νόσων και η ανάπτυξη και εμπορία τους παρουσιάζει ελάχιστο οικονομικό ενδιαφέρον για τις φαρμακοβιομηχανίες, δεδομένου ότι προορίζονται για μικρό αριθμό ασθενών που πάσχουν από πολύ σπάνιες παθήσεις (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013β).

κ.λπ.- υπολογίζοντας επιπρόσθετα και ως ανώτατο ποσοστό καθαρού κέρδους το 8,5% (ΦΕΚ 1530 Β'/2014).

Στις τιμές των φαρμάκων περιλαμβάνονται τα χαμηλότερα περιθώρια κέρδους των φαρμακέμπορων και των φαρμακοποιών. Το περιθώριο κέρδους των φαρμακέμπορων υπολογίζεται ως ποσοστό επί της καθαρής τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα (για τους ορισμούς τιμών, βλέπε Πίνακα 4.3) και ποικίλει ανάλογα με τη λίστα στην οποία ανήκει το φάρμακο. Έτσι, αν το φάρμακο ανήκει στη θετική λίστα φαρμάκων, το καθαρό ποσοστό κέρδους διαμορφώνεται στο 4,9% επί της καθαρής τιμής του παραγωγού ή του εισαγωγέα (ex-factory τιμής) (Ν. 4052/2012 και ΦΕΚ 64 Β'/2014), αν είναι στην αρνητική στο 5,4%, αν είναι μη συνταγογραφούμενο φάρμακο (ΜΗΣΥΦΑ) στο 7,8%, ενώ αν ανήκει στη λίστα του Ν. 3816/2010 (άρθρο 12, παράγραφος 2) (φάρμακα σοβαρών ασθενειών)

Πίνακας 4.3: Πίνακας ορισμών τιμής φαρμάκου

Ανώτατη καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex-factory) είναι η τιμή πώλησης από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων (ΚΑΚ) και τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές και διανομείς, προς τους χονδρεμπόρους. Η τιμή παραγωγού ορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 5,12% για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα οποία δεν αποζημιώνονται από τα ΤΚΑ και κατά 4,67%, για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τα ΤΚΑ.

Ανώτατη χονδρική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνεται το ποσοστό μεικτού κέρδους του κατόχου άδειας χονδρικής πώλησης φαρμάκων, το οποίο υπολογίζεται ως ποσοστό επί της μέγιστης τιμής ΚΑΚ.

Ανώτατη λιανική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και καθορίζεται από τη χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου και το Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ).

Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης από τους ΚΑΚ προς το Δημόσιο, τα Δημόσια νοσοκομεία, τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και τα ΝΠΔΔ, τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών άνω των 60 κλινών κ.ο.κ. Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση τη μέγιστη τιμή παραγωγού (εξαίρεση αποτελεί η πρώτη εφαρμογή της παρούσας απόφασης, όπου η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση τη μέγιστη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 13%).

Η **Ειδική χονδρική τιμή** αφορά στα φάρμακα σοβαρών ασθενειών και υπολογίζεται ως εξής: επί της νοσοκομειακής τιμής του φαρμάκου προστίθεται 2% ως ποσοστό κέρδους του φαρμακέμπορου. Επί της τιμής που προκύπτει προστίθεται το ποσό των 30€ ως κέρδος του ιδιωτικού φαρμακείου, για τη διαμόρφωση της λιανικής τιμής. Στην τελική τιμή προστίθεται ο ΦΠΑ.

Πηγή: ΦΕΚ 64 Β'/2014

ορίζεται στο 2% της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων (βλ. Πίνακα 4.4). Με τον τρόπο αυτό προσδιορίζεται η *ειδική (ανώτατη) χονδρική τιμή* των φαρμάκων, δηλαδή η τιμή πώλησής τους στα φαρμακεία. Από την άλλη, η *ανώτατη λιανική τιμή* των φαρμάκων ορίζεται ως η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και προσδιορίζεται από τη χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου. Το ποσοστό μεικτού κέρδους διαμορφώνεται στο 32,4% επί της χονδρικής τιμής για τα φάρμακα της θετικής λίστας (με χονδρική τιμή μέχρι 200 ευρώ), στο 35% για τα φάρμακα της αρνητικής λίστας και για τα ΜΗΣΥΦΑ και στο 16% για τα φάρμακα σοβαρών ασθενειών (με χονδρική τιμή μέχρι 200 ευρώ). Για τα φάρμακα της θετικής λίστας με χονδρική τιμή άνω των 200 ευρώ, το κέρδος των ιδιωτικών φαρμακείων ισούται με το πάγιο ποσό των 30 ευρώ. Με βάση, πάντως, τη σύνθεση της κατανάλωσης φαρμάκων στην Ελλάδα, το μέσο περιθώριο κέρδους των φαρμακείων υπολογίζεται περίπου στο 19% (ΣΦΕΕ, 2012). Στις περιπτώσεις που οι ΚΑΚ πραγματοποιούν απευθείας πωλήσεις προς τα φαρμακεία, οφείλουν να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ το χονδρεμπορικό κέρδος που έχει ενσωματωθεί στην τιμή των φαρμάκων ως κέρδος των φαρμακέμπορων (ΦΕΚ 1530 Β'/2014).

Οι λιανικές τιμές των φαρμάκων επηρεάζονται και από τις μεταβολές του ΦΠΑ, ο οποίος το 2014 ήταν 6,5%. Είναι ενιαίες σε όλη την επικράτεια, εκτός από τις περιοχές που ισχύει μειωμένος ΦΠΑ (ΣΦΕΕ, 2012).

Οι παρασκευαστές, συσκευαστές και εισαγωγείς μπορούν να παρέχουν πρόσθετη έκπτωση επί της νοσοκομειακής τιμής χωρίς περιορισμό στο Δημόσιο, στα κρατικά νοσοκομεία, στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και στα φαρμακεία του ΕΟΠΠΥ (ΦΕΚ 64 Β'/2014). Η έκπτωση προς τους φαρμακέμπορους, τα

Πίνακας 4.4: Ποσοστά κέρδους στην αγορά φαρμάκου

	Φάρμακα Θετικής Λίστας	Φάρμακα Αρνητικής Λίστας	ΜΗΣΥΦΑ	Φάρμακα Σοβαρών Παθήσεων
Χονδρικό εμπόριο	4,9%	5,4%	7,8%	2%
Φαρμακείο (χονδρική τιμή < 200€)	32,4%	35%	35%	16%
Φαρμακείο (χονδρική τιμή ≥200€)	30€	30€	30€	30€

Πηγή: ΦΕΚ 64 Β'/2014

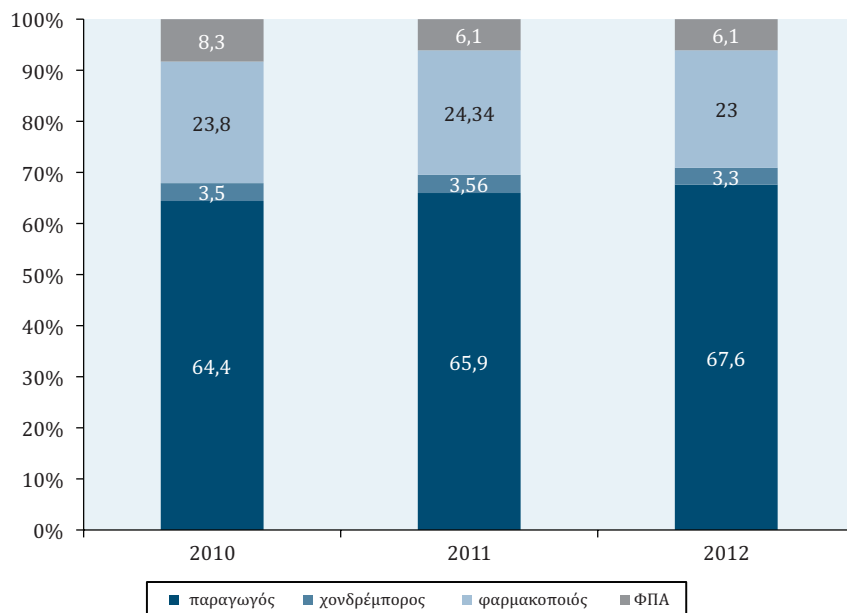
φαρμακεία και τους συνεταιρισμούς μπορεί να φτάνει μέχρι και το 10% επί της χονδρικής τιμής για τα φάρμακα της θετικής λίστας ή να είναι χωρίς περιορισμό για τα ΜΗΣΥΦΑ και τα φάρμακα σοβαρών παθήσεων. Στα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών άνω των 60 κλινών, η παραπάνω έκπτωση επιβάλλεται επί της νοσοκομειακής τιμής. Σε περίπτωση υπέρβασης του ορίου των εκπτώσεων, προβλέπονται κυρώσεις που αφορούν στην άμεση μείωση της τιμής του φαρμάκου σε ποσοστό ανάλογο της επί πλέον έκπτωσης που χορηγείται.

Επίσης, σημειώνεται ότι τόσο οι φαρμακοποιοί όσο και οι φαρμακέμποροι υπόκεινται και σε μία έμμεση μείωση του περιθωρίου κέρδους τους, που ορίζεται ως *επιστροφή (rebate)* και καθιερώθηκε με το Ν. 3918/2011 (βλ. αναλυτικά παρακάτω).

Στο Διάγραμμα 4.8 παρουσιάζεται η εξέλιξη της δομής της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τιμή χονδρικής έως 200 ευρώ στην Ελλάδα, ενώ στο Διάγραμμα 4.9 πραγματοποιείται μία σύγκριση της δομής των τιμών φαρμάκων με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ-27. Στην Ελλάδα, διαχρονικά, η τιμή που εισπράττει ο παραγωγός αυξάνει το μερίδιό της στην τελική τιμή του φαρμάκου, ενώ μικρές μειώσεις παρατηρούνται στα μερίδια των φαρμακέμπορων και των φαρμακείων. Το 2010, το μερίδιο του παραγωγού, του χονδρέμπορου και του ΦΠΑ στην τιμή του φαρμάκου στην ΕΕ-27 ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο στην Ελλάδα. Χαμηλότερο ήταν μόνο το μερίδιο του φαρμακοποιού.

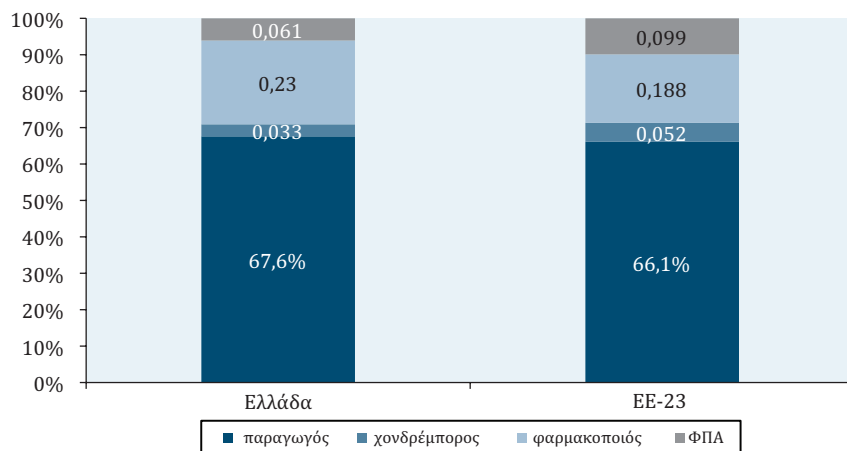
Για την προώθηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων έχουν θεσπιστεί διάφορες διατάξεις αναφορικά με την τιμολόγηση των φαρμάκων. Σύμφωνα με το Ν. 4052/2012, οι τιμές των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων, μετά από τη λήξη της ισχύος του διπλώματος ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων προϊόντων, μειώνονται σε ποσοστό 50% τουλάχιστον. Η τιμή του φαρμακευτικού προϊόντος όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής που εισέρχεται στις αγορές με τη λήξη ισχύος της πατέντας της ενεργού ουσίας, μειώνεται τουλάχιστον κατά 60% κάτω από τη λιανική τιμή του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμακευτικού προϊόντος. Ο καθορισμός των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων εφαρμόζεται αυτεπάγγελα από τον ΕΟΦ, ενώ οι κάτοχοι άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν να οριστεί ακόμη χαμηλότερη τιμή στο φαρμακευτικό προϊόν τους. Επιπλέον, όταν πρόσθετα φαρμακευτικά προϊόντα ίδιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής εισέρχο-

Διάγραμμα 4.8: Η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (με τιμή χονδρικής έως 200 ευρώ) στην Ελλάδα, 2010-2012 (σε %)



Πηγή: ΣΦΕΕ (2012) και ΙΟΒΕ (2011)

Διάγραμμα 4.9: Η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (με τιμή χονδρικής έως 200 ευρώ) στην Ελλάδα και στην ΕΕ-23, 2012 (σε %)



Πηγή: ΣΦΕΕ (2012) και ΕΦΡΙΑ (2014)

Σημείωση: Για την Ελλάδα, το διάγραμμα αφορά σε φάρμακα με τιμή χονδρικής έως 200 ευρώ.

νται στην αγορά μετά από το πρώτο γενόσημο φάρμακο, οι τιμές μειώνονται κατά ένα πρόσθετο 10% για τα νέα φάρμακα που δεν προστατεύονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας.

Σύμφωνα με το IOBE (2013), η πολιτική των γενοσήμων στην Ελλάδα στοχεύει στον άμεσο περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και χαρακτηρίζεται ως αποσπασματική, δεδομένου ότι πραγματοποιείται κυρίως μέσα από τον έλεγχο των τιμών. Στην προσπάθεια αυτή, οι πρακτικές και τα μέτρα που εφαρμόζονται δεν συνοδεύονται από αντίστοιχα εργαλεία τυποποίησης και ομογενοποίησης της συνταγογραφικής συμπεριφοράς – μέσα από την υιοθέτηση π.χ. συνταγογραφικών πρωτοκόλλων και οδηγιών συνταγογράφησης. Το αποτέλεσμα είναι, βραχυπρόθεσμα να επιτυγχάνεται μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά μακροπρόθεσμα να οδηγούμαστε σε αντίθετα αποτελέσματα, όπως στην άμβλυνση του ανταγωνισμού των τιμών, σε τόνωση των εμποδίων εισόδου νέων προϊόντων, ακόμα και σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, εφόσον ακολουθηθούν ακριβότερες θεραπείες. Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι η δημιουργία ολιγοπωλιακών καταστάσεων στην αγορά γενοσήμων. Αναφορικά με τα αποτελέσματα της διάδοσης και χρήσης των γενοσήμων, το IOBE (2013) υποστηρίζει ότι τα αποτελέσματα είναι ήπια. Αυτό οφείλεται στην καθυστέρηση αλλαγής της συνταγογραφικής και καταναλωτικής κουλτούρας των ασθενών, λόγω της έλλειψης ουσιαστικών κινήτρων και εμπιστοσύνης για μεταστροφή των προτιμήσεων προς τα γενόσημα φάρμακα. Στα κίνητρα αυτά περιλαμβάνεται ο επανακαθορισμός του ποσοστού συμμετοχής των ασθενών στο φαρμακευτικό κόστος και η αποζημίωση των επαγγελματιών υγείας με βάση τους κλειστούς προϋπολογισμούς φαρμακευτικής δαπάνης.

Λίστες φαρμάκων

Οι **λίστες φαρμάκων** αποτελούν ένα μέτρο για την αποζημίωση των φαρμάκων που στόχο έχει αφενός μεν τη συνταγογράφηση ασφαλών φαρμάκων αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας και αφετέρου τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών. Το μέτρο των λιστών φαρμάκων εφαρμόζεται σε όλες τις χώρες της ΕΕ που έχουν ασφαλιστικό σύστημα. Στην Ελλάδα εισήχθη το 1998 (Ν. 2458/1997) και καταργήθηκε το 2006 (Ν. 3457/2006), καθώς η εφαρμογή του δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το μέτρο επανεισήχθη το 2010, οπότε συστάθηκε Ειδική Επιτροπή στον ΕΟΦ με αρμοδιότητα την κατάρτιση, την αναθεώρηση και τη συμπλήρωση του *Καταλόγου Συνταγογραφούμενων Φαρμακευτικών*

Ιδιοσκευασμάτων (Ν. 3816/2010). Με την καθιέρωση του *Καταλόγου Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων* εισάγεται ένα σύστημα τιμών αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων· ως *τιμή αναφοράς* ορίζεται η χαμηλότερη τιμή κόστους ημερήσιας θεραπείας μεταξύ των φαρμακευτικών προϊόντων κάθε θεραπευτικής κατηγορίας. Από τις παραπάνω διατάξεις εξαιρούνται τα φάρμακα, τα οποία χαρακτηρίζονται ως απαραίτητα για την κάλυψη κινδύνου ζωής ή τα ορφανά φάρμακα, μόνο όταν καλύπτονται από διεθνή κλινικά πρωτόκολλα.

Ο κατάλογος (θετική λίστα), ο οποίος καταρτίστηκε βάσει αντικειμενικών κριτηρίων⁹⁶ και δημοσιεύτηκε με την υπ. αριθμ. ΔΥΓ3/οικ.104893 ΚΥΑ απόφαση (ΦΕΚ 2141 Β'/2011), κατηγοριοποιεί τα σκευάσματα σύμφωνα με το επίπεδο 4 του συστήματος Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ΑΤC4), ανά ομάδα φαρμακοτεχνικών μορφών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (υπ. αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ. 2466 ΚΥΑ (ΦΕΚ 58 Β'/2011)). Στη θετική λίστα περιλαμβάνονται τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που αποζημιώνονταν από τα ΤΚΑ, ενώ στην αρνητική⁹⁷ τα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αλλά δεν αποζημιώνονται από τα ΤΚΑ. Υπάρχει επίσης, η λίστα των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ–ΟΤC)⁹⁸ για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή και διατίθενται αποκλειστικά από τα φαρμακεία καθώς και η λίστα φαρμάκων του Ν. 3816/2010, που αποτελεί μία υποκατηγορία της θετικής λίστας και στην οποία περιλαμβάνονται φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που προορίζονται για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών και που έχουν άδεια μόνο για νοσοκομειακή χρήση ή άδεια για έναρξη χορήγησης στο νοσοκομείο και παρακολούθηση από ειδικό ιατρό. Όλα τα φάρμακα της θετικής λίστας αποζημιώνονται

96. Τα κριτήρια παρουσιάζονται αναλυτικά στην υπ. αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ. 2466 ΚΥΑ (ΦΕΚ 58 Β'/2011).

97. Ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων που περιλαμβάνονται στην αρνητική λίστα είναι τα αποσυμφορητικά ρινικά σκευάσματα, τα φαρμακευτικά σκευάσματα για την αντιμετώπιση της ακμής, τα αντισυλληπτικά φάρμακα, τα σκευάσματα κατά της παχυσαρκίας κ.ά.

98. Ο κατάλογος των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ) δημοσιεύτηκε με την υπ. αριθμ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.63696 ΥΑ (ΦΕΚ 740 Β'/2010) και περιλαμβάνει κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων ευρείας χρήσης, όπως τα αντισηπτικά σκευάσματα, τα τοπικά αντιμυκητιασικά σκευάσματα και τα σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος.

με καθορισμένο ύψος αποζημίωσης στο 75%, 90% ή 100%. Συγκεκριμένα, για όλα τα φάρμακα της θετικής λίστας η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι 25%, πλην ορισμένων εξαιρέσεων που αφορούν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις⁹⁹. Τα φάρμακα της αρνητικής λίστας, τα ΜΗΣΥΦΑ και τα life-style προϊόντα δεν αποζημιώνονται. Τα φάρμακα της λίστας του Ν. 3816/2010 αποζημιώνονται πλήρως από τα ΤΚΑ και διατίθενται από τα φαρμακεία νοσοκομείων, τον ΕΟΠΥΥ και τα ιδιωτικά φαρμακεία, σύμφωνα με σχετικούς περιορισμούς.

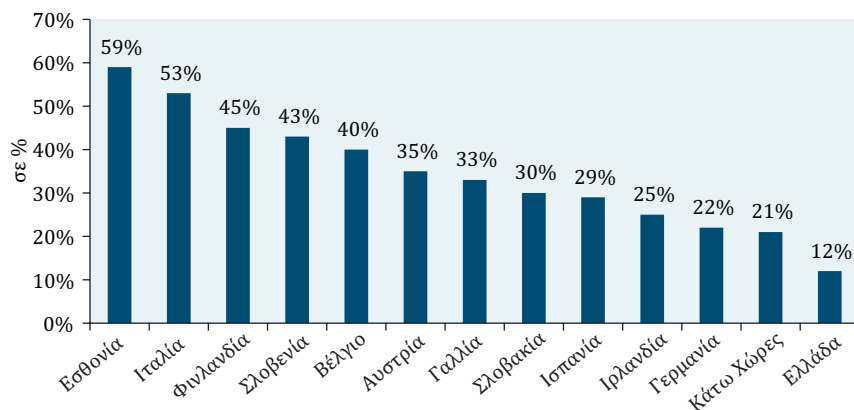
Στο Διάγραμμα 4.10 παρουσιάζεται ο μέσος όρος των ποσοστών συμμετοχής των ασφαλισμένων για φάρμακα που βρίσκονται στη θετική λίστα σε διάφορες χώρες της ΕΕ. Τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα, παρεκκλίνοντας σημαντικά από τον μέσο όρο του 34%, και κυμαίνονται από 59% στην Εσθονία μέχρι 12% στην Ελλάδα. Πραγματικά, η συμμετοχή των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι σημαντικά χαμηλότερη από πολλές χώρες της ΕΕ¹⁰⁰, συμπεριλαμβανομένων και των χωρών του ευρωπαϊκού Νότου.

Η κατάρτιση και δημοσίευση των καταλόγων συνταγογράφησης –θετικών, αρνητικών και ΜΗΣΥΦΑ– προβλέπονται και από το Μνημόνιο, και υιοθετήθηκαν ως μέτρα ελέγχου και παρακολούθησης της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών. Η πλήρης εφαρμογή του μέτρου αναμενόταν, το 2013, ότι θα οδηγούσε σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά περίπου 50 εκατομμύρια ευρώ ανά έτος (Υπουργείο Υγείας, 2013). Μέχρι σήμερα (9/2015), πάντως, ο βαθμός επίτευξης του στόχου αυτού δεν έχει ανακοινωθεί.

99. Η συμμετοχή διαμορφώνεται στο 10% για ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο του Parkinson, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, φυματίωση, άνοια, νόσο Alzheimer κ.ά, και στο 0% για ασθενείς που πάσχουν από νεοπλασμάτα, σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, μεσογειακή αναιμία, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.ά. Επίσης, δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι μεταμοσχευθέντες, οι παραπληγικοί, οι πάσχοντες από AIDS, ενώ με συμμετοχή 10% επιβαρύνονται οι δικαιούχοι του ΕΚΑΣ (ΚΥΑ αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.104747 (ΦΕΚ 2883 Β'/2012)).

100. Περισσότερες πληροφορίες, σχετικά με τις πολιτικές συμμετοχής των ασφαλισμένων σε φάρμακα σε διάφορες χώρες μπορούν να αντληθούν από τη βάση Drug Consumption Databases in Europe (PROTECT, 2015).

Διάγραμμα 4.10: Ο μέσος όρος των ποσοστών συμμετοχής των ασφαλισμένων για φάρμακα που βρίσκονται στη θετική λίστα, διάφορες ευρωπαϊκές χώρες



Πηγή: ΣΦΕΕ (2012)

Επιστροφές (rebates)

Με το Ν. 3918/2011 καθιερώνεται η έννοια της **επιστροφής (rebate)**, η οποία ορίζεται ως το ποσό που επιστρέφεται από το φαρμακείο σε κάθε κλάδο υγείας ΤΚΑ, με βάση μία καθορισμένη κλίμακα. Διαμορφώνεται ως κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών των φαρμακείων υπέρ των κλάδων υγείας των ΤΚΑ για κάθε μήνα, με την προϋπόθεση της εμπρόθεσμης καταβολής αυτών των οφειλών. Η κλιμάκωση της επιστροφής προσδιορίζεται από το ύψος του αιτούμενου ποσού ανά κλάδο υγείας ΤΚΑ. Τα ποσοστά επιστροφής αναθεωρήθηκαν με το Ν. 4052/2012 και παρουσιάζονται στον Πίνακα Π-4 στο Παράρτημα. Για όσα ταμεία δεν έχουν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ, π.χ. ΕΥΔΑΠ, ΤΥΠΕΤ, εξακολουθεί να ισχύει η κλίμακα ποσοστών επιστροφών του Ν. 3918/2011, που παρουσιάζεται στον Πίνακα Π-5 στο Παράρτημα.

Επίσης, με το Ν. 4052/2012 καθιερώνεται και ένα πρόσθετο κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών σε κάθε τιμολόγιο πωλήσεων των φαρμακείων προς τα ΤΚΑ, σύμφωνα με τον Πίνακα Π-6 στο Παράρτημα. Το τελικό ποσό που υπόκειται σε παρακράτηση προκύπτει αφαιρώντας το ΦΠΑ, τα αναλώσιμα και τα φάρμακα υψηλού κόστους (Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, 2012).

Επιπλέον, ορίζονται δύο κατάλογοι για τα φάρμακα σοβαρών παθήσεων υψηλού κόστους (Ν. 4052/2012). Ο πρώτος αφορά στην αποκλειστική τους

διάθεση από νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές και ο δεύτερος στη διάθεσή τους από τα φαρμακεία. Στην πρώτη περίπτωση, τα φάρμακα θα χρεώνονται -στα ΤΚΑ- στη νοσοκομειακή τιμή +5% +ΦΠΑ, ενώ στη δεύτερη θα ορίζεται ένα πάγιο ποσό ως κέρδος του φαρμακοποιού ή θα γίνεται ένας συνδυασμός του ποσοστού κέρδους και ενός πάγιου ποσού που θα ορίζεται ως κέρδος του φαρμακοποιού.

Με το Ν. 4093/2012 εισάγεται η υποχρέωση των φαρμακοποιών για καταβολή ποσού επιστροφής (rebate) υπέρ των ΤΚΑ και για τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών (η παρακράτηση ορίζεται στο 5% επί της αιτούμενης δαπάνης για τα σκευάσματα αυτά), καθώς και η υποχρέωση των φαρμακευτικών εταιρειών για καταβολή ποσού επιστροφής (rebate) και στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, το οποίο υπολογίζεται στο 5% επί της νοσοκομειακής τιμής. Επίσης, με τον ίδιο νόμο ορίζεται ότι οι ασθενείς από 1/1/2014 υποχρεούνται να καταβάλλουν στο φαρμακοποιό υπέρ του ΕΟΠΥΥ 1 ευρώ για κάθε συνταγή που εκτελείται.

Για κάθε φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα που συνταγογραφείται από ιατρό και επιβαρύνει τα ΤΚΑ, τον ΕΟΠΥΥ και τον Οίκο Ναύτου θεσπίζεται *τιμή κοινωνικής ασφάλισης*, η οποία συνίσταται στην τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα μειωμένη κατά 9% (Ν. 4052/2012). Τα ΤΚΑ καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της λιανικής τιμής μειωμένης κατά το ποσό της συμμετοχής του ασφαλισμένου και της προκύπτουσας διαφοράς μεταξύ της τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα και της τιμής κοινωνικής ασφάλισης. Η δαπάνη που αφορά το παρακρατούμενο 9% βαρύνει αποκλειστικά τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και θεωρείται *επιστροφή* (rebate) των κατόχων άδειας κυκλοφορίας των φαρμακευτικών προϊόντων προς τα ΤΚΑ και τον ΕΟΠΥΥ. Το ποσό που υποχρεούται να αποδώσει κάθε εταιρεία ή κάτοχος άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων προκύπτει από τα στοιχεία των συνολικών πωλήσεων της ανά φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα, αφού αφαιρεθούν οι πωλήσεις προς τα νοσοκομεία και οι παράλληλες εξαγωγές. Για τον υπολογισμό του ποσού λαμβάνεται υπόψη η σχέση δημόσιας προς ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, που ορίζεται στο 80% - 20%. Επιπλέον, οι κάτοχοι άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων υποχρεώνονται (από 1/1/2012) να αποδώσουν μία πρόσθετη κλιμακούμενη επιστροφή (rebate) που προσδιορίζεται από τον συνολικό όγκο πωλήσεων του κάθε φαρμα-

κευτικού προϊόντος κάθε τριμήνου. Τα ποσοστά της κλιμακούμενης επιστροφής παρουσιάζονται στον Πίνακα Π-7 στο Παράρτημα. Τα φαρμακευτικά προϊόντα, για τα οποία δεν αποδόθηκε το ποσό της επιστροφής, διαγράφονται αυτοδίκαια από τον Κατάλογο Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων.

Το 2014 προστίθεται ένα επιπλέον 2% στο υφιστάμενο rebate 9% για τα φάρμακα που περιλαμβάνονται στον θετικό κατάλογο (ΦΕΚ 64 Β'/2014). Επίσης, προστίθεται ένα επιπλέον 1,5% ως έκπτωση επί της νοσοκομειακής τιμής σε όλα τα φάρμακα σοβαρών παθήσεων που προμηθεύεται ο ΕΟΠΠΥ και τα νοσοκομεία. Για τα νέων δραστικών ουσιών φάρμακα, που τιμολογούνται για πρώτη φορά και θα ενταχθούν στον θετικό κατάλογο, εισάγεται ένα επιπλέον rebate 5% ή έκπτωση – πέραν του σταθερού τέλους εισόδου, για ένα έτος. Από 1/1/2014, τα ποσοστά της πρόσθετης κλιμακούμενης επιστροφής ανάλογα με τον συνολικό όγκο πωλήσεων των φαρμακευτικών προϊόντων, του προηγούμενου τριμήνου, διαμορφώνονται όπως στον Πίνακα Π-8 στο Παράρτημα. Για τους υπολογισμούς των rebate χρησιμοποιούνται οι ex-factory τιμές.

Μηχανισμός αυτόματης ανάκλησης (clawback mechanism)

Ο **μηχανισμός αυτόματης ανάκλησης (clawback)** είναι μια ειδική συμβατική ρήτρα που εξασφαλίζει ότι οι δημόσιες δαπάνες δεν θα υπερβούν τους τιθέμενους στόχους. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση, σύμφωνα με το μνημόνιο (2013), υποχρεούται να εφαρμόζει το μηχανισμό αυτόματης ανάκλησης (κάθε έξι μήνες) σε κατασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων, προκειμένου η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ) να μην ξεπεράσει το 1% του ΑΕΠ (περίπου 2 δισ. ευρώ) το 2014.

Για το έτος 2013, ο προϋπολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης για το σύνολο των ΤΚΑ ορίστηκε ότι δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό των 2.371 εκατ. ευρώ, συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ (ΦΕΚ 2045 Β'/2013). Το ποσό αυτό κατανέμεται αναλογικά σε κάθε ΤΚΑ, σύμφωνα με τον προϋπολογισμό του. Η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη κάθε ΤΚΑ δεν μπορεί να υπερβαίνει το $\frac{1}{12}$ του κονδυλίου που είναι εγγεγραμμένο στον ετήσιο προϋπολογισμό του. Κάθε εξάμηνο υπολογίζεται το (τυχόν) υπερβάλλον ποσό. Στην περίπτωση που η φαρμακευτική δαπάνη ξεπερνά το προκαθορισμένο ποσό, το υπόλοιπο καταβάλλεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στα ΤΚΑ. Τα ΤΚΑ, που διαθέτουν σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπολογίζουν το υπερβάλλον ποσό με βάση τα στοιχεία πωλήσεων που διαθέτουν. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται από τη διαφορά

της προβλεπόμενης από την πραγματική μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη, αφού αφαιρεθούν τα ποσά επιστροφής (rebate), το κλιμακωτό ποσό επιστροφής (rebate) και οι εκπτώσεις. Τα ΤΚΑ, που δεν διαθέτουν σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπολογίζουν το υπερβάλλον ποσό με βάση τα στοιχεία πωλήσεων που καταθέτουν οι φαρμακευτικές εταιρείες στον ΕΟΦ κάθε μήνα (για το 2013, το 2012 έχει οριστεί ως έτος βάσης). Για κάθε εταιρεία πραγματοποιείται επιμερισμός, σύμφωνα με το άθροισμα των μεριδίων αγοράς κάθε φαρμάκου της στη θετική λίστα (ΦΕΚ 3035 Β'/2012).

Για το 2014, η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη του κάθε ΤΚΑ δεν θα πρέπει να ξεπερνά το $\frac{1}{12}$ του κονδυλίου που είναι εγγεγραμμένο στον προϋπολογισμό του, με εξαίρεση τις δαπάνες για ορούς, εμβόλια, παράγωγα αίματος, ταινίες σακχάρου, αναλώσιμα κ.λπ. (ΦΕΚ 64 Β'/2014). Το υπερβάλλον ποσό υπολογίζεται στο τέλος κάθε εξαμήνου και καταβάλλεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Αναφορικά με τον ΕΟΠΠΥ, δύναται να τίθεται στόχος δαπάνης για συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων ή για άλλες να ισχύουν ειδικές ρυθμίσεις σε περιπτώσεις υπέρβασης των στόχων. Για το 2014, ο στόχος για κάθε κατηγορία φαρμάκου τίθεται βάσει της δαπάνης του 2013, μειωμένος, όμως, αναλογικά κατά το ποσό περιορισμού της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης. Για τα φάρμακα πολύ υψηλού κόστους θεραπείας ή σπανίων παθήσεων (ορφανά φάρμακα) ή υψηλής τιμής, ο ΕΟΠΠΥ δύναται να αποφασίζει για την αποκλειστική διάθεσή τους από τα φαρμακεία του.

Οι μηχανισμοί rebate και clawback διεθνώς έχουν εφαρμοστεί μόνο στο χώρο του φαρμάκου. Παρ' όλα αυτά, με την υπ. αρ. 14025/2013 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1789 Β'/2013), ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (clawback) επεκτάθηκε και στις δαπάνες νοσηλείας, διαγνωστικών εξετάσεων και φυσικοθεραπείας. Με το ΦΕΚ 1789 Β'/2013, ορίστηκε ότι ο προϋπολογισμός της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για το 2013 δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό των 520 εκατ. ευρώ (συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ) για νοσηλεία και το ποσό των 370 εκατ. ευρώ (συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ) για διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπεία. Η μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για ιδιωτικές κλινικές, νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, ψυχιατρικές κλινικές, κέντρα αιμοκάθαρσης, κάθε άλλη ιδιωτική ή ειδικού καθεστώτος μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας (κάθε είδους) ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων φυσιοθεραπευτών και των

υπολοίπων συμβεβλημένων ιδιωτών παροχών υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να υπερβαίνει το $\frac{1}{12}$ των εγκεκριμένων πιστώσεων του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται κάθε εξάμηνο με βάση τη διαφορά ανάμεσα στην προϋπολογισμένη και την πραγματική δαπάνη που προκύπτει από την αιτούμενη από τους παρόχους δαπάνη, αφού αφαιρεθούν τυχόν επιστροφές (rebates), τυχόν άλλες εκπτώσεις καθώς και μη αποδεκτές δαπάνες και σφάλματα. Το υπερβάλλον ποσό καταβάλλεται από τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας στον ΕΟΠΥΥ, ενώ σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους, αναστέλλεται η σύμβασή τους με τον ΕΟΠΥΥ μέχρι την εξόφληση (εντόκως) του οφειλόμενου ποσού. Η συγκεκριμένη απόφαση εφαρμόστηκε για όλο το έτος 2013.

4.6 Συμπεράσματα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, ακόμη και πριν από την κρίση, χαρακτηρίζονταν από πολλές ανεπάρκειες και ανισότητα στις παροχές (βλ. Κεφάλαια 1 και 3). Η χρηματοπιστωτική κρίση στάθηκε η αφορμή για την προώθηση μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είχαν ως στόχο την περικοπή και τον έλεγχο των δαπανών υγειονομικής φροντίδας και φαρμακευτικής περίθαλψης. Τα προγράμματα λιτότητας και τα μνημόνια έδωσαν ιδιαίτερο περιεχόμενο στο είδος και το χαρακτήρα των μεταρρυθμίσεων που υιοθετήθηκαν στη χώρα, όπως π.χ. η ενίσχυση του στοιχείου της ομοιογένειας των παροχών και του περιορισμού των ανισοτήτων οδήγησε σε περιορισμό του εύρους των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για τον υπολογισμό των δαπανών υγείας καθώς και των φαρμακευτικών δαπανών υιοθετήθηκε και επισπεύτηκε η εφαρμογή του συστήματος λογαριασμών υγείας, με τα πρώτα στοιχεία να καλύπτουν το χρονικό διάστημα 2003-2013.

Στους μηχανισμούς πληρωμών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνονται πλέον νέοι φορείς, ο ΕΟΠΥΥ και το ΠΕΔΥ, ενώ στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας κάνει την εμφάνισή του ένα νέο σύστημα ανάθεσης της αμοιβής και κατανομής οικονομικών πόρων των νοσοκομείων σε ανώνυμη εταιρεία (ΕΣΑΝ ΑΕ).

Στο πλαίσιο του συστήματος κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων, η μηχανογραφική υποστήριξη της εφαρμογής των ΚΕΝ καθίσταται πλήρης. Κατά διαστή-

ματα πραγματοποιούνται αναθεωρήσεις της λίστας και του κόστους των ΚΕΝ, κυρίως σύμφωνα με τα αυστραλιανά και τα γερμανικά DRGs. Μέχρι στιγμής έχουν πραγματοποιηθεί τρεις αναθεωρήσεις των ΚΕΝ. Το κόστος των δημοφιλέστερων ΚΕΝ στην Ελλάδα είναι παρόμοιο ή/και σε ορισμένες περιπτώσεις χαμηλότερο από τα αντίστοιχα γερμανικά και αυστραλιανά. Στην Ελλάδα, η μέση διάρκεια νοσηλείας στα δημοφιλέστερα ΚΕΝ ακολουθεί τον μέσο όρο των δύο άλλων χωρών, στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Οι μεταρρυθμίσεις επηρέασαν και το σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων με την εισαγωγή της λίστας φαρμάκων, μεταβολές στα ποσοστά κέρδους όλων των εμπλεκόμενων στην αγορά φαρμάκου, τη θεσμοθέτηση της πολιτικής των επιστροφών (rebates) και του μηχανισμού αυτόματης ανάκλησης (clawback).

Επιπλέον, στην αγορά φαρμάκου, η εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι εκτενής. Ενδεικτικά, το 2014 η συμμετοχή των φαρμακείων έφτασε το 98% και των ιατρών το 90%. Ταυτόχρονα, οι ηλεκτρονικές συνταγές κάλυπταν το 98,4% του συνόλου και τα εκδοθέντα παραπεμπτικά το 92% του συνόλου.

Αναφορικά με τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων διαπιστώνεται ότι η χρήση των γενόσημων και των εκτός πατέντας φαρμάκων δεν καλύπτει τους στόχους και τις δεσμεύσεις της χώρας που τέθηκαν τόσο από τα δύο πρώτα μνημόνια, όσο και από το τρίτο. Σήμερα (9/2015), η κατανάλωση των γενόσημων δεν ξεπερνά το 23%. Προκειμένου να ενισχυθεί η κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων, τον Ιούνιο του 2015, με απόφαση του Υπουργού Υγείας θεσμοθετήθηκαν ελάχιστοι ποσοστιαίοι στόχοι συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων ανά ιατρό.

Στους στόχους του Υπουργείου είναι η ολοκλήρωση της δημιουργίας του *ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου*¹⁰¹, καθώς και η ανάπτυξη και ενσωμάτωση των *θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης (ΘΠΣ)*¹⁰² σε άλλες ηλεκτρονι-

101. Μέχρι τον Μάρτιο του 2012, ο θεσμός του *ιατρονοσηλευτικού φακέλου ασθενή* λειτούργουσε (πλήρως ή μερικώς) στο 57% των Νοσοκομείων (ΥΥΚΑ, 2012β).

102. Ένα Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ) είναι μια δομημένη, πλήρης, συνεκτική και επιστημονικά τεκμηριωμένη περιγραφή της φαρμακευτικής αντιμετώπισης μιας συγκεκριμένης νόσου ή παθολογικής κατάστασης. Τα ΘΠΣ συντάχθηκαν και αναπτύσσονται με τη συνεργασία του ΕΟΦ, των Επιστημονικών Ιατρικών Εταιρει-

κές εφαρμογές, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τα ΚΕΝ. Σε εξέλιξη βρίσκεται, επίσης, η διαδικασία εσωτερικού ελέγχου των νοσοκομείων (ΥΥΚΑ, 2012β).

ών και της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών. Παράλληλα, τα ΘΠΣ αποτυπώθηκαν σε μια δομημένη ψηφιακή μορφή, κατάλληλη για μηχανογραφική επεξεργασία και ενσωμάτωση σε άλλες ηλεκτρονικές εφαρμογές (Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 2014).

5. Σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού:

Η ευρωπαϊκή εμπειρία και οι επιλογές της μεταρρύθμισης

5.1 Εισαγωγή

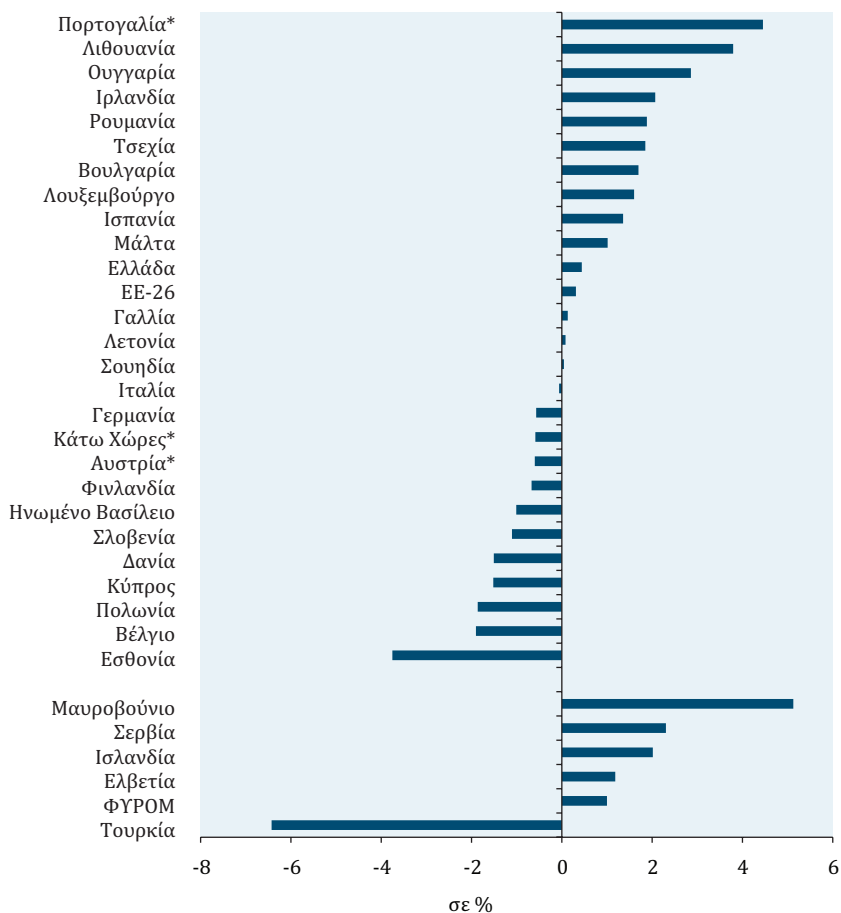
Στο παρόν κεφάλαιο θα εξετάσουμε τα μέσα με τα οποία πραγματοποιείται η αναδιάταξη των σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού. Μία σειρά από μέτρα, όπως η αναμόρφωση του ΕΣΥ, η σύσταση ενός συστήματος κατανομής αμοιβών και οικονομικών πόρων μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, καθώς και η εφαρμογή του θεσμού των συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την υλοποίηση έργων και την παροχή υπηρεσιών στον τομέα της υγείας, συνέκλιναν στην κατεύθυνση αλλαγής του μείγματος δημόσιου-ιδιωτικού τομέα και στη δημιουργία μίας εσωτερικής «αγοράς» στο χώρο της υγείας.

Η ανάλυση επικεντρώνεται στην ανακατανομή αρμοδιοτήτων, τη μεταφορά όλο και μεγαλύτερου μέρους του κόστους της δαπάνης στους ιδιώτες, και την ανάδυση μηχανισμών με τους οποίους ενισχύεται η ιδιωτική αγορά στο χώρο της υγείας και ανακατανέμονται πόροι προς όφελος των ιδιωτικών παρόχων. Οι τάσεις αυτές συντείνουν στην αποδυνάμωση του παρεμβατικού και στην ενίσχυση του εποπτικού/ρυθμιστικού ρόλου του κράτους.

5.2 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Η μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, οι διαρκείς μεταρρυθμίσεις στους τομείς της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης οδήγησε σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με μία έρευ-

Διάγραμμα 5.1: Μεταβολή των ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket) ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας, 2007-2012 (ή πλησιέστερο έτος)



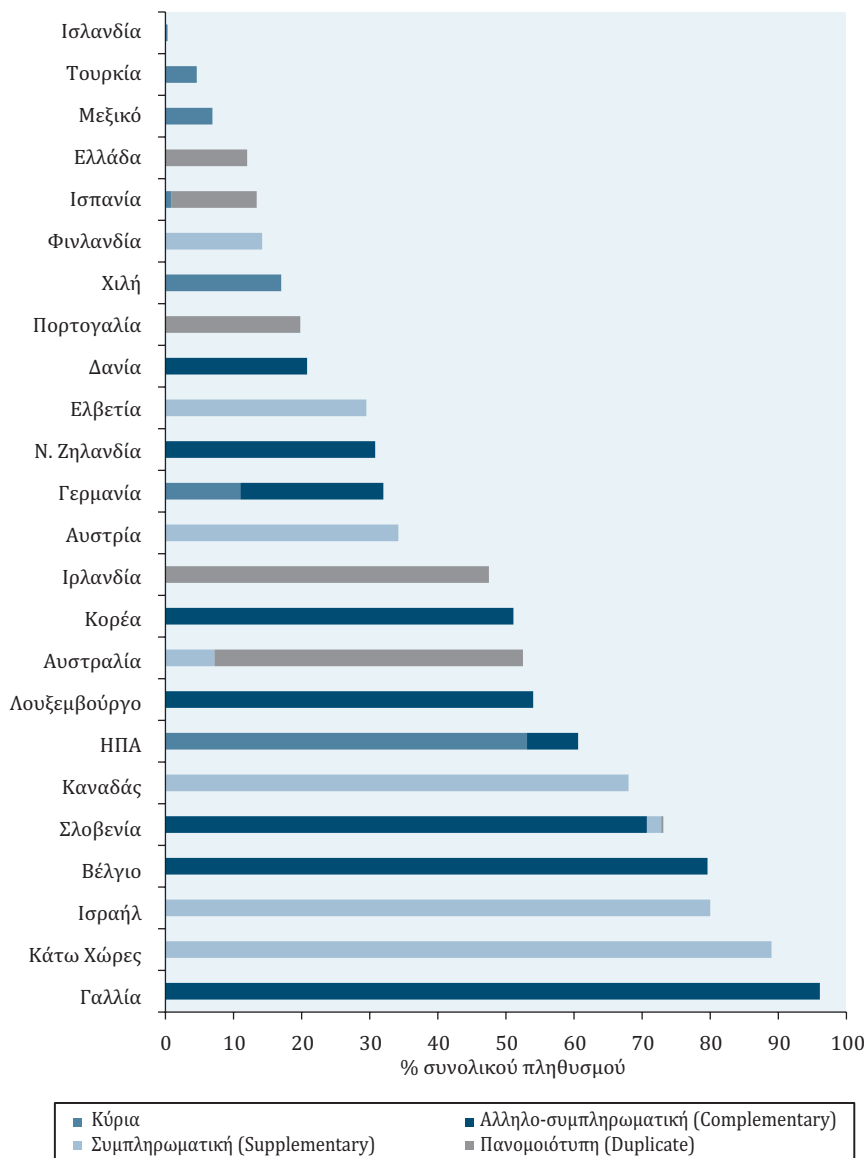
Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)

Σημείωση: * Τα στοιχεία αφορούν τρέχουσες δαπάνες υγείας.

να¹⁰³ (Μπουλουτζά, 2014α· Πετροπούλου, 2014), που διενεργήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2014, το τελευταίο εξάμηνο οι ασθενείς πλήρωσαν από την τσέπη τους

103. Η έρευνα διενεργήθηκε σε δείγμα 1.285 ατόμων το διάστημα από 8 έως 12 Σεπτεμβρίου 2014 από την ΚΑΠΑ Research, υπό την επιστημονική επιμέλεια του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Γ. Κυριόπουλος, Δ. Ζάβρας, Ε. Καραμπλή, Β. Τσιάντου) για λογαριασμό του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου.

Διάγραμμα 5.2: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)

Σημείωση: Τα δεδομένα για τη Γαλλία αφορούν το 2010 και για την Ελβετία το 2007.

κατά μέσο όρο 265,15 ευρώ για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη. Από αυτά, η μεγαλύτερη ιδιωτική δαπάνη αφορά στα φάρμακα, για τα οποία πλήρωσαν 103,35 ευρώ κατά μέσον όρο, ενώ ακολουθούν οι επισκέψεις σε γιατρούς –εκτός οδοντιάτρων– που κόστισαν περίπου 74,77 ευρώ, οι εργαστηριακές εξετάσεις (61,68 ευρώ) και οι ιατρικές συσκευές/ υγειονομικό υλικό (25,35 ευρώ) (Μπουλουτζά, 2014α· βλ. επίσης Μπουλουτζά, 2013). Αναφορικά με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, η κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη ανήλθε στα 162,07 ευρώ το τελευταίο 12μηνο, εκ των οποίων τα 158,67 ευρώ αφορούσαν σε νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές και τα υπόλοιπα 3,40 ευρώ σε νοσηλεία σε δημόσια νοσοκομεία (Πετροπούλου, 2014).

Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν ότι, μεταξύ 2007-2012, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών στη συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 0,4% και κυμάνθηκε κοντά στο ποσοστό αύξησης των ευρωπαϊκών χωρών (0,3%). Στην ΕΕ-26, τις μεγαλύτερες επιβαρύνσεις δέχθηκαν τα νοικοκυριά της Πορτογαλίας και της Λιθουανίας, καθώς το μερίδιο συμμετοχής τους στις δαπάνες υγείας αυξήθηκε κατά 4,5% και 3,8%, αντίστοιχα, ενώ, αντιθέτως, η Εσθονία και το Βέλγιο περιόρισαν κατά 3,8% και 1,9%, αντίστοιχα, τις δαπάνες των ιδιωτικών πληρωμών υγείας ως προς το σύνολο των δαπανών υγείας (Διάγραμμα 5.1). Το 2013, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία στην Ελλάδα ως προς τη δαπάνη υγείας για τον ιδιωτικό τομέα ανέρχεται στο 86,6%, ενώ ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας στο 26,4%¹⁰⁴. Το ίδιο έτος, τα ιδιωτικά προπληρωμένα προγράμματα ως ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας ανέρχονται στο 8,9%, σημειώνοντας μια αύξηση κατά 78% σε σχέση με το 2005.

Ένα μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατευθύνεται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Η βασική (κύρια) κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, είτε παρέχεται από δημόσια είτε από ιδιωτική ασφάλιση, σε γενικές γραμμές αφορά ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών που σε πολλές περιπτώσεις το κόστος καλύπτεται και από τις δύο μεριές (ασθενείς και φορέα ασφάλισης). Σε ορισμένες χώρες, η επιπλέον κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να «αγοραστεί» από ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης, προκειμένου να εξυπηρετηθεί το οποιοδήποτε επιπλέον κόστος απομένει από την κύρια κάλυψη (αλληλο-συμπληρωματική – complementary

104. WHO (<http://www.who.int>, πρόσβαση: 16/09/2015).

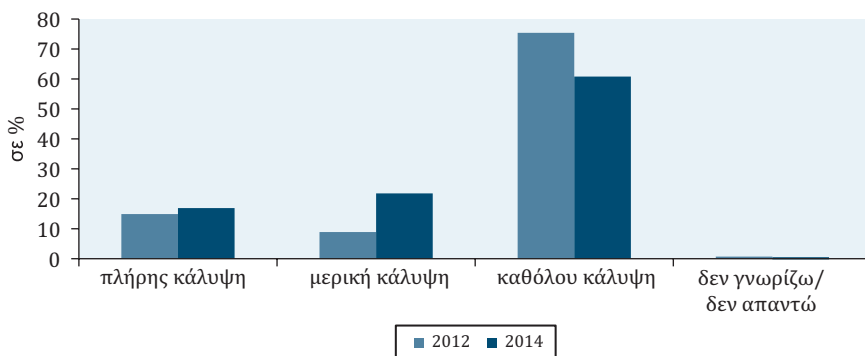
insurance). Οι ασθενείς μπορούν να «αγοράσουν» και να απολαμβάνουν από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και επιπλέον υπηρεσίες (συμπληρωματική – supplementary insurance) ή να έχουν γρηγορότερη πρόσβαση ή/και μεγαλύτερη επιλογή σε παρόχους υγείας (πανομοιότυπη – duplicate insurance). Το Διάγραμμα 5.2 παρουσιάζει τα δεδομένα κάλυψης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ. Στην Ελλάδα κυριαρχεί η πανομοιότυπη ιδιωτική ασφάλιση (12%), η οποία εξασφαλίζει γρηγορότερη πρόσβαση στις ιδιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς το χρονικό κόστος αναμονής στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι υψηλό. Στις ΗΠΑ, η κάλυψη προσφέρεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και το 53,1% του πληθυσμού λαμβάνει το βασικό πακέτο παροχών υγείας μέσω αυτής. Το 96,1% του πληθυσμού της Γαλλίας συνάπτει αλληλο-συμπληρωματικά συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ οι Κάτω Χώρες χαρακτηρίζονται ως η μεγαλύτερη αγορά ιδιωτικής συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας (89%). Οι μεγαλύτερες πανομοιότυπες αγορές ιδιωτικής ασφάλισης έχουν αναπτυχθεί στην Ιρλανδία (47,5%) και στην Αυστραλία (45,3%).

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας στο ΑΕΠ αυξήθηκε από 0,19% το 2009 σε 0,27% το 2012¹⁰⁵. Με δεδομένη την πλημμελή κάλυψη των αναγκών από το δημόσιο σύστημα υγείας καθώς και τη μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μία αύξηση των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία¹⁰⁶ αναφορικά με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, έδειξαν ότι, τα τελευταία δύο χρόνια, το ποσοστό των Ελλήνων που επιλέγει ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει αυξηθεί κατά 60% και συγκεκριμένα από 23,8% που ήταν το 2012 έφτασε σε 38,7% το 2014 (Διάγραμμα 5.3). Από αυτούς το 21,8% δήλωσε ότι λαμβάνει μερική κάλυψη με κάποιες παροχές και το 16,9% ότι λαμβάνει πλήρη ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Τα ποσοστά αυτά είναι σαφώς αυξημένα σε σχέση με το 2012, όταν σε αντίστοιχη πανελλαδική έρευνα, μερική κάλυψη από ιδιωτική ασφάλεια δήλωνε το 8,9% και πλήρη κάλυψη το 14,9% των ασθενών (Μπουλουτζά, 2014).

105. Βλ. Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>, πρόσβαση: 1/9/2015).

106. Πρόκειται για τη δειγματοληπτική έρευνα που διενεργήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2014 από την ΚΑΠΑ Research, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Διάγραμμα 5.3: Ποσοστό ασθενών με πλήρη, μερική ή καθόλου κάλυψη νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από ιδιωτική ασφάλεια

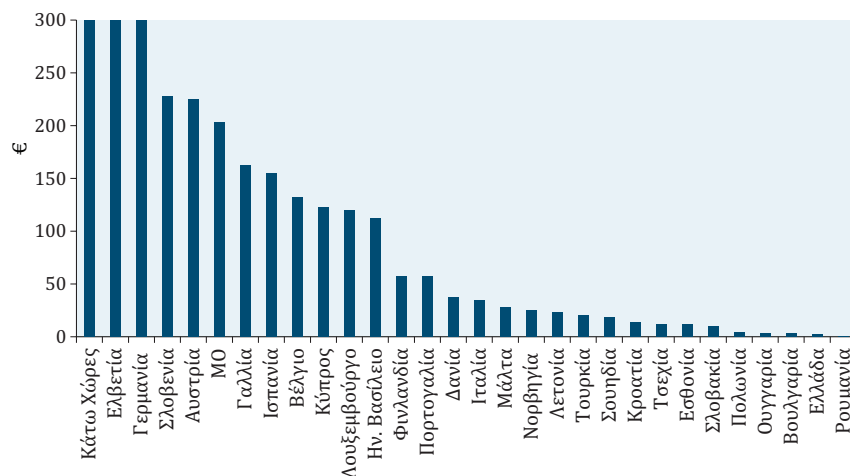


Πηγή: Πετροπούλου (2014)

Το 2012, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ευρώπη ανήλθαν σε 190 ευρώ, μόλις 1 ευρώ λιγότερο από το 2011. Το 2014, το ίδιο μέγεθος διαμορφώθηκε στα 203 ευρώ, παρουσιάζοντας μία αύξηση κατά 2,2% σε σχέση με το 2013¹⁰⁷ (Insurance Europe, 2015). Μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις που κυμαίνονται από 0,4 ευρώ στη Ρουμανία έως και 2.466 ευρώ στις Κάτω Χώρες (Διάγραμμα 5.4). Στην Ελλάδα, τόσο η δαπάνη των ασφαλιστρών όσο και το ποσοστό των ασφαλιστρών της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στο ΑΕΠ (Διάγραμμα 5.5) βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα. Η διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών οφείλεται κυρίως στα διαφορετικά χαρακτηριστικά και την πορεία εξέλιξης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης κάθε χώρας. Στην Ελλάδα, αν και η ιδιωτική δαπάνη ήταν πάντα σχετικά υψηλή σε σύγκριση ακόμη και με άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης, παρά τη λειτουργία του ΕΣΥ από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά, αυτή συνίσταται κυρίως σε άμεσες πληρωμές (out-of-pocket) και πολύ περιορισμένη δαπάνη μέσω προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης. Αντίθετα, για παράδειγμα, στις Κάτω Χώρες οι μεταρρυθμιστικές τάσεις του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας βισμαρκικού τύπου (μέσω κοινωνικο-επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων, βλ. Κεφάλαιο 1) τείνουν να ενισχύουν συστηματικά τη συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση.

107. Τα στοιχεία είναι σε τρέχουσες τιμές.

Διάγραμμα 5.4: Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα υγείας, 2014 (τρέχουσες τιμές)



Πηγή: Insurance Europe (2015)

Σημείωση: Οι υπολογισμοί πραγματοποιήθηκαν σε σταθερές ισοτιμίες.

Διάγραμμα 5.5: Ποσοστό ασφαλιστρών υγείας στο ΑΕΠ, 2011-12



Πηγή: Insurance Europe (2014) και προσωπικοί υπολογισμοί

Σημείωση: Οι υπολογισμοί πραγματοποιήθηκαν σε σταθερές ισοτιμίες.

Συμπερασματικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι τα τελευταία χρόνια, τα νοικοκυριά στρέφονται όλο και περισσότερο στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας αναμένεται να

επιταχυνθεί τα επόμενα χρόνια, λόγω των περικοπών στη δημόσια δαπάνη για την υγεία, τον περιορισμό των δωρεάν παροχών ή/και την αύξηση συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψής τους.

5.3 Οιονεί αγορές στον τομέα της υγείας

Η διεύρυνση της δυνατότητας επιλογής από την πλευρά των ασθενών στον τομέα της υγείας καθώς και η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα σημαντικό ζητούμενο στο χώρο της υγείας κατά την τελευταία εικοσαετία, προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών με χαμηλότερο κόστος. Στα πλαίσια επίτευξης των παραπάνω στόχων προτάθηκε το σύστημα των «οιονεί αγορών» στο χώρο της υγείας, ως ένα μοντέλο παροχής δημοσίων υπηρεσιών που χαρακτηρίζεται από καθολικότητα στις παροχές, δημόσια χρηματοδότηση στους παρόχους των υπηρεσιών, αλλά με δυνατότητα επιλογής τους από τους χρήστες (Παρασκευόπουλος, 2008 και 2011).

Ο όρος «οιονεί αγορές» χρησιμοποιήθηκε από τις αρχές της δεκαετίας του '90, σε διάφορες χώρες (Βρετανία, Δανία, Σουηδία, Νορβηγία, Ολλανδία κ.ά.), για να περιγράψει μία σειρά μεταρρυθμίσεων στην παροχή δημοσίων υπηρεσιών – κυρίως στον τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης (Ματσαγγάνης, 2001). Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι υπηρεσίες εξακολουθούν να παρέχονται δωρεάν στους χρήστες και η χρηματοδότησή τους να προέρχεται από το κράτος. Η εισαγωγή στοιχείων «αγοράς» αφορά μόνο στις σχέσεις του κράτους και των προμηθευτών/παρόχων των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, το κρατικό μονοπώλιο αντικαθίσταται από την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών αυτών από μία πληθώρα ανεξάρτητων προμηθευτών/παρόχων (κερδοσκοπικών ή μη κερδοσκοπικών). Οι ιδιωτικοί φορείς συνάπτουν συμβάσεις με τις δημόσιες αρχές κάτω από ανταγωνιστικές συνθήκες (με διαγωνισμό), μέσα από τις οποίες διεκδικούν μερίδιο από τις κρατικές αναθέσεις (Le Grand, 2012· Ματσαγγάνης, 2001). Οι ιδιώτες-πάροχοι (οικογενειακοί ιατροί ή κοινωνικοί λειτουργοί) αποζημιώνονται από το Δημόσιο και παίζουν το ρόλο του «διαμεσολαβητή» μεταξύ του χρήστη και του δημόσιου τομέα. Οι χρήστες έχουν τη δυνατότητα επιλογής του παρόχου υπηρεσιών και εκφράζουν την αγοραστική τους δύναμη, όχι μέσα από την καταβολή χρηματικής αμοιβής προς τον πάροχο, αλλά μέσα από τη δυνατότητα επιλογής του παρόχου. Σε γενικές γραμμές, οι μεταρρυθμίσεις τύπου «οιονεί αγορών», λόγω του διαχωρισμού της παροχής από τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, προσομοιάζει με το βισμαρκικό σύστημα ασφάλισης υγείας (βλ. επίσης Κεφάλαιο 1, σχετικά με τη σύγκλιση των συστημάτων υγείας).

Η εισαγωγή του συστήματος των «οιονεί αγορών» στον τομέα της υγείας θεωρείται ότι μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτυγχάνοντας μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, τόσο σε όρους παραγωγής, όσο και σε όρους διανομής. Το μέτρο αυτό μπορεί να κινητοποιήσει την ανταπόκριση των προμηθευτών στις ανάγκες των χρηστών και να προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη στην παροχή των υπηρεσιών, παρέχοντας τα κατάλληλα κίνητρα κυρίως στους παρόχους (Le Grand, 2012· Παρασκευόπουλος, 2008). Πιο συγκεκριμένα, οι ανταγωνιστικές πιέσεις που δέχονται οι ιδιωτικοί φορείς υποστηρίζεται ότι θα οδηγήσουν σε μείωση του κόστους και σε βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, προκειμένου να προσελκυστούν χρήστες-ασθενείς.

Το μοντέλο των «οιονεί αγορών» έχει αποτελέσει αντικείμενο κριτικής, τόσο από τους νεοφιλελεύθερους, όσο και από τους σοσιαλδημοκράτες. Η κριτική των υποστηρικτών της Νέας Δεξιάς επικεντρώνεται στο γεγονός της αποτυχίας πλήθους ιδιωτικοποίησης στις παροχές υπηρεσιών υγείας. Η κριτική των σοσιαλδημοκρατών –και εν μέρει και των νεοφιλελεύθερων– εστιάζεται στο ήθος των δημοσίων λειτουργιών, στο δικαίωμα επιλογής των χρηστών και στην απουσία επαρκούς πληροφόρησης και γνώσης των χρηστών. Αναφορικά με το πρώτο, θεωρείται ότι με την εισαγωγή των «οιονεί αγορών» ελλοχεύει ο κίνδυνος υπονόμευσης του ήθους των δημοσίων λειτουργιών, λόγω της εισαγωγής συνθηκών αγοράς και ανταγωνισμού στην παροχή των υπηρεσιών. Ως προς το δεύτερο, πιστεύεται ότι οι χρήστες αυτό που επιθυμούν, στην πραγματικότητα, είναι η παροχή ενός καλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας και όχι απαραίτητα η δυνατότητα επιλογής παρόχων. Από την άλλη, είναι γεγονός ότι η επιλογή των παρόχων υγείας αποτελεί μία δύσκολη διαδικασία, δεδομένης της έλλειψης επαρκούς πληροφόρησης και γνώσης από τους χρήστες-ασθενείς. Τέλος, ένα άλλο σημείο κριτικής αφορά στην επιλογή της «αφρόκρεμας» των χρηστών από την πλευρά των παρόχων. Η τακτική αυτή δημιουργεί προβλήματα κοινωνικής δικαιοσύνης, συνοχής και ισότητας, μέσα από το διαχωρισμό ή/και την υποβάθμιση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.λπ.) (Παρασκευόπουλος, 2008). Ο Le Grand (2012) ισχυρίζεται ότι το αποτέλεσμα των κινήτρων που παρείχαν οι «οιονεί αγορές» στο Βρετανικό σύστημα υγείας περιορίστηκε στην πράξη από δύο παράγοντες: Πρώτον, από το γεγονός ότι η κυβέρνηση δυσκολεύτηκε να παραχωρήσει τα ηνία του κεντρικού ελέγχου και δεύτερον ότι έσπευσε να απαλλαγεί από τα αναποτελεσματικά νοσοκομεία.

Οι προϋποθέσεις που θα πρέπει να πληρούνται για την επαρκή λειτουργία των «οιονεί αγορών» είναι η απομάκρυνση των περιορισμών της κεντρικής διοίκησης και η ενίσχυση των κινήτρων για ποιοτικό ανταγωνισμό. Ο Παρασκευόπουλος (2008) για την αντιμετώπιση των αδυναμιών του μοντέλου των «οιονεί αγορών» προτείνει το συνδυασμό του με άλλα υποδείγματα παροχής δημοσίων υπηρεσιών (όπως π.χ. «εντολών και ελέγχου»), τη δημιουργία δομών οργανωμένης πληροφόρησης για τους χρήστες (π.χ. από ανεξάρτητες οργανώσεις ειδικών), καθώς και την παράλληλη υιοθέτηση κατάλληλων πολιτικών που να στοχεύουν στην αναδιανομή, την κοινωνική συνοχή και την ισότητα.

5.3.1 Η εφαρμογή του συστήματος των «οιονεί αγορών» στις ΗΠΑ

Η αγορά υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες έλαβε, μεταπολεμικά, τρεις διαφορετικές μορφές. Κατά την πρώτη χρονική περίοδο, τις δεκαετίες του '60 και του '70, οι ασθενείς καλύπτονταν πλήρως από την ασφάλειά τους και τα νοσοκομεία αποζημιώνονταν αναδρομικά για όλο το κόστος. Κατά τη δεύτερη περίοδο, η οποία ξεκίνησε από τις αρχές του '80, οι ασθενείς χρησιμοποιήσαν κατά κόρον προγράμματα που αποζημιώναν τα νοσοκομεία ανάλογα με το μέσο κόστος μιας κατηγορίας θεραπευτικής αγωγής. Η τρίτη περίοδος, που ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του '80 και συνεχίστηκε τη δεκαετία του '90, χαρακτηρίστηκε από περιορισμό στην επιλογή παρόχων από τους ασφαλισμένους ασθενείς, προκειμένου να επιτευχθεί μείωση των ασφαλιστρών (Propper, 2010). Οι περισσότερες έρευνες (Gaskin and Hadley, 1997· Baker and Phibbs, 2002· Heidenreich et al., 2002· Bundorf et al., 2004) έχουν δείξει ότι η στροφή προς τα συστήματα που εφαρμόστηκαν κατά τη δεύτερη και τρίτη περίοδο εξασφάλισε αύξηση του ανταγωνισμού (τιμών) και χαμηλότερο κόστος. Παρατηρήθηκε, επίσης, βελτίωση του κόστους και της ποιότητας σε καθεστώς ανταγωνισμού, όταν οι τιμές είναι σταθερές και αρκετά υψηλές, ενώ τα αποτελέσματα είναι λιγότερο θετικά όταν υφίσταται τόσο ανταγωνισμός τιμών όσο και ποιότητας.

5.3.2 Η εφαρμογή του συστήματος των «οιονεί αγορών» στη Βρετανία

Το μέτρο των «οιονεί αγορών» θεσμοθετήθηκε στον τομέα της δημόσιας υγείας της Βρετανίας ως συμβιβαστική λύση, δεδομένου ότι τα σχέδια της Θάτσερ για την ιδιωτικοποίηση βασικών θεσμών του κοινωνικού κράτους εγκαταλείφθηκαν. Και ενώ στις αρχές του 1980, το επιτελείο της είχε κατά νου την εφαρμογή πολιτικών ριζικής ιδιωτικοποίησης, ως αποτέλεσμα της έντονης κοινωνι-

κής αντίδρασης, η Θάτσερ αναγκάστηκε να αναδιπλωθεί και να εξετάσει πιο μετριοπαθείς πολιτικές στο χώρο της υγείας.

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας και αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, θα πρέπει να αναφερθεί ότι μέχρι το 1991 οι οικογενειακοί γιατροί προσέφεραν τις ιατρικές υπηρεσίες τους και λειτουργούσαν ως ελεγκτές για την πρόσβαση των ασθενών στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (εξειδικευμένους ιατρούς και νοσοκομεία). Η αμοιβή τους αποτελούνταν από ένα προκαθορισμένο ποσό ανά ασθενή που καταβάλλονταν από το Δημόσιο. Ο μηχανισμός των «οιονεί αγορών» εισήχθη με τη μεταρρύθμιση του 1991. Το Δημόσιο παραχωρούσε ένα κονδύλιο σε κάθε οικογενειακό γιατρό και αυτός αναλάμβανε τη διαχείρισή του και χρηματοδοτούσε την αγορά φαρμάκων και ορισμένες θεραπείες των ασθενών του στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Με το πλεόνασμα του κονδυλίου, οι οικογενειακοί γιατροί μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν την παροχή δικών τους υπηρεσιών. Με την εκλογή των Εργατικών στη Βρετανία το 1997, κάποια στοιχεία του συστήματος των «οιονεί αγορών» (όπως ο διαχωρισμός αγοραστή-προμηθευτή) διατηρήθηκαν, ενώ κάποια άλλα καταργήθηκαν. Έτσι, η κυβέρνηση των Εργατικών διατήρησε τα βασικά χαρακτηριστικά της διαχείρισης των πόρων, αλλά δημιούργησε και τις ομάδες Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης (Primary Care Groups). Οι ομάδες αυτές αργότερα εξελίχθηκαν σε Ενώσεις Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης (Primary Care Trusts), οι οποίες αποτελούσαν ανεξάρτητες ενώσεις που προσέφεραν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και διαχειρίζονταν μεγάλο μέρος των πόρων της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Η χρηματοδότησή τους προερχόταν από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα πλεονάσματα των κονδυλίων της Ένωσης διανέμονταν σε όλους τους οικογενειακούς γιατρούς της Ένωσης (Νταλάκου, 2008). Στη συνέχεια, ο θεσμός των «οιονεί αγορών» τονώθηκε με την εισαγωγή νέων προμηθευτών, τη διεύρυνση της δυνατότητας επιλογής των ασθενών (π.χ. το 2008, δόθηκε η δυνατότητα επιλογής οποιουδήποτε παρόχου δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασθενείς) και τη δημιουργία ανταγωνιστικού περιβάλλοντος μεταξύ των προμηθευτών.

Στην πράξη, η εφαρμογή του συστήματος των «οιονεί αγορών» στον τομέα υγείας της Βρετανίας δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα και δεν επέφερε τεράστιες μεταβολές. Με την εισαγωγή των «οιονεί αγορών» στο ΕΣΥ δίνονταν κίνητρα στους οικογενειακούς ιατρούς για καλύτερη παροχή υπηρεσιών

υγείας και μείωση του κόστους της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εμπειρία έδειξε, επίσης, κάποια βελτίωση στην παραγωγικότητα των νοσοκομείων και στην αποτελεσματικότητα της συνταγογράφησης. Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν για τη βελτίωση του ανταγωνισμού μεταξύ νοσοκομείων, με σταθερές τιμές και δυνατότητα επιλογής από τους ασθενείς, οδήγησαν σε βελτίωση της ποιότητας (Propper, 2010). Σε νοσοκομεία, που εδρεύουν σε περιοχές που είναι πιο έντονος ο ανταγωνισμός (π.χ. σε μεγάλες πόλεις), μειώνεται ο χρόνος αναμονής, αλλά και η ποιότητα των υπηρεσιών (Propper et al., 2008), ενώ η εμπειρία έδειξε μεγάλα ποσοστά χρήσης της δυνατότητας επιλογής παρόχου δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας από τους ασθενείς (Propper, 2010). Από την άλλη, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η δημιουργία των Ενώσεων θα μπορούσε να προκαλέσει αντιπαραθέσεις μεταξύ των ιατρών, να παρέχει κίνητρα για απόσπαση πόρων από την περίθαλψη των ασθενών και μείωση της ικανοποίησης των χρηστών. Η μερική αποτυχία του μέτρου των «οιονεί αγορών» οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η πολιτεία δεν κατάφερε να απεμπλακεί από τον κεντρικό έλεγχο και δεν εκμεταλλεύτηκε πλήρως τα κίνητρα που παρέχει το σύστημα των «οιονεί αγορών». Ταυτόχρονα, διάφορες έρευνες (Propper et al., 2004, 2008) έδειξαν ότι ο ανταγωνισμός τιμών μεταξύ των νοσοκομείων έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ η αποζημίωση των προμηθευτών σύμφωνα με την αποδοτικότητά τους συνεπάγεται ένα ιδιαίτερα υψηλό κόστος διεκπεραίωσης (Allen, 2013). Η διαπίστωση διαφόρων ερευνητών (Mays and Dixon, 2011) για μη διεύρυνση των ανισοτήτων δεν οφείλεται στο γεγονός ότι οι μεταρρυθμίσεις στην αγορά υγείας σχεδιάστηκαν με τρόπο που να αποτρέπουν ή να περιορίζουν τις ανισότητες, αλλά στο ότι το σύστημα δεν λειτούργησε με πληρότητα. Κάποιοι ερευνητές (Le Grand, 2012) θεωρούν ότι οι μεταρρυθμίσεις δεν φαίνεται ότι έχουν αποτύχει, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν μάλιστα ότι είναι επιτυχημένες (Gaynor et al., 2010· Bloom et al., 2010 κ.ά.). Ορισμένες, βέβαια, από τις βελτιώσεις αυτές οφείλονται αναμφισβήτητα στην αύξηση των πόρων. Σημαντικό ρόλο, επίσης, έπαιξε και η εφαρμογή της πολιτικής αριθμητικών στόχων, καθώς και ο ισχυρός κεντρικός έλεγχος που προηγήθηκε της εφαρμογής των -προσανατολισμένων προς την αγορά- μεταρρυθμίσεων.

5.3.3 Η εφαρμογή του συστήματος των «οιονεί αγορών» σε άλλες χώρες

Την τελευταία 15ετία, στις σκανδιναβικές χώρες (Νορβηγία, Δανία και Σουηδία) πραγματοποιήθηκαν κάποιες μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ που προσφέρουν τη

δυνατότητα επιλογής στους ασθενείς και ενισχύουν τον ανταγωνισμό, για λόγους κυρίως μείωσης του χρόνου αναμονής (Propper, 2010). Η εμπειρία από την εφαρμογή του συστήματος στη Σουηδία και τη Δανία έδειξε ότι τα κίνητρα των νοσοκομείων για αποδοχή ασθενών εκτός της περιοχής τους ήταν ανεπαρκή και συνεπώς μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών μετακινήθηκε εκτός περιοχής (Williams and Rossiter, 2004). Στη Δανία δεν παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής, ενώ η αποτίμηση των αποτελεσμάτων στη Νορβηγία δεν είναι επαρκής.

Η Νέα Ζηλανδία αποτελεί άλλο ένα παράδειγμα χώρας, στην οποία, το 1993, επιχειρήθηκε η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων, μέσα από την εισαγωγή μίας σειράς μεταρρυθμίσεων προσανατολισμένων στην αγορά (Gauld, 2000). Οι μεταρρυθμίσεις αυτές, πάντως, δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και, μάλιστα, είχαν πολλές αρνητικές επιπτώσεις, όπως π.χ. σημαντικές αυξήσεις στο διοικητικό κόστος (OECD, 2004).

5.3.4 Οιονεί αγορές στον τομέα υγείας της Ελλάδας

Αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, από το 1994 μέχρι το 2009 διάφορα μεταρρυθμιστικά προγράμματα επιδίωξαν να προάγουν την ελευθερία στην επιλογή των ασθενών. Προτάσεις, όπως ο διαχωρισμός αγοραστή-παρόχου, η επιλεκτική δέσμευση των παρόχων μέσω συμβολαίου και άλλες ρυθμίσεις, ενώ είχαν υπερθεματιστεί από όλα τα προγράμματα, δεν κατέφεραν εν τέλει να εφαρμοστούν. Τον Μάρτιο του 2011, η κυβέρνηση πέρασε ένα νομοσχέδιο που εισήγαγε το θεσμό του αμειβόμενου «προσωπικού ιατρού», δημιούργησε κίνητρα για επενδύσεις σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας από επιχειρηματίες και προσπάθησε να ενσωματώσει αυτούς τους παρόχους –μέσα από επιλεκτικές συμβάσεις– σε έναν μοναδικό αγοραστή κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Ένα χρόνο αργότερα, η μεταρρύθμιση αυτή εφαρμόστηκε εν μέρει, λόγω της αντίθεσης του Ιατρικού Συλλόγου από το φόβο απορρόφησης των ιδιωτικών ιατρείων από εταιρείες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ουσιαστικά, όμως, το σύστημα των «οιονεί αγορών» στο χώρο της υγείας εισήχθη πρόσφατα με το Ν. 4238/2014, με τον οποίον επιτυγχάνεται ο διαχωρισμός αγοραστή-παρόχου του κύριου ασφαλιστικού φορέα της χώρας (ΕΟΠΥΥ). Ο ΕΟΠΥΥ από αγοραστή και πάροχος μετατρέπεται αποκλειστικά πλέον σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας από φορείς του δημόσιου

και του ιδιωτικού τομέα καθώς και από συμβαλλόμενους ιατρούς, με την υπογραφή συμβάσεων.

Το σύστημα των «οιονεί αγορών» εισήχθη και στον τομέα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας με το Ν. 4286/2014 και τη σύσταση της «Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ)». Η εταιρεία αυτή, που το μετοχικό της κεφάλαιο κατέχουν και δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς, αναλαμβάνει να αποζημιώνει τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, σύμφωνα με τα κοστολογημένα DRGs και την αξιολόγηση της απόδοσής τους. Πρόκειται για ένα σύστημα που δημιουργεί μία «αγορά» και εισάγει την έννοια του ανταγωνισμού στο χώρο της υγείας, ανακατανέμει τους πόρους μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και δίνει τη δυνατότητα σε ιδιωτικούς φορείς να συμμετάσχουν ισότιμα στον καθορισμό της δημόσιας πολιτικής για την υγεία.

Τα συστήματα των «οιονεί αγορών» στην Ελλάδα βρίσκονται σε πολύ πρώιμο στάδιο εφαρμογής και δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες πάνω στην αποτελεσματικότητά τους. Πάντως, από την εφαρμογή τους στο εξωτερικό, πολλοί ερευνητές (Kondilis et al., 2012) πιστεύουν ότι η υιοθέτηση πολιτικών που βασίζονται στον αμφιλεγόμενο μηχανισμό των «οιονεί αγορών» είναι ανορθολογική.

5.4 Συμπράξεις δημόσιου - ιδιωτικού τομέα στην υγεία

5.4.1 Γενικά για τις συμπράξεις

Οι Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) αποτελούν συμβατικές σχέσεις μακράς διάρκειας, οι οποίες συνάπτονται μεταξύ ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού φορέα για την εκτέλεση έργων και/ή την παροχή υπηρεσιών. Στα πλαίσια μίας σύμπραξης, ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει το σχεδιασμό του έργου και τη χρηματοδότηση της επένδυσης, ενώ ο δημόσιος τομέας εγκρίνει τον αναλυτικό σχεδιασμό του έργου, καθορίζει και εποπτεύει την τήρηση των προδιαγραφών του και παρακολουθεί την εκτέλεσή του. Η αμοιβή του ιδιωτικού φορέα προέρχεται είτε από τον δημόσιο τομέα, είτε από τους τελικούς χρήστες του έργου ή της υπηρεσίας, είτε και από τους δύο, εφάπαξ ή τμηματικά.

Τα κυριότερα επιχειρήματα που αναπτύχθηκαν υπέρ του θεσμού των ΣΔΙΤ συνίστανται στην παροχή βελτιωμένων ποιοτικά και αποδοτικότερων οικονομικά υπηρεσιών στους πολίτες, σε συντομότερο χρονικό διάστημα (σε σχέση με τους

παραδοσιακούς τρόπους χρηματοδότησης έργων). Υποστηρίζεται ότι μέσα από τις συμπράξεις επιτυγχάνεται ταυτόχρονα η εκμετάλλευση της εμπειρίας, της τεχνογνωσίας και των πόρων του ιδιωτικού φορέα και η αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του δημόσιου φορέα. Ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος των κινδύνων (π.χ. κατασκευαστικού, χρηματοδοτικού κινδύνου κ.λπ.) που συνδέονται με την υλοποίηση του αντικειμένου των συμπράξεων (Αιτιολογική έκθεση στο σχέδιο νόμου, 2005). Το κόστος κατασκευής των υποδομών επιμερίζεται σε πολλούς μελλοντικούς προϋπολογισμούς, καθώς η αποπληρωμή των έργων πραγματοποιείται τμηματικά και μακροχρόνια, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα ταυτόχρονης εκτέλεσης περισσότερων έργων. Από τη δημοσιονομική πλευρά, η συναλλαγή δεν εμφανίζεται στον ισολογισμό του δημόσιου φορέα και δεν επιβαρύνεται το δημόσιο χρέος. Μάλιστα, οι υπέρμαχοι του θεσμού των ΣΔΙΤ υποστηρίζουν ότι σε περιόδους ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας, οι συμπράξεις αποτελούν ένα αναγκαίο εργαλείο υλοποίησης έργων και παροχής υπηρεσιών (Χατζητόλιος κ.ά., 2007).

Στην πράξη, όμως, τα περισσότερα από τα παραπάνω επιχειρήματα δεν επιβεβαιώνονται από τα εμπειρικά δεδομένα. Ο θεσμός των ΣΔΙΤ αναπτύχθηκε στα πλαίσια της γενικότερης πολιτικής περιορισμού του δημόσιου τομέα και η εφαρμογή τους συνεπάγεται τη συρρίκνωση της δημόσιας περιουσίας και την ιδιωτικοποίηση δημοσίων δραστηριοτήτων. Ωστόσο, μακροχρόνια, οι ΣΔΙΤ επιβαρύνουν υπέρμετρα τον δημόσιο προϋπολογισμό και συμβάλλουν στη διεύρυνση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και στη διόγκωση του δημόσιου χρέους. Η παρουσίαση μιας καλύτερης εικόνας των δημοσιονομικών μεγεθών μιας χώρας είναι μόνο φαινομενική και βραχυχρόνια (Καραγιάννη και Πεμπτεζόγλου, 2008). Το κόστος αποπληρωμής των υποδομών δεσμεύονται να καλύψουν οι μελλοντικές γενιές φορολογουμένων, ενώ οι κίνδυνοι που αναλαμβάνουν οι ιδιωτικοί φορείς είναι αμφίβολοι (Κονδύλης κ.ά., 2008). Ταυτόχρονα, τα έργα που υλοποιούνται μέσω ΣΔΙΤ συνεπάγονται ένα υψηλότερο διοικητικό, κατασκευαστικό και χρονικό κόστος, συγκριτικά με τους συμβατικούς τρόπους χρηματοδότησης των έργων, χωρίς να εξασφαλίζουν αναβάθμιση των υπηρεσιών τόσο ποιοτική όσο και ποσοτική, αντικρούοντας το επιχείρημα εγγύησης καλύτερης σχέσης ποιότητας/τιμής. Η υλοποίηση έργων μέσω συμπράξεων χαρακτηρίζεται από έλλειψη διαφάνειας και παρουσία φαινομένων διαφθοράς. Ο ισχυρισμός περί ανάπτυξης του ανταγωνισμού μέσω των συμπράξεων φαίνεται ότι καταρρέει, δεδομένου

ότι τα έργα που αναλαμβάνονται είναι τόσο ευμεγέθη που μόνο ένας περιορισμένος αριθμός ιδιωτικών οργανισμών μπορεί να τα διεκδικήσει και να τα υλοποιήσει (Barlow et al., 2013). Το επιχείρημα δε περί αναγκαιότητας υιοθέτησής τους σε περιόδους ύφεσης δεν φαίνεται να επαληθεύεται στις παρούσες οικονομικές συνθήκες.

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε την εφαρμογή του θεσμού των συμπράξεων στον τομέα της υγείας. Αρχικά, θα πραγματοποιηθεί μία εμπειρική διερεύνηση και κριτική αποτίμηση της εφαρμογής των ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και στη συνέχεια θα παρουσιαστεί το θεσμικό πλαίσιο και οι εξελίξεις ως προς την εφαρμογή τους στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

5.4.2 Ευρωπαϊκή εμπειρία από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στην υγεία

Παρόλο που η ιδέα των συμπράξεων μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για την υλοποίηση έργων και την παροχή υπηρεσιών δεν είναι καινούργια, εντούτοις μόλις στις αρχές της δεκαετίας του '80 ξεκίνησε η εφαρμογή διαφόρων τύπων συμπράξεων στην Ευρώπη, αρχικά στη Βρετανία και αργότερα και σε άλλες χώρες. Προς τα τέλη της δεκαετίας του '90, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, διαπιστώνοντας τον πολλαπλασιασμό των συμβάσεων παραχώρησης στα κράτη-μέλη και την ευρεία εφαρμογή του θεσμού των συμπράξεων στη Βρετανία, κατέθεσε την υπ' αριθμόν 2000/C 121/02 ερμηνευτική ανακοίνωση καθώς και την οδηγία 2004/18/EK της 31.03.2004 που αφορούσαν στις συμβάσεις παραχώρησης έργων και υπηρεσιών (Βαϊλάκης κ.ά., 2005). Σημαντική εξέλιξη, όμως, για το θεσμό των ΣΔΙΤ αποτέλεσε η θέσπιση του «Πράσινου Βιβλίου για τις Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα» (30.4.2004/COM(2004) 327), το οποίο καθόριζε ένα πλαίσιο διαβούλευσης σχετικά με την ανάπτυξη των ΣΔΙΤ στην ΕΕ μέσα σε ένα καθεστώς αποτελεσματικού ανταγωνισμού και νομικής σαφήνειας (ΕΕ, 2013).

Βρετανία

Η Βρετανία ήταν η χώρα που εισήγαγε το θεσμό των συμπράξεων στην Ευρώπη τόσο στο χώρο της υγείας όσο και σε άλλους τομείς. Η υιοθέτηση του θεσμού των ΣΔΙΤ αποτέλεσε ένα μέσο επίτευξης των δεσμεύσεων της συντηρητικής κυβέρνησης της Μάργκαρετ Θάτσερ -ύστερα από την εκλογή της το 1979- για συρρίκνωση του δημόσιου τομέα μέσα από τη μεταβίβαση δραστηριοτήτων του δημόσιου τομέα στον ιδιωτικό. Το 1992, η κυβέρνηση των συντηρητικών θεσμο-

θέτησε τις Πρωτοβουλίες Ιδιωτικής Χρηματοδότησης (Private Finance Initiatives – PFIs), ένα μοντέλο ΣΔΙΤ, για την ανέγερση και τη λειτουργία νέων νοσοκομειακών υποδομών. Ο θεσμός των συμπράξεων στον τομέα της υγείας υιοθετήθηκε και επεκτάθηκε από την κυβέρνηση των Εργατικών, ύστερα από την εκλογή τους το 1997, παρά τις αντίθετες προεκλογικές τους δηλώσεις.

Η εφαρμογή των PFIs στο χώρο της υγείας στη Βρετανία αφορά στην ανέγερση νέων νοσοκομείων. Στην πράξη, όμως, οι περισσότερες περιπτώσεις σύμπραξης αφορούν στη συγκέντρωση των εγκαταστάσεων δύο ή περισσότερων νοσοκομείων σε έναν τόπο. Για το σκοπό αυτό συστήνεται μία κοινοπραξία –που αποτελείται από μία Εταιρεία Ειδικού Σκοπού (Special Purpose Vehicle – SPV) καθώς και άλλες εταιρείες, κατασκευαστικές και διοίκησης εγκαταστάσεων, η οποία διαπραγματεύεται δάνεια από χρηματοπιστωτικά ιδρύματα. Η κοινοπραξία αναλαμβάνει το σχεδιασμό, την κατασκευή, τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των νέων νοσοκομείων. Επιπλέον, ο ιδιωτικός φορέας καλείται να παρέχει μία σειρά από υποστηρικτικές μη κλινικές υπηρεσίες, όπως π.χ. την καθαριότητα, τη σίτιση, την ασφάλεια του κτιρίου κ.λπ. (Dawson, 2001). Το Δημόσιο αναλαμβάνει την παροχή των κλινικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, δηλαδή την πρόσληψη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού (Κονδύλης κ.ά., 2008). Η διάρκεια της σύμβασης ορίζεται συνήθως στα 30 έτη, με τη λήξη των οποίων το νοσοκομείο (όχι πάντοτε) περνάει στην κυριότητα του Δημοσίου (Dawson, 2001). Το Δημόσιο δεσμεύεται να καταβάλλει στον ιδιωτικό φορέα, σε ετήσια βάση, αμοιβές διαθεσιμότητας (availability fee) και αμοιβές παροχής υπηρεσιών (facilities management fee)· οι πρώτες καλύπτουν το κόστος κατασκευής των υποδομών και τη συντήρησή τους, ενώ οι δεύτερες το κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από τον ιδιωτικό φορέα (Gaffney et al., 1999a). Επίσης, το Δημόσιο παραχωρεί οικόπεδα στον ιδιωτικό φορέα ή τα πωλεί για την εξασφάλιση πλεονάσματος, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι οικονομικές απαιτήσεις της κοινοπραξίας (Κονδύλης κ.ά., 2008).

Ένα από τα βασικά επιχειρήματα που προτάθηκαν υπέρ της υιοθέτησης του θεσμού των PFIs στον τομέα της υγείας στη Βρετανία ήταν ότι οι συμπράξεις αποτελούσαν το μόνο τρόπο για την κατασκευή νέων νοσοκομειακών μονάδων, την ανακαίνιση παλαιότερων και την απόκτηση ιατρικού κεφαλαίουχικού εξοπλισμού, χωρίς την αύξηση της φορολογίας και την επιβάρυνση του δημόσιου χρέους. Από την άλλη, οι συμπράξεις επέτρεπαν την εκμετάλλευση της τεχνολογίας του ιδιωτικού τομέα, την ανάληψη κινδύνων από τον ιδιωτικό φορέα

και την επίτευξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας, περιορίζοντας τον δημόσιο τομέα σε ένα ρόλο κυρίως ρυθμιστικό.

Τα αποτελέσματα, όμως, από την εφαρμογή του συστήματος των συμπράξεων στον τομέα της υγείας στη Βρετανία δεν ήταν τα αναμενόμενα. Αναφορικά με το πρώτο ζήτημα, η αποφυγή της φορολογικής επιβάρυνσης είχε μόνο βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα. Στην πραγματικότητα, επρόκειτο για μία μετάθεση της επιβάρυνσης στις μελλοντικές γενιές που καλούνται να πληρώνουν για τις νοσοκομειακές υποδομές για τα επόμενα 30 και πλέον έτη. Το κόστος κατασκευής των νοσοκομειακών μονάδων μέσω των PFIs αποδείχτηκε σημαντικά υψηλότερο –και συγκεκριμένα δεκαπλάσιο– σε σχέση με το αντίστοιχο κόστος μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων και, μάλιστα, στις περισσότερες περιπτώσεις υπερέβαινε σε μεγάλο βαθμό το προϋπολογισθέν (Ιός, 2007). Το υψηλό κόστος υλοποίησης των έργων οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Πρώτα από όλα, το κόστος δανεισμού του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με του δημόσιου είναι υψηλότερο. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το ετήσιο επιτόκιο δανεισμού του Δημοσίου κυμαίνεται στο 3%-4,5%, έναντι του 9,5% των ιδιωτών (Griffith, 2000). Επίσης, η υλοποίηση μιας σύμπραξης συνεπάγεται ένα υψηλό διοικητικό κόστος για την πρόσληψη ειδικών συμβούλων και εμπειρογνομόνων καθώς και ένα υψηλό κόστος διαθεσιμότητας (Κονδύλης κ.ά., 2008). Οι εμπειρικές μελέτες από τη Βρετανία (Gaffney et al., 1999b· Gaffney et al., 1999c) έδειξαν ότι το διοικητικό κόστος ως προς το κόστος κατασκευής των νοσοκομείων στις περιπτώσεις υλοποίησης των έργων μέσω των PFIs κυμάνθηκε μεταξύ 18,5%-60,6%. Οι ίδιες έρευνες έδειξαν ότι το κόστος διαθεσιμότητας διαμορφώθηκε μεταξύ 10,9%-18,5% του κόστους κατασκευής ετησίως, ενώ, αν η χρηματοδότηση του έργου πραγματοποιούταν μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων, το αντίστοιχο κόστος δεν θα ξεπερνούσε το 3%-3,5% σε ετήσια βάση.

Η υλοποίηση ενός νοσοκομείου μέσω σύμπραξης επιβαρύνεται και με ένα επιπλέον κόστος, δεδομένου ότι οι κοινοπραξίες οφείλουν να εξασφαλίσουν κέρδη για τους μετόχους τους, τα οποία μπορεί να φτάνουν στο 15%-25% ετησίως (Κονδύλης κ.ά., 2008). Η μεταφορά δε των κινδύνων προς τον ιδιωτικό φορέα είναι αμφισβητούμενη. Στη Βρετανία, η κοινοπραξία αναλαμβάνει μόνο τον κατασκευαστικό κίνδυνο, ενώ τον κίνδυνο ζήτησης αναλαμβάνει το Δημόσιο (Dawson, 2001). Σε περίπτωση αθέτησης όρων της σύμπραξης, οι προβλεπόμενες ποινές στην πράξη δεν εφαρμόζονται (Gaffney et al., 1999b), ενώ σε περίπτωση αδυνα-

μίας υλοποίησης του έργου από την κοινοπραξία ή χρεοκοπίας, το Δημόσιο αναλαμβάνει την περάτωσή του, μεταθέτοντας ουσιαστικά το κόστος και τον κίνδυνο στους φορολογούμενους (Κονδύλης κ.ά., 2008). Η υλοποίηση έργων μέσω των PFIs είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της δυναμικότητας των νοσοκομείων κατά 15%-45% (Pollock et al., 1999· Pollock et al., 1997), η οποία πραγματοποιήθηκε με οικονομικά και όχι με υγειονομικά κριτήρια (Pollock and Dunnigan, 2000). Σε αυτό θα πρέπει να προστεθεί η μείωση του προσωπικού καθώς και η υιοθέτηση διαφόρων μεθόδων ενίσχυσης των εσόδων των νοσοκομείων, όπως η λειτουργία ιδιωτικών κλινών εντός των δημόσιων νοσοκομείων, η χρέωση της στάθμευσης και του κόστους μεταφοράς των ασθενών στο σπίτι τους κ.λπ. (Κονδύλης κ.ά., 2008). Στο χρόνο περάτωσης των νοσοκομειακών μονάδων –παρόλο που μπορεί να κινείται στα προβλεπόμενα από τη σύμπραξη χρονικά όρια– θα πρέπει να προστεθεί και ο χρόνος διαπραγμάτευσης και επίτευξης της συμφωνίας, που αν συνεκτιμηθεί συνολικά ξεπερνά το χρόνο που θα απαιτούνταν αν η υλοποίηση του έργου πραγματοποιούνταν μέσω του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων (Ο Ιός, 2007). Στη Βρετανία, τα έργα που πραγματοποιήθηκαν μέσω ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας χαρακτηρίστηκαν από έλλειψη διαφάνειας και παρουσία φαινομένων διαφθοράς, λόγω της λήψης αποφάσεων κεκλεισμένων των θυρών, τη διακίνηση μεγάλων ποσών δημόσιου χρήματος, την ύπαρξη χρηματοοικονομικών συμβούλων που εργάζονταν ταυτόχρονα ή διαδοχικά στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα κ.ο.κ. (Ο Ιός, 2007).

Τα τελευταία χρόνια, παρά τις δυσκολίες ανεύρεσης ιδιωτικών κεφαλαίων, που πυροδότησε η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση κατά τα τέλη της δεκαετίας του 2000, και παρά τις διαπιστώσεις σχετικά με την αναποτελεσματικότητα του θεσμού των συμπράξεων στον τομέα της υγείας, όλες οι κυβερνήσεις της Βρετανίας υποστηρίζουν ότι οι PFIs αποτελούν το μοναδικό μέσο που διαθέτει το Εθνικό Σύστημα Υγείας για την ανέγερση νέων νοσοκομείων. Όμως, η απροθυμία των τραπεζών να χρηματοδοτήσουν έργα που προγραμματίζονταν να υλοποιηθούν μέσω του θεσμού των ΣΔΙΤ, οδηγεί τη βρετανική κυβέρνηση σε χρηματοδότηση των έργων με ιδίους πόρους. Το 2011, το βρετανικό Υπουργείο Οικονομικών ξεκίνησε μία προσπάθεια διαπραγμάτευσης με τους επενδυτές έργων PFIs στον τομέα της υγείας, προκειμένου να επιτύχει εκπτώσεις στα ποσά που δαπανά το Δημόσιο στον τομέα των συμπράξεων¹⁰⁸ (Timmins, 2011).

108. Στα πλαίσια αυτής της πρωτοβουλίας, ανακοινώθηκε η πραγματοποίηση μίας πι-

Ισπανία

Η Ισπανία κατατάσσεται στη δεύτερη θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών ως προς τις επενδύσεις σε ΣΔΙΤ, μετά από τη Βρετανία. Οι περισσότερες επενδύσεις μέσω συμπράξεων πραγματοποιούνται σε περιφερειακό επίπεδο. Η οικονομική κρίση ενέτεινε τις επενδύσεις αυτού του είδους για δύο λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση του κόστους και στην αποφυγή των αναποτελεσματικότητων που ενέχουν τα συμβόλαια απασχόλησης στον δημόσιο τομέα¹⁰⁹. Ο δεύτερος συνίσταται στην εφαρμογή της πολιτικής μετάθεσης των πληρωμών στο μέλλον, στην οποία καταφεύγουν περιφέρειες με προβλήματα ρευστότητας (Acerete et al., 2013).

Στον τομέα της υγείας, οι αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο που επέτρεψαν τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή δωρεάν δημόσιων υπηρεσιών υγείας έλαβαν χώρα το 1997. Η πρώτη εφαρμογή του προγράμματος αυτού πραγματοποιήθηκε με την κατασκευή και λειτουργία του νοσοκομείου Alzira και είναι γνωστή ως «υπόδειγμα Alzira». Η βασική διαφορά με τα PFIs της Βρετανίας είναι ότι, στην παρούσα σύμπραξη, ο ιδιωτικός φορέας αναλάμβανε εκτός των άλλων και την παροχή των κλινικών (και των μη κλινικών) υπηρεσιών. Η πληρωμή του δημόσιου τομέα συνίσταται σε μία τιμαριθμοποιημένη ετήσια αμοιβή ανά κάτοικο της περιοχής (η οποία το 2013 ανερχόταν στα 660 ευρώ), είτε αυτός επισκεφτεί το νοσοκομείο είτε όχι. Οι τοπικές αρχές υπολόγισαν ότι το κατά κεφαλήν κόστος υπολείπεται κατά 25% αυτού των (κλασικών) δημόσιων νοσοκομείων (Bes, 2009).

Στην πραγματικότητα, όμως, το σχέδιο αυτό δεν ήταν τόσο επιτυχημένο. Το συμβόλαιο ήταν μη βιώσιμο και χρειάστηκε να αλλάξει, προκειμένου να συμπεριλάβει και τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, μεταβλήθηκε ο τρόπος υπολογισμού της αμοιβής του ιδιωτικού φορέα, ώστε η αύξηση της αμοιβής να συνδεθεί με τις (γενναιόδωρες) αυξήσεις του προϋπολογισμού υγείας της περιφέρειας και όχι με το δείκτη τιμών καταναλωτή. Η κριτική που ασκήθηκε στο

λοτικής έρευνας για τη διερεύνηση της συμφωνίας που αφορά το νοσοκομείο Queen's στο Essex.

109. Τα συμβόλαια απασχόλησης στον δημόσιο τομέα περιλαμβάνουν καλύτερους όρους και συνθήκες εργασίας, π.χ. μεγαλύτερη σταθερότητα εργασίας, υψηλότερες αποδοχές και λιγότερες ώρες εργασίας. Εκτιμάται ότι, λόγω αυτών των συνθηκών, η παραγωγικότητα του δημόσιου τομέα υπολείπεται αυτής του ιδιωτικού κατά 20-30% (Acerete et al., 2013).

υπόδειγμα αυτό εστιάζεται στο ρόλο της κυβέρνησης στην επαναδιαπραγμάτευση του συμβολαίου καθώς και στην επιρροή της τοπικής κυβέρνησης στις περιφερειακές τράπεζες για παροχή διαφόρων διευκολύνσεων στους ιδιωτικούς φορείς. Η σύναψη ιδιωτικών συμβολαίων με το προσωπικό συνδέεται με αύξηση της παραγωγικότητας κατά 20%-30% σε σύγκριση με τον δημόσιο τομέα. Η επιβάρυνση για τον δημόσιο τομέα υποεκτιμάται λόγω κάποιων «αδιόρατων» δαπανών για ελέγχους, καθώς και λόγω των δαπανών για τη φαρμακευτική αγωγή των εξωτερικών ασθενών και των δαπανών μεταφοράς των ασθενών (Acerete et al., 2013).

Παρ' όλα αυτά, από το 2012, στην Ισπανία είναι σε εξέλιξη επτά ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας και δύο ακόμη υπό συζήτηση. Επίσης, λειτουργούν εννέα νοσοκομεία μέσω ΣΔΙΤ, ενώ τρία επιπλέον είναι υπό κατασκευή. Αξίζει να σημειωθεί, πάντως, ότι τα σημεία επιτυχίας του υποδείγματος Alzira δεν κατάφεραν να επαναληφθούν σε άλλα νοσοκομεία που λειτουργούν μέσω ΣΔΙΤ.

Οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Ισπανία χαρακτηρίζονται από έλλειψη διαφάνειας στην πληροφόρηση και ανεπαρκή αξιολόγηση, ενώ ταυτόχρονα παρατηρούνται διασυνδέσεις της κυβέρνησης με τους ιδιωτικούς ομίλους που εμπλέκονται στις συμπράξεις (Acerete et al., 2013). Παρόλο που ο έλεγχος της διοίκησης πραγματοποιείται από τον ιδιωτικό φορέα, η χρηματοδότηση και οι κίνδυνοι παραμένουν στον δημόσιο τομέα. Οι περικοπές στον προϋπολογισμό, λόγω της πολιτικής λιτότητας, οδηγούν στη μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων σε υποδείγματα ΣΔΙΤ που βασίζονται σε συμβάσεις ορισμένου ποσού, προκειμένου να εξοικονομηθούν χρήματα. Έτσι, οι κλινικές υπηρεσίες –καθώς και το προσωπικό που εμπλέκεται σε αυτές– μεταφέρονται και λειτουργούν υπό καθεστώς ιδιωτικού μάνατζμεντ. Οι περικοπές αναμένεται ότι θα αναγκάσουν τους ιδιωτικούς φορείς να παρέχουν δωρεάν μόνο τις κλινικές υπηρεσίες και να χρεώνουν στους ασθενείς άλλες υπηρεσίες, π.χ. τη σίτιση.

Πορτογαλία

Η παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία της Πορτογαλίας θεσμοθετήθηκε το 1990, αλλά το πρώτο εκτενές πρόγραμμα συμπράξεων στο χώρο της υγείας ξεκίνησε το 2001. Το 2002 θεσπίστηκε το θεσμικό πλαίσιο για την εφαρμογή των συμπράξεων στην υγεία. Αυτό περιελάμβανε την κατασκευή, αποκατάσταση και ιδιωτική διαχείριση τουλάχιστον δέκα νοσοκομείων και διαφόρων ειδικευμένων κέντρων. Το πρόγραμμα απέβλεπε στην εξοικονόμηση χρό-

νου για την κατασκευή της υποδομής, στην αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας ιατρικής φροντίδας των ασθενών και στη χρήση του θεσμού των ΣΔΙΤ ως εργαλείο για τη μεταρρύθμιση του δημόσιου τομέα.

Το πρώτο κύμα των συμπράξεων, μεταξύ 2003 και 2007, αφορούσε τέσσερα νοσοκομεία, ένα κέντρο επικοινωνίας του ΕΣΥ και ένα κέντρο αποκατάστασης. Η σύμπραξη περιελάμβανε τόσο την κατασκευή και διοίκηση των κτιρίων όσο και την ιδιωτική παροχή κλινικών υπηρεσιών. Το μοντέλο που εφαρμόστηκε βασίστηκε στη δημιουργία δύο εταιρειών ειδικού σκοπού· η μία ήταν υπεύθυνη για την κατασκευή και διαχείριση των κτιρίων (με 30ετή συμβόλαιο) και η άλλη για την παροχή κλινικών υπηρεσιών, την απόκτηση και αντικατάσταση του ιατρικού εξοπλισμού (με 7ετές έως 10ετές συμβόλαιο) (Barlow et al., 2013· ACSS, 2013). Ο έλεγχος του προγράμματος πραγματοποιείται μέσω ενός πρότυπου δημόσιας συγκριτικής αξιολόγησης για την αξιολόγηση της εγκυρότητας της επιλογής της σύμπραξης στη συγκεκριμένη περίπτωση. Επιπλέον, κρίθηκε απαραίτητη η αλλαγή του θεσμικού πλαισίου προκειμένου η αιτιολόγηση και η αξιολόγηση των ΣΔΙΤ να καταστεί πιο αυστηρή, ενώ ταυτόχρονα οι δημοσιονομικές επιπτώσεις τους και οι ρυθμίσεις που τις αφορούν να δύνανται να εξασφαλίσουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των έργων (Γκίκας-Πανούσης, 2008). Η παρουσία επιπλοκών στα συμβόλαια και η έλλειψη ενδιαφέροντος από τις τράπεζες για την ανάληψη των κινδύνων οδήγησε στη στροφή της κυβερνητικής πολιτικής προς την ανάπτυξη μόνο των κτιριακών εγκαταστάσεων, από το 2008 και έπειτα (Barlow et al., 2013).

Το δεύτερο κύμα των συμπράξεων στον τομέα της υγείας ξεκίνησε το 2008 και περιελάμβανε το σχεδιασμό, την κατασκευή και τη διαχείριση των υποδομών καθώς και την παροχή βοηθητικών υπηρεσιών (σίτιση, ασφάλεια, καθαριότητα κ.λπ.) στην περίπτωση δύο μονάδων υγείας. Οι συμπράξεις αυτές προβλέπουν την παροχή των υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο τομέα.

Ιταλία

Στην Ιταλία, το θεσμικό πλαίσιο για τις συμπράξεις ψηφίστηκε το 1991 στα πλαίσια μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα πειραματικά, με στόχο τη θέσπιση πιο αποτελεσματικών κριτηρίων για τις δαπάνες υγείας και τη βελτίωση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το 2001 δόθηκε στα περιφερειακά γραφεία η αρμοδιότητα να εφαρμόζουν σε πειραματικό επίπεδο προγράμματα, σύμφωνα με τις επιδιώξεις τους για την υγεία. Οι συμπράξεις που αναπτύχθηκαν αφορούν κυρίως κοινές μετοχικές εταιρείες και εταιρείες περιορισμένης ευθύνης.

Γερμανία

Στη Γερμανία, οι ιδιωτικές εταιρείες αγοράζουν δημοτικά νοσοκομεία με οικονομικά προβλήματα και περιστασιακά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τα λειτουργούν με τη μέθοδο του franchise στις περιφέρειες. Στις εταιρείες αυτές ανήκουν μερικά ή ολικά πάνω από 50 νοσοκομεία σε ολόκληρη τη χώρα (Barlow et al., 2013).

Σουηδία

Ο θεσμός των ΣΔΙΤ στη Σουηδία δεν έχει τύχει θερμής υποστήριξης από τις κυβερνήσεις. Στον τομέα της υγείας, ένα νέο πανεπιστημιακό νοσοκομείο (το New Karolinska Solna University Hospital) πρόκειται να κατασκευαστεί μέσω σύμπραξης. Η κατασκευαστική περίοδος ορίστηκε μεταξύ 2010-2015 και το έργο, όταν θα ολοκληρωθεί, θα αποτελέσει το μεγαλύτερο έργο ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Beck, 2010). Το συμβόλαιο εκτείνεται σε μία 30ετία (συμπεριλαμβανομένης και της περιόδου κατασκευής) με δυνατότητα επέκτασης κατά 15 επιπλέον έτη. Στο σχέδιο δεν περιλαμβάνεται επιβάρυνση των φορολογουμένων πριν από την ημερομηνία λειτουργίας του νοσοκομείου. Η εμπειρία που θα αποκτηθεί από την υλοποίηση του παραπάνω έργου αναμένεται ότι θα επηρεάσει σημαντικά τη μελλοντική κυβερνητική πολιτική ως προς τις συμπράξεις.

Δανία

Ο θεσμός των συμπράξεων εφαρμόστηκε σε περιορισμένη έκταση στον τομέα υγείας της Δανίας, καθώς το θεσμικό πλαίσιο είναι ασαφές, ενώ ταυτόχρονα κεντρικοί πολιτικοί και θεσμικοί παράγοντες δεν εκφράζουν τον ίδιο ενθουσιασμό για το θεσμό των ΣΔΙΤ.

Τα κυριότερα μεγάλα έργα που υλοποιήθηκαν στη Δανία μέσω συμπράξεων ήταν η ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος ηλεκτρονικής υγείας για την επικοινωνία μεταξύ του τομέα της υγείας, των ασθενών και των προμηθευτών, καθώς και η διεξαγωγή έρευνας και η παροχή πληροφοριών για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Σε περιφερειακό επίπεδο, οι συμπράξεις αφορούσαν υποστηρικτικές λειτουργί-

ες (π.χ. καθαριότητα, σίτιση κ.λπ.) καθώς και την ανάπτυξη υπολογιστικών συστημάτων, ενώ σε επίπεδο δήμων οι συμπράξεις έχουν τη μορφή συνεργασίας μεταξύ δήμων και ιδιωτικών εταιρειών που αποβλέπουν στη δημιουργία κέντρων υγείας για αποκατάσταση και τη λειτουργία της υπηρεσίας «ακαδημία ασθενών».¹¹⁰

Οι ερευνητές (Vrangbæk, 2008) ισχυρίζονται ότι χρειάζεται μεγαλύτερη εμπειρική διερεύνηση των κινδύνων που ενέχονται στις συμπράξεις στον τομέα της υγείας και ότι θα πρέπει να πραγματοποιούνται συγκρίσεις, δεδομένου ότι το επενδυτικό κόστος φαίνεται να είναι υψηλότερο στην περίπτωση υλοποίησης των έργων μέσω ΣΔΙΤ – εξαιτίας κυρίως του υψηλού κόστους δανεισμού. Οι ιδιωτικοί φορείς είναι διστακτικοί στην ανάληψη δραστηριοτήτων, λόγω της ασάφειας στο ρυθμιστικό πλαίσιο και τους κινδύνους. Σε περιφερειακό/τοπικό επίπεδο, η περιορισμένη εφαρμογή των συμπράξεων οφείλεται σε ορισμένα δημοσιοποιημένα σκάνδαλα για συνεργατικά προγράμματα με τις αποκεντρωμένες αρχές.

5.4.3 Οι ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

Ο θεσμός των συμπράξεων στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα άρχισε να εφαρμόζεται, σε περιορισμένη έκταση, από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 και τις αρχές της δεκαετίας του 2000, μέσα από διάφορες διατάξεις νόμων και προεδρικών διαταγμάτων (άρθρο 12 του Ν. 2646/1998, άρθρο 13 του Ν. 2889/2001, Ν. 2955/2001, άρθρο 14 του Ν. 3204/2003, Π.Δ. 346/1998 και Π.Δ. 18/2000). Αρχικά, οι συμβάσεις έργου αφορούσαν στη φύλαξη των χώρων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των κέντρων υγείας καθώς και στην καθαριότητα των κτιριακών τους εγκαταστάσεων από ειδικά συνεργεία παροχής υπηρεσιών ασφάλειας ή καθαρισμού. Στη συνέχεια (άρθρο 13 του Ν. 3329/2005 και άρθρο 50 του Ν. 3370/2005), οι παρεχόμενες υπηρεσίες επεκτάθηκαν στην τροφοδοσία, στην εστίαση και στη διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων από ειδικά συνεργεία παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών καθώς και στη συντήρηση του ηλεκτρομηχανολογικού εξοπλισμού των νοσοκομείων.

Με το Ν. 3389/2005 θεσπίστηκε το νομοθετικό πλαίσιο για την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών μέσω συμπράξεων. Ειδικότερα, ο νόμος αυτός

110. Πρόγραμμα για τη συστηματική παροχή πληροφορίας στους ασθενείς ώστε να μπορούν ενεργά να συμβάλλουν στην έρευνα σχετικά με διάφορες θεραπείες και κυρίως την ανάπτυξη νέων φαρμάκων. Για μια παρόμοια πρωτοβουλία σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης βλ. <http://www.patientsacademy.eu/index.php/en/about-eupati>.

οριοθετεί τους τομείς εφαρμογής των συμπράξεων, περιγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αντισυμβαλλομένων, ρυθμίζει θέματα χρηματοδότησης, φορολογίας, περιβάλλοντος κ.λπ. και προχωρά στη σύσταση δύο διοικητικών οργάνων, της Διυπουργικής Επιτροπής Συμπράξεων Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα (ΔΕΣΔΙΤ) και της Ειδικής Γραμματείας Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΕΓΣΔΙΤ). Ο συγκεκριμένος νόμος ήρθε να καλύψει το νομικό κενό που επέβαλε την κύρωση κάθε σύμβασης συγχρηματοδοτούμενου από ιδιώτες έργου από τη Βουλή και να ρυθμίσει ζητήματα που αφορούσαν την εφαρμογή των συμπράξεων στην πράξη.

Στον τομέα της υγείας, ο Ν. 3389/2005 άνοιξε το δρόμο για την υλοποίηση τριών νέων νοσοκομείων και ενός κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας. Τα κυριότερα στοιχεία σχετικά με τα εγκεκριμένα έργα στην υγεία μέσω ΣΔΙΤ παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.1. Για τα τρία νέα νοσοκομεία, ο ιδιώτης καλείται να αναλάβει τη μελέτη, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη συντήρηση και εν γένει τη λειτουργία του νοσηλευτικού ιδρύματος, ενώ το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα είναι πλήρως ενταγμένο στο ΕΣΥ και η διοίκηση του νοσοκομείου θα παραμείνει στο Δημόσιο. Η διάρκεια της σύμβασης ορίζεται στα 30 έτη, 3 έτη εκ των οποίων αφορούν την περίοδο κατασκευής του έργου και τα υπόλοιπα 27 την περίοδο λειτουργίας του. Για το κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας, ο ιδιωτικός φορέας αναλαμβάνει τη μελέτη, τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη συντήρηση και τη λειτουργία του, αλλά του παρέχεται και το δικαίωμα της εμπορικής εκμετάλλευσης ορισμένων χώρων των κτιριακών εγκαταστάσεων του κέντρου, ενώ η διοικητική και επιστημονική λειτουργία του αποτελεί ευθύνη της αναθέτουσας αρχής, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα παραπάνω έργα εγκρίθηκαν το 2007, αλλά η υλοποίησή τους δεν προχώρησε. Σύμφωνα με πηγές του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών, τα εγκεκριμένα έργα ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας «πάγωσαν» από το 2009 και έπειτα, λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Ένας από τους βασικούς λόγους είναι ότι οι ιδιώτες αδυνατούσαν να λάβουν εγγυήσεις από τις τράπεζες και να προχωρήσουν στην υλοποίηση των έργων.

Συγκρίνοντας τα οικονομικά στοιχεία που αφορούν στο κόστος ανέγερσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, διαπιστώνεται ότι το κόστος κατασκευής των νοσοκομειακών μονάδων που υλοποιούνται μέσω του θεσμού των συμπράξε-

Πίνακας 5.1: Εγκριμένα έργα μέσω ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας

Τίτλος έργου και αναθέτουσα αρχή	Σύντομη περιγραφή του έργου	Ενδεικτικός προϋπολογισμός του έργου	Διάρκεια σύμβασης
Υλοποίηση του νέου Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας - ΔΕΠΑΝΟΜ ΑΕ ¹¹¹	- Ο ιδιώτης αναλαμβάνει τη μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή, συντήρηση, τεχνική διαχείριση (καθαριότητα, ματισμός, διαχείριση απορριμμάτων και νοσοκομειακών αποβλήτων, διαχείριση χώρων στάθμευσης, σίτιση), ασφάλιση και φύλαξη του κτιρίου, παροχή ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, αντικατάσταση και συντήρησή του - δυναμικότητα: 164 κλίνες - ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πλήρως ενταγμένο στο ΕΣΥ και Διοίκηση του Νοσοκομείου στο Δημόσιο.	109 εκατ. € +20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης	30 έτη
Υλοποίηση του νέου Ογκολογικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης - ΔΕΠΑΝΟΜ ΑΕ	- Ο ιδιώτης αναλαμβάνει τη μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή, συντήρηση, τεχνική διαχείριση (καθαριότητα, ματισμός, διαχείριση απορριμμάτων και νοσοκομειακών αποβλήτων, σίτιση), ασφάλιση και φύλαξη του κτιρίου, παροχή του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, αντικατάσταση και συντήρησή του - δυναμικότητα: 400 κλίνες - ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πλήρως ενταγμένο στο ΕΣΥ και Διοίκηση του Νοσοκομείου στο Δημόσιο.	330 εκατ. € +20% κόστος βαριάς συντήρησης και υποδομών	30 έτη
Υλοποίηση του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης - ΔΕΠΑΝΟΜ ΑΕ	- Ο ιδιώτης αναλαμβάνει τη μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή, συντήρηση, τεχνική διαχείριση (καθαριότητα, ματισμός, διαχείριση απορριμμάτων και νοσοκομειακών αποβλήτων, σίτιση), φύλαξη του κτιρίου, παροχή ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, αντικατάσταση και συντήρησή του - δυναμικότητα: 400 κλίνες - ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πλήρως ενταγμένο στο ΕΣΥ και Διοίκηση του Νοσοκομείου στο Δημόσιο.	324 εκατ. € +20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης των υποδομών	30 έτη
Υλοποίηση του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Βορείου Ελλάδας - ΑΕΜΥ ΑΕ ¹¹²	- Ο ιδιώτης αναλαμβάνει τη μελέτη, χρηματοδότηση, κατασκευή, συντήρηση, τεχνική διαχείριση, παροχή ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, αντικατάσταση και συντήρησή του, εμπορική εκμετάλλευση περιορισμένων χώρων των κτιριακών εγκαταστάσεων - δυναμικότητα: 250 κλίνες - διοικητική και επιστημονική λειτουργία: ευθύνη της ΑΕΜΥ Α.Ε. υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο: ένταξη στους φορείς του ΕΣΥ	104 εκατ. € +20% κόστος βαριάς συντήρησης και ασφάλισης	25 έτη

Πηγή: Ηλεκτρονική πύλη ΣΔΙΤ, www.sdit.mnec.gr (πρόσβαση: 9/9/2013) και ΑΕΜΥ (2013)

111. Η Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ ΑΕ) ιδρύθηκε το 1983 και από το 1999 αποτελεί Ανώνυμη Εταιρεία. Η ΔΕΠΑΝΟΜ αναλαμβάνει τη μελέτη και κατασκευή νέων μονάδων υγείας, τον εκσυγχρονισμό των υπαρχουσών υποδομών και τον εξοπλισμό εγκαταστάσεων υγείας και πρόνοιας (ΔΕΠΑΝΟΜ, 2013).

112. Η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας (ΑΕΜΥ ΑΕ) ιδρύθηκε με το Ν.3293/2004 και ανήκει στις (ΔΕΚΟ). Βασική δραστηριότητά της αποτέλεσε η λειτουργία και αξιοποίηση των υποδομών της Πολυ-

ων είναι πολλαπλάσιο σε σχέση με το αντίστοιχο κόστος κατασκευής τους όταν η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσω του Προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων (ΠΔΕ). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το κόστος κατασκευής του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, δυναμικότητας 335 κλινών, που χρηματοδοτήθηκε μέσω του ΠΔΕ, ανήλθε στα 33,7 εκατ. ευρώ, ενώ το κόστος κατασκευής και λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας, που διαθέτει τη μισή περίπου δυναμικότητα του πρώτου και το οποίο προγραμματίστηκε να υλοποιηθεί μέσω ΣΔΙΤ, προϋπολογίζεται στα 109 εκατ. ευρώ (Κουρής και Φιλαλήθης, 2008).

Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, αναπτύχθηκε μία συνεργασία μεταξύ του Δημοσίου (τοπική αυτοδιοίκηση) και ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας (interamerican) στον τομέα της άμεσης ιατρικής βοήθειας (Interamerican, 2014). Η συνεργασία αυτή πραγματοποιείται από τον Μάρτιο του 2014 και αφορά στην επείγουσα διακομιδή ασθενούς ή τραυματία σε νοσηλευτικό κέντρο με υγειονομικό ελικόπτερο ή αεροπλάνο, καθώς και ασθενοφόρο. Η υπηρεσία αυτή λειτουργεί συμπληρωματικά προς το δημόσιο σύστημα και παρέχεται στους μόνιμους κατοίκους συγκεκριμένων περιοχών, όπως Τήνο, Σίφνο, Ιστιαία-Αιδηψό και τελευταία στη Σέριφο. Στην πράξη, ο εκάστοτε δήμος προχώρησε σε ασφάλιση των μόνιμων κατοίκων του για την περίπτωση αερομετακομιδής (σε περίπτωση που ο δημόσιος τομέας δεν μπορεί να ανταποκριθεί, λόγω φόρτου εργασίας) και η επιλογή της ασφαλιστικής εταιρείας πραγματοποιήθηκε με ανοιχτό διαγωνισμό. Το κόστος του ασφαλιστρού καλύπτεται από τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου δήμου και ενδεικτικά -στην περίπτωση της Σίφνου- κυμαίνεται περίπου στα 20.000 ευρώ ετησίως (Μπαμπούνης, 2014). Το ασφαλιστρού δεν καλύπτει συγκεκριμένο αριθμό χρήσεων και παρέχεται η δυνατότητα επιστροφής ασφαλιστρού μέχρι και 70% στο δήμο, σε περίπτωση που η συγκεκριμένη υπηρεσία δεν χρησιμοποιείται συχνά. Για τη συγκεκριμένη παροχή υπηρεσίας, η ιδιωτική εταιρεία χρησιμοποιεί τον όρο ΣΔΙΤ -παρόλο που δεν έχει ακολουθηθεί η τυπική διαδικασία υλοποίησης του έργου μέσω ΣΔΙΤ- κυρίως επειδή είναι επικοινωνιακά ελκυστικός (Σκαρμούτσος, 2014).

κλινικής του Ολυμπιακού Χωριού, ενώ παράλληλα εποπτεύει και διαχειρίζεται το Κέντρο Υγείας Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Κερατέας - Κ. Πρίφτης και το Γενικό Νοσοκομείο Θήρας (ΑΕΜΥ, 2013).

5.4.4 Συμπεράσματα και μελλοντικές προοπτικές των ΣΔΙΤ στην υγεία

Ο θεσμός των συμπράξεων στο χώρο της υγείας υιοθετήθηκε εκτεταμένα από πολλές ευρωπαϊκές χώρες, και κυρίως από τη Βρετανία, κατά την τελευταία δεκαπενταετία. Με δεδομένη τη συρρίκνωση των δημόσιων προϋπολογισμών, οι ιδιωτικοί φορείς καλούνται να αναλάβουν τη χρηματοδότηση, μελέτη, κατασκευή και λειτουργία δημόσιων νοσοκομείων και άλλων δομών υγειονομικής φροντίδας καθώς και την παροχή υπηρεσιών υγείας (Barlow et al., 2013).

Οι εμπειρικές μελέτες από την εφαρμογή του θεσμού δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και δεν δικαιώσαν τους υποστηρικτές του. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση του συγκεκριμένου μοντέλου χρηματοδότησης οδήγησε στην ιδιωτικοποίηση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και παροχών, στην αύξηση του κόστους κατασκευής των υποδομών και στη μετάθεση της επιβάρυνσης για την ανέγερση νοσοκομειακών μονάδων στις μελλοντικές γενιές φορολογουμένων. Ο δημόσιος τομέας μετατρέπεται ουσιαστικά σε «ένοικο» των νοσοκομειακών υποδομών που χρηματοδοτεί, παραχωρώντας συχνά περιουσιακά του στοιχεία σε ιδιώτες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται ενίσχυση των φαινομένων αδιαφάνειας και διαφθοράς στο χώρο της υγείας. Επιπλέον, οι συμπράξεις συνέτειναν στη μείωση της δυναμικότητας των νοσοκομείων και του προσωπικού βάσει κριτηρίων οικονομικής βιωσιμότητας και στη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο χρηματοδοτικό φορτίο. Ο χρόνος ολοκλήρωσης των υποδομών δεν περιορίστηκε, ενώ σημαντικές είναι οι υπερβάσεις στον προϋπολογισμό των έργων. Οι κίνδυνοι που αναλαμβάνει ο ιδιωτικός φορέας αφορούν συνήθως το κατασκευαστικό μέρος του έργου, ενώ σε περίπτωση αποτυχίας του, οι κίνδυνοι μεταβιβάζονται στο Δημόσιο, το οποίο αναλαμβάνει και την αποπεράτωση του έργου.

Συμπερασματικά, η εμπειρία από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας καταδεικνύει την αποτυχία του θεσμού σε όλες τις χώρες τις οποίες υιοθετήθηκε. Στις πρωτοπόρες χώρες, που εισήγαγαν το θεσμό, έχουν εμφανιστεί ήδη τα πρώτα σημάδια εγκατάλειψής του, ενώ πολλά από τα νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν μέσω συμπράξεων φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσχέρειες (McLellan, 2012). Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα, οι δεσμεύσεις του μνημονίου για περικοπή των δημοσίων δαπανών για την υγεία από τη μια μεριά, και η ανάγκη κάλυψης των υγειονομικών αναγκών στο μέλλον από την άλλη αναμένεται ότι θα επιτείνουν την πίεση για ενίσχυση και επέκταση του θεσμού των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Πάντως, η παρούσα συγκυρία χαρακτηρίζεται από την απρο-

θυμία των ιδιωτικών φορέων να συμμετέχουν στην ανάληψη έργων μέσω ΣΔΙΤ, λόγω αδυναμίας εξασφάλισης των απαραίτητων δανειακών κεφαλαίων από τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα¹¹³ –δεδομένου ότι στις συμπράξεις το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από δάνεια τραπεζών– καθώς και από την αβεβαιότητα ως προς την απόδοση των συγκεκριμένων επενδύσεων σε συνθήκες οικονομικής κρίσης.

Ωστόσο, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες (βλ., για παράδειγμα, Barlow et al., 2013), μακροπρόθεσμα αναμένεται να αναθερμανθεί το ενδιαφέρον των επενδυτών για τις συμπράξεις, κυρίως σε σχέση με την αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και τις διογκούμενες υποχρεώσεις των ασφαλιστικών ταμείων λόγω της δημογραφικής γήρανσης. Μία μορφή συμπράξεων που αναμένεται ότι θα εφαρμοστεί ευρύτερα στο μέλλον είναι η κατάργηση παροχής συγκεκριμένων εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς και η παροχή τους από ιδιωτικούς φορείς μέσω συμπράξεων. Για παράδειγμα, τα ορθοπεδικά, τα καρδιολογικά και τα οφθαλμολογικά χειρουργεία θα μπορούσαν να παρέχονται από εξειδικευμένες δομές του ιδιωτικού τομέα και όχι από τις δημόσιες. Με τον τρόπο αυτό αναμένεται να μειωθεί το χρονικό κόστος αναμονής για διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων, ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών, η πιθανότητα ενδονοσοκομειακής λοίμωξης κ.ο.κ. Τα μειονεκτήματα που παρουσιάζονται στις περιπτώσεις αυτές συνίστανται στο υψηλό διοικητικό κόστος και στην αδυναμία πρόβλεψης εξ αρχής όλων των λεπτομερειών της σύμπραξης καθώς και στις δυσκολίες εξασφάλισης ενός συγκεκριμένου επιπέδου ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών.

Επιπλέον, οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να υποχρεώσουν τα νοικοκυριά να διαθέσουν μέρος του εισοδήματός τους για αγορά τίτλων για τη συνταξιοδότηση και την υγεία τους, όπου ο ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε να παρέχει τις υπηρεσίες αυτές με τη μορφή των συμπράξεων (βλ. Barlow et al., 2013.). Ακόμη, σε ορισμένες χώρες τα ασφαλιστικά ταμεία αναζητούν μακροπρόθεσμες ελκυστικές επενδυτικές ευκαιρίες σε ομόλογα έργων που εκδίδονται από επιχειρήσεις

113. Πράγματι, η χρηματοδότηση των ιδιωτών από τις τράπεζες για την ανέγερση υποδομών έχει περιοριστεί, λόγω έλλειψης διαθεσιμότητας κεφαλαίων και υψηλού κόστους δανειοδότησης. Οι τράπεζες αποθαρρύνουν τη χορήγηση δανείων για επισφαλείς επενδύσεις, επιβάλλοντας υψηλά επιτόκια και αυξάνοντας το περιθώριο κέρδους τους.

εκτέλεσης έργων ΣΔΙΤ,¹¹⁴ οι οποίες διά αυτού του τρόπου επιχειρούν να βρουν νέες χρηματοδοτικές πηγές καθώς η δανειοδότηση από τις τράπεζες περιορίζεται, όπως αναφέρουμε παραπάνω. Στον έναν ή στον άλλο βαθμό, οι επιλογές αυτές συνδέονται με τις τάσεις ιδιωτικοποίησης της (κοινωνικής) ασφάλισης (π.χ. στη Βρετανία). Ιδιαίτερα μάλιστα σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης όπου οι παροχές (επιδόματα, συντάξεις κ.λπ.) προσδιορίζονται με βάση τις εισφορές, ο επενδυτικός κίνδυνος για τους ασφαλισμένους που επιφέρουν οι παραπάνω επιλογές είναι υψηλός.

114. Βλ. σχετικά με τις τάσεις αυτές στις χώρες της Λατινικής Αμερικής, στο <http://blogs.worldbank.org/transport/pensioners-paying-projects-new-meaning-ppp-latin-america>. Επίσης, για τη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη βλ. OECD (2011).

6. Κοινωνική (μακροχρόνια) φροντίδα: Αποτύπωση του «υπολειμματικού» αυτού πεδίου άσκησης πολιτικής, ανάγκες και προοπτικές

6.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο αυτό αποτελείται από πέντε ενότητες. Μετά την εισαγωγή, η δεύτερη ενότητα εξετάζει τα χαρακτηριστικά της μακροχρόνιας φροντίδας (ΜΦ). Παρουσιάζονται και αναλύονται στοιχεία από διάφορες πηγές σχετικά με τη διάρθρωση των υπηρεσιών κλειστής και ανοικτής φροντίδας, την τυπική και άτυπη φροντίδα, τη χρηματοδότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών κ.λπ. Η τρίτη ενότητα εξετάζει τις θεσμικές αλλαγές κατά τα τελευταία χρόνια. Η τέταρτη ενότητα παρουσιάζει και σχολιάζει τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τα κέντρα κοινωνικής φροντίδας σχετικά με τη διάρθρωση της απασχόλησης ως προς το επάγγελμα, το επίπεδο εκπαίδευσης και το φύλο, το είδος της παρεχόμενης φροντίδας και τα χαρακτηριστικά των ωφελούμενων. Η πέμπτη ενότητα περιλαμβάνει τις συμπερασματικές παρατηρήσεις.

6.2 Χαρακτηριστικά της ΜΦ

Ο τομέας της μακροχρόνιας φροντίδας έχει αναπτυχθεί με αργό και αποσπασματικό τρόπο. Δεν υφίσταται θεσμοθετημένη-ενιαία παροχή υπηρεσιών προς τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, και κυρίως προς την τρίτη ηλικία. Απουσιάζει επίσης η συστηματική καταγραφή, σε τοπικό επίπεδο, των αναγκών για ΜΦ με βάση το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση υγείας, την εθνοτική καταγωγή, τις

δυνατότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες και άλλα σχετικά χαρακτηριστικά. Ως εκ τούτου, η άτυπη φροντίδα μέσα στην οικογένεια, που παρέχεται είτε από συγγενικά πρόσωπα (χωρίς αμοιβή) είτε από αμειβόμενους φροντιστές (κυρίως από νόμιμα ή παράνομα διαμένουσες στη χώρα-μετανάστριες), παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην κάλυψη των αναγκών (Petmesidou, 2013a, 2014a).

Ειδικότερα, η μακροχρόνια φροντίδα για τους ηλικιωμένους συνίσταται σε υπηρεσίες που παρέχονται: (α) από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (κυρίως νοσηλευτική φροντίδα σε ιδιωτικές κλινικές για χρονίως πάσχοντες ηλικιωμένους, αν και το εύρος και επίπεδο της κάλυψης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κοινωνικο-ασφαλιστικών ταμείων)· (β) από τα «νέα προγράμματα» (ή «νέες δομές», όπως συνήθως αυτά ονομάζονται) για τη φροντίδα των ηλικιωμένων – όπως η «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων που λειτουργούν υπό την αιγίδα των ΟΤΑ· (γ) από την οικογένεια (αμειβόμενη ή μη αμειβόμενη άτυπη φροντίδα)· και (δ) από ΜΚΟ (κυρίως εκκλησιαστικά γηροκομεία). Οι περισσότερες από τις «νέες δομές» ξεκίνησαν να λειτουργούν από τα μέσα-τέλη της δεκαετίας του 1990, στο πλαίσιο των ΟΤΑ, ως προγράμματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από κονδύλια της ΕΕ. Ωστόσο, ο στόχος να ενισχυθούν οι «νέες δομές» με την ανάπτυξη ευρέος φάσματος κοινωνικών υπηρεσιών στους ΟΤΑ της χώρας, ώστε να συγκροτηθούν ενιαίες κοινωνικές υπηρεσίες, όχι μόνον δεν επιτεύχθηκε (θα μπορούσε να ισχυρισθεί κανείς ότι ποτέ δεν τέθηκε τέτοιος στόχος σε συστηματική βάση), αλλά αντίθετα ακόμη και η λειτουργία των νέων προγραμμάτων υπήρξε ασυνεχής λόγω προβλημάτων χρηματοδότησης. Η δημοσιονομική και οικονομική κρίση επιδείνωσε δραματικά τις συνθήκες λειτουργίας των προγραμμάτων αυτών (και εν γένει τις προσφερόμενες κοινωνικές υπηρεσίες από τους ΟΤΑ). Σε μεγάλο βαθμό, η στελέχωση των υπηρεσιών αυτών γίνεται σε προσωρινή βάση (με συμβάσεις που διαρκούν για λίγους μήνες), συνθήκη η οποία κάθε άλλο παρά εξασφαλίζει την αδιάλειπτη και συστηματική τους λειτουργία.

Δεν υφίσταται καθολικό, δημόσιο σύστημα κάλυψης αναγκών ΜΦ. Τα διάφορα κοινωνικο-επαγγελματικά ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν συντάξεις αναπηρίας και επιδόματα. Άλλες παροχές (μη ανταποδοτικού χαρακτήρα) παρέχονται από ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας σε άτομα που έχουν ανάγκη από φροντίδα λόγω ειδικών χρόνιων παθήσεων ή αναπηρίας. Σύμφωνα με στοιχεία που συνέλεξε ομάδα εργασίας του ΟΟΣΑ κατά το 2011 (βλ. OECD, 2013), περίπου το 60%

των δικαιούχων επιδομάτων αναπηρίας (είτε μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, είτε με τη μορφή κοινωνικής βοήθειας μετά από έλεγχο των πόρων) ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών. Οι παροχές στα άτομα αυτά εξαρτώνται από το βαθμό αναπηρίας και το είδος της χρόνιας ασθένειας. Ο βαθμός αναπηρίας αξιολογείται από τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ).

Το κράτος παρέχει ιδρυματική φροντίδα σε άπορους, μοναχικούς ηλικιωμένους ανθρώπους που έχουν ανάγκη από φροντίδα. Ωστόσο στο σύνολο των 26 λειτουργούντων Κέντρων Κοινωνικής Φροντίδας, μόνον τρία από αυτά (δύο στη Βόρεια Ελλάδα και ένα στην Κρήτη) διαθέτουν γηριατρικό τμήμα. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2009 υπήρχαν περίπου 1.900 άτομα (όλων των ηλικιών) σε ιδρυματική φροντίδα και 80 άτομα σε μονάδες ανοικτής φροντίδας (των παραπάνω Κέντρων Κοινωνικής Φροντίδας – ΚΚΦ), ενώ το απασχολούμενο προσωπικό ανερχόταν σε 1.400 απασχολούμενους).

Πίνακας 6.1: Ανθρώπινο δυναμικό των Κέντρων Κοινωνικής Φροντίδας (2010-13)

	Σύνολο απασχολού- μενων (2013)	Μόνιμοι υπηρετού- ντες (2013)	Μόνιμοι / προσωρινά απασχολού- μενοι (2013)	Πληρότητα θέσεων (υπηρετούντες /οργανικές θέσεις (2013)	Μεταβολή της απασχόλησης (2010-2013)
Αν. Μακεδονία & Θράκη	142	121	85% - 15%	30%	-23%
Κεντρική Μακεδονία	367	271	74% -26%	47%	-25%
Ήπειρος	153	142	93% - 7%	60%	-18%
Θεσσαλία	196	182	93% -7%	48%	-17%
Ιόνια Νησιά	37	37	100%	30%	-43%
Δυτική Ελλάδα	28	25	89% -11%	30%	-37%
Στερεά Ελλάδα	150	137	91% -9%	51%	-21%
Αττική	679	579	85% -15%	62%	-31%
Βόρειο Αιγαίο	60	60	100%	57%	-47%
Νότιο Αιγαίο	114	105	92% -8%	41%	-19%
Κρήτη	253	223	88% 12%	57%	-20%
Σύνολο	2179	1883	86% - 14%	-	-

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Πρόνοιας

Στον Πίνακα 6.1 παρουσιάζονται πιο πρόσφατα στοιχεία σχετικά με την απασχόληση στο σύνολο των Κέντρων Κοινωνικής Φροντίδας ανά περιφέρεια.¹¹⁵ Η αποτύπωση της απασχόλησης στα 38 ΚΚΦ¹¹⁶ (όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.1) δεν είναι απολύτως συμβατή με την απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ, δεδομένου ότι το 2013 η συνολική απασχόληση ανερχόταν σε 2.179 άτομα και, από ό,τι φαίνεται, υπήρξε σημαντική μείωση της απασχόλησης μεταξύ 2010 και 2013 (η μείωση αυτή κυμαίνεται μεταξύ 19% στην περιφέρεια Νότιου Αιγαίου και 47% στην περιφέρεια Βόρειου Αιγαίου). Είναι αξιοσημείωτο το υψηλό ποσοστό των οργανικών θέσεων που παραμένουν ακάλυπτες σε όλες τις περιφέρειες (κυρίως δε στην Αττική που συγκεντρώνει μεγάλο μέρος του πληθυσμού). Επίσης, στο σύνολο των απασχολούμενων αυτοί που κατέχουν μόνιμη οργανική θέση αποτελούν το 86%. Το ποσοστό των προσωρινά απασχολούμενων, σε συνδυασμό με την πολύ χαμηλή πληρότητα οργανικών θέσεων μας δείχνει τις μεγάλες ανάγκες σε προσωπικό σε όλες σχεδόν τις περιφέρειες. Επίσης να τονίσουμε ότι λόγω της εναλλαγής ατόμων με συμβάσεις λίγων μηνών (όπως, για παράδειγμα, η πεντάμηνη εργασία για νέους ανέργους), τα παραπάνω στοιχεία δεν αντανακλούν πλήρως την έκταση της προσωρινής απασχόλησης στα ΚΚΦ. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου, η δυναμικότητα των ΚΚΦ ανέρχεται σε 2.087 εξυπηρετούμενους (είτε σε κλειστή είτε σε ανοικτή φροντίδα), και η πληρότητα σε περίπου 90%.

Οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς καλύπτουν –πλήρως ή μερικώς– ιατρικές και νοσηλευτικές δαπάνες σε ιδιωτικές κλινικές, ιατρικές εξετάσεις και βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης. Μόνο το 8% του πληθυσμού έχει συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας με την οποία καλύπτεται και ένα μικρό μέρος της ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας (Βακάλη, 2011). Το μεγαλύτερο, πάντως, μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας στη χώρα μας παρέχεται από άτυπους φροντιστές (π.χ. συγγενείς, φίλοι κ.λπ.). Η βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ (OECD Health Data, 2012) παρέχει στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των άτυπων φροντιστών μακροχρόνιας φροντίδας για τα έτη 2004 και 2006. Την περίοδο αυτή ο αριθμός των άτυ-

115. Μια αναλυτικότερη παρουσίαση της διάρθρωσης της απασχόλησης και των εξυπηρετούμενων στα Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας παρουσιάζεται παρακάτω στην Ενότητα 6.4, με βάση τη συλλογή στοιχείων σχεδόν από όλα τα Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας μέσα από επικοινωνία που είχαμε με τους διοικητές των Κέντρων αυτών κατά τα μέσα του 2014.

116. Στις 13 περιφέρειες της χώρας.

πων φροντιστών παρουσιάζει σημαντική μείωση που φτάνει το 27% περίπου.¹¹⁷ Η μείωση αυτή, διαχρονικά, μπορεί να οφείλεται στη μεταβολή της δομής της οικογένειας και την αδυναμία παραμονής των ηλικιωμένων σε αυτήν καθώς και σε κάποια προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας που αναπτύσσονται, αν και αποσπασματικά, από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και μετά (π.χ. το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»). Ο αριθμός των γυναικών άτυπων φροντιστών υπερτερεί του αριθμού των ανδρών άτυπων φροντιστών με μία αναλογία περίπου 70%-30%, η οποία μεταβάλλεται διαχρονικά ενισχύοντας ακόμη περισσότερο το ρόλο των γυναικών ως άτυπων φροντιστών.

Πίνακας 6.2: Στατιστικά δεδομένα για τους άτυπους φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα για τα έτη 2004 και 2006

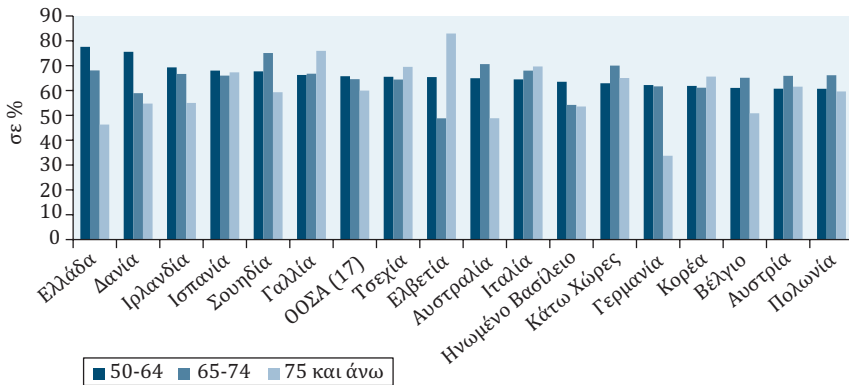
Άτυποι φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας*	2004	2006
Σύνολο	375.283	273.234
ανά 1000 κατοίκους	33,9	24,5
ως % του συνολικού πληθυσμού ηλικίας 65+	18,9	13,2
γυναίκες	252.357	191.610
% γυναικών που απασχολούνται ως άτυποι φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας	67,2	70,1
% γυναικών για το συνολικό πληθυσμό ηλικίας 65+	12,7	9,3
άνδρες	122.927	81.624
% ανδρών που απασχολούνται ως άτυποι φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας	32,8	29,9
% ανδρών για τον συνολικό πληθυσμό ηλικίας 65+	6,2	3,9

Πηγή: OECD (2012)

* Όλα τα στοιχεία προέρχονται από εκτιμήσεις.

117. Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ προέρχονται από έρευνες εθνικών και υπερεθνικών φορέων για την υγεία και αναφέρονται σε άτομα άνω των 50 ετών που παρέχουν υπηρεσίες άτυπης φροντίδας σε συγγενικά πρόσωπα. Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να ιδωθούν με επιφύλαξη, δεδομένου ότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο να καταγραφεί ο αριθμός των άτυπων φροντιστών.

Διάγραμμα 6.1: Ποσοστό των γυναικών μεταξύ όλων των άτυπων φροντιστών ηλικίας άνω των 50 ετών σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, γύρω στο 2007



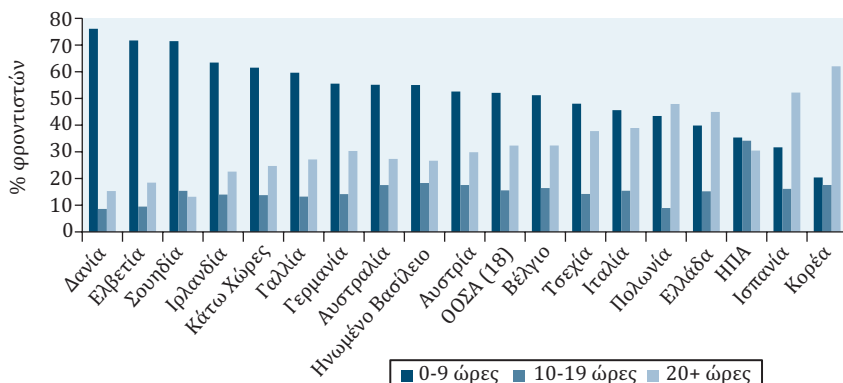
Πηγή: OECD (2011)

Σημαντική είναι η συμβολή των γυναικών, ιδιαίτερα αυτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών, στην παροχή άτυπης μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Όπως γίνεται φανερό από το Διάγραμμα 6.1, το 77,6% των άτυπων φροντιστών ηλικίας 50-64 ετών στην Ελλάδα είναι γυναίκες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 65,8%. Καθώς, όμως, η ηλικία αυξάνεται, το ποσοστό των γυναικών άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα μειώνεται δραματικά. Έτσι, για την ηλικιακή ομάδα 65-74, το αντίστοιχο ποσοστό διαμορφώνεται στο 68,1% για την Ελλάδα (και στο 64,6% για τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ), ενώ για την ηλικιακή ομάδα 75 ετών και άνω στο 46,3% για την Ελλάδα (και στο 60% για τις χώρες του ΟΟΣΑ).¹¹⁸ Αναφορικά με την τελευταία αυτή ηλικιακή ομάδα, η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις χαμηλότερες θέσεις στην κατάταξη των χωρών του ΟΟΣΑ.

Ο χρόνος παροχής φροντίδας (υπολογισμένος σε ώρες) από άτυπους φροντιστές παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 6.2. Η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ των χωρών με τα μεγαλύτερα ποσοστά άτυπων φροντιστών που απασχολούνται στην παροχή φροντίδας για πάνω από 20 ώρες το 24ωρο (44,9%) σε σχέση με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (32,3%). Αυτό δηλώνει ότι οι μισοί περίπου άτυποι φροντιστές στην Ελλάδα απασχολούνται σχεδόν όλο το 24ωρο με την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας.

118. Με την επιφύλαξη και πάλι για τα στοιχεία του ΟΟΣΑ.

Διάγραμμα 6.2: Ωρες παροχής φροντίδας από άτυπους φροντιστές σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, γύρω στο 2007



Πηγή: OECD (2011)

Τα δημόσια ιδρύματα για τους χρονίως πάσχοντες έχουν ανεπαρκή χρηματοδότηση, η οποία προέρχεται από τον δημόσιο προϋπολογισμό και τα ημερήσια νοσήλια που καταβάλλουν οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, σύμφωνα με σχετικά πρόσφατη νομοθεσία, το 40% έως 80% του εισοδήματος από συντάξεις των χρονίως πασχόντων που νοσηλεύονται σε δημόσια ιδρύματα (συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρείων) παρακρατείται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης για τα έξοδα περίθαλψής τους (με βάση το νόμο 3984/2011, παρ. 8 του άρθρου 66). Μετά την πρόσφατη αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών μονάδων, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία λειτουργούν περίπου 2000 κλίνες (που μπορεί να μετρηθούν ως κρεβάτια μακροχρόνιας περίθαλψης), ενώ σε όλα τα άλλα νοσοκομεία εκτιμάται ότι γύρω στις 1.000 μπορούν να χρησιμοποιούνται για τη μακροχρόνια φροντίδα.¹¹⁹

Στο πλαίσιο σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ, ορισμένες ιδιωτικές κλινικές παρέχουν υπηρεσίες ΜΦ (ως επί το πλείστον σε ανίατους ασθενείς σε τελικό στάδιο). Μα-

119. Στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας. Μερικές κλίνες παρέχονται επίσης από ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων, μέσω συμβάσεων που έχουν συναφθεί από το υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας για άπορους ηλικιωμένους (λόγω της ανεπάρκειας των κλινών στα δημόσια ιδρύματα). Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία πληροφορία σχετικά με τον συνολικό αριθμό τους.

κροχρόνια φροντίδα σε άτομα τρίτης ηλικίας που έχουν δυσκολία να αυτοεξυπηρετηθούν (κυρίως άποροι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι) παρέχεται επίσης από περίπου 100 μη κερδοσκοπικά γηροκομεία. Τα περισσότερα από αυτά αποτελούν εκκλησιαστικά ιδρύματα, ενώ ορισμένα λειτουργούν ως κληροδοτήματα ή είναι υπό την αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Υπάρχουν επίσης περίπου 100 ιδιωτικοί-κερδοσκοπικοί «οίκοι ευγηρίας» για ηλικιωμένους. Εκτιμάται ότι συνολικά τα κερδοσκοπικά και μη ιδρύματα έχουν δυναμικότητα περίπου 15.000 κλινών. Τα μη κερδοσκοπικά ιδρύματα χρηματοδοτούνται εν μέρει από το κράτος, εν μέρει από δωρεές αλλά και τέλη αποζημίωσης που καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Είναι ενδιαφέρον ότι κατά τα τελευταία χρόνια η πληρότητα των ιδρυμάτων αυτών μειώθηκε σημαντικά από 100% σε περίπου 80%.¹²⁰ Λόγω της κρίσης και της οικονομικής δυσπραγίας, οι οικογένειες επιλέγουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους στο σπίτι, καθώς η σύνταξη των ηλικιωμένων μελών αποτελεί σημαντική πηγή εισοδήματος ιδιαίτερα για νοικοκυριά που πλήττονται από την ανεργία.

Ανοικτή φροντίδα σε ηλικιωμένους παρέχεται από τα 68 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).¹²¹ Αναλαμβάνουν τη φροντίδα ευπαθών ηλικιωμένων με σοβαρά οικονομικά προβλήματα τους οποίους δεν μπορούν να φροντίσουν τα μέλη των οικογενειών τους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αυτές οι μονάδες λειτουργούν στο πλαίσιο δημοτικών επιχειρήσεων ή συνεργασιών μεταξύ διαδημοτικών επιχειρήσεων και συνεργάζονται με τις τοπικές κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες. Από την ίδρυσή τους, χρηματοδοτούνται (στον ένα ή άλλο βαθμό) από πόρους της ΕΕ, και φιλοξενούν περίπου 1.500 άτομα τρίτης ηλικίας (το δε προσωπικό ανέρχεται σε περίπου 270 άτομα).

Όπως και με τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (που άρχισε να εφαρμόζεται το 1998) λειτουργεί στο πλαίσιο δημοτικών επιχειρήσεων και χρηματοδοτείται εν μέρει από πόρους της ΕΕ. Το 2014 λειτουργούσαν περίπου 879 προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι», που παρέχουν

120. Πληροφορία που λάβαμε από την Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων την άνοιξη του 2013.

121. Υπάρχουν, επίσης, τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), που λειτουργούν υπό την αιγίδα δημοτικών επιχειρήσεων ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Ωστόσο, τα ΚΑΠΗ έχουν κατά κύριο λόγο ψυχαγωγική λειτουργία· οι υπηρεσίες πρόληψης και ιατρικής περίθαλψης που παρέχονται είναι πολύ περιορισμένου εύρους.

υπηρεσίες σε περίπου 76.000 δικαιούχους. Το απασχολούμενο προσωπικό απο-τελούνταν από περίπου 3.680 άτομα (κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και οικιακούς βοηθούς), η πλειοψηφία των οποίων απασχο-λούνταν σε προσωρινή βάση (με συμβάσεις ορισμένου χρόνου). Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει νοσηλευτική φροντίδα, υπηρεσίες κοινωνικής φρο-ντίδας και οικιακής βοήθειας σε ηλικιωμένους (και / ή άτομα με ειδικές ανάγκες) που ζουν μόνα και αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Επίσης λειτουργούν τρεις κατηγορίες κέντρων αποκατάστασης που παρέ-χουν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες (τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστα-σης Αναπήρων, τα Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτι-σης Ατόμων με Αναπηρία [ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ], και τα Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης).¹²² Με το νόμο 4025 του 2011, τα κέντρα αυτά θεραπείας και αποκατάστασης περιήλθαν υπό τη διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

6.3 Θεσμικές αλλαγές κατά τα τελευταία χρόνια¹²³

Το 2010, η αναθεώρηση της διοικητικής διάρθρωσης (με το λεγόμενο σχέ-διο «Καλλικράτης») μετέφερε την αρμοδιότητα της κοινωνικής φροντίδας και κοινωνικής πρόνοιας στις τοπικές αρχές. Ωστόσο, η κρίση και η δημοσιονομική λιτότητα περιορίζουν σημαντικά τις δυνατότητες των ΟΤΑ να ενσωματώσουν σε ενιαίες δομές τις υφιστάμενες «κατακερματισμένες» προνοιακές υπηρεσίες. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τόσο η «Βοήθεια στο Σπίτι» όσο και οι δομές ημερήσιας φροντίδας στηρίχθηκαν σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότηση από ευρωπαϊκά προγράμματα και ευέλικτες μορφές απασχόλησης. Αυτές οι συνθή-κες επηρεάζουν αρνητικά την παροχή υπηρεσιών.

Το 2011 έγινε μία ακόμη θεσμική αλλαγή: ο νόμος 4025 του 2011 προώθησε τη λειτουργική συγχώνευση των κέντρων κοινωνικής φροντίδας ανά νομό και περιφέρεια. Οι 92 μονάδες κοινωνικής φροντίδας (για ΑμΕΑ, παιδιά & οικογέ-

122. Υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται επίσης από ιδιωτικά κέντρα. Η κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών που προσφέρονται από ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης ποι-κίλλει μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων.

123. Βλ. επίσης Παράρτημα Ι (ενότητα Ι-Γ) όπου παρατίθεται αναλυτικά η πρόσφατη νομοθεσία που αφορά τη ΜΦ για την τρίτη ηλικία.

νεις, και για ηλικιωμένους) συγχωνευθήκαν σε 22 οργανισμούς, στις 13 διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Επίσης, ο νόμος αυτός εισήγαγε τη δημιουργία ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων για όλους τους αποδέκτες προνοιακών επιδομάτων.

Η κατοχύρωση του δικαιώματος σε υπηρεσίες ΜΦ, είτε μέσω συμπληρωματικής κοινωνικής ασφάλισης είτε μέσω ενός καθολικού συστήματος που θα χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία (με ή χωρίς εισοδηματικά κριτήρια για την παροχή υπηρεσιών), θα μπορούσε να είναι μια διαρθρωτική λύση για την αντιμετώπιση των μελλοντικών αναγκών λόγω της δημογραφικής γήρανσης.¹²⁴ Ωστόσο, κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με τις επιταγές της λιτότητας. Επιπλέον, η ένταξη της ΜΦ στην κοινωνική ασφάλιση απαιτεί αύξηση των εισφορών, κάτι το οποίο επίσης έρχεται σε αντίθεση με τη δέσμευση στο πλαίσιο του «Μνημονίου» για μείωση των ασφαλιστικών εισφορών. Να τονίσουμε ότι με τον παραπάνω νόμο η κυβέρνηση κατέστησε δυνατή τη χρήση των πόρων του ΑΚΑΓΕ (Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών), που συγκροτήθηκε το 2008 ως ένα αποθεματικό ταμείο για την κάλυψη των μελλοντικών αναγκών χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης, για να αντιμετωπίσει τις μεγάλες ανάγκες χρηματοδότησης προγραμμάτων όπως το «Βοήθεια στο σπίτι». Επιπλέον, ο νόμος 4052 του 2012 κάνει ρητή αναφορά στη χρήση των πόρων του ΑΚΑΓΕ για το συγκεκριμένο πρόγραμμα, προσθέτοντας στη σχετική νομοθεσία για τη λειτουργία του ΑΚΑΓΕ έναν ακόμη σκοπό – αυτόν της χρήσης των αποθεματικών του για την κάλυψη του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών ΜΦ που προσφέρονται από το ως άνω πρόγραμμα. Οι πόροι που θα διατίθενται για τη «Βοήθεια στο Σπίτι» θα μεταφέρονται από τον ΑΚΑΓΕ στο ΙΚΑ που, από την ψήφιση του νόμου 4022, έχει την ευθύνη για τη διαχείριση του προγράμματος αυτού. Ωστόσο, παρόλο που ο ΑΚΑΓΕ χρηματοδοτείται από τις εισφορές των συνταξιούχων, η πρόσβαση στο «νέο» πρόγραμμα στηρίζεται αυστηρά στον έλεγχο των πόρων και απευθύνεται σε μοναχικούς άπορους ηλικιωμένους (ή

124. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, ο λόγος εξάρτησης των ηλικιωμένων (δηλαδή η αναλογία ατόμων 65 ετών και άνω προς τον αριθμό των ατόμων 15-64 ετών), διατυπωμένος σε ποσοστά, ήταν 30% στην Ελλάδα το 2013 (27,5% στην ΕΕ-28). προβλέπεται δε να αυξηθεί σε περίπου 53% το 2040 και 61% το 2060 στην Ελλάδα (45% και 50%, αντίστοιχα, στην ΕΕ-28).

ζευγάρια) 78 ετών και άνω, καθώς και σε συνταξιούχους ΑμΕΑ (με επίπεδο αναπηρίας 67% και άνω) ανεξάρτητα από την ηλικία, οι οποίοι πληρούν τα απαιτούμενα κριτήρια εισοδήματος (το κατώτατο όριο καθορίζεται στο επίπεδο των 7.715 ευρώ ετησίως).¹²⁵

Επιπλέον, το νέο θεσμικό πλαίσιο ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων, καθώς εκτός από τις δομές «Βοήθειας στο Σπίτι» που λειτουργούν στους ΟΤΑ, και άλλοι κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα φορείς που προσφέρουν αντίστοιχες υπηρεσίες «Βοήθειας στο Σπίτι» μπορούν να υποβάλλουν προσφορές στο ΙΚΑ το οποίο θα καταρτίσει και θα επικαιροποιεί συστηματικά το μητρώο πιστοποιημένων φορέων, από τους οποίους οι δικαιούχοι θα μπορούν να επιλέγουν πάροχο. Παράλληλα, προβλέπεται η διακοπή της κρατικής χρηματοδότησης των δημοτικών δομών «Βοήθειας στο Σπίτι». Προτείνεται δε σε όσους εργάζονται σε αυτές να σχηματίσουν κοινωνικές συνεταιριστικές επιχειρήσεις με στόχο να ενταχθούν στο νέο ανταγωνιστικό σύστημα. Λόγω της έντονης αντίδρασης των ΟΤΑ και των συνδικαλιστικών φορέων των κοινωνικών λειτουργιών, η πλήρης εφαρμογή των εν λόγω ρυθμίσεων δεν έχει εφαρμοσθεί πλήρως. Κατά τα τέλη του 2013 ανανεώθηκε η κρατική χρηματοδότηση των δημοτικών δομών για έναν ακόμη χρόνο.

6.4 Τα Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας: Εμπειρική επισκόπηση

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζουμε τα χαρακτηριστικά των ΚΚΦ (είδος παρεχόμενης φροντίδας, διάρθρωση απασχόλησης, χαρακτηριστικά εξυπηρετούμενων κ.λπ.) με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε με ερωτηματολόγια τα οποία ζητήσαμε να συμπληρώσουν αρμόδια στελέχη των μονάδων κοινωνικής φροντίδας σε όλες τις περιφέρειες. Η εμπειρική αυτή διερεύνηση πραγματοποιήθηκε την άνοιξη του 2014 και καλύπτει περίπου το 98% των μονάδων κοινωνικής φροντίδας στη χώρα. Στόχος της έρευνας ήταν να αποτυπώσει σε αδρές γραμμές τα χαρακτηριστικά της ΜΦ τόσο από τη σκοπιά της προσφοράς όσο και από τη σκοπιά της ζήτησης υπηρεσιών. Στο σύνολο των μονάδων κοινωνικής φροντίδας για τις

125. Όπως λειτουργούσε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» από τους ΟΤΑ μέχρι πρόσφατα, δεν απαιτούσε αυστηρό έλεγχο των πόρων, καθώς οι αποφάσεις για ένταξη ηλικιωμένων (ή ΑμΕΑ) σε αυτό στηρίζονταν κυρίως σε εκτίμηση των αναγκών από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

οιότι λάβαμε πληροφορίες απασχολούνται 1.908 άτομα και οι εξυπηρετούμενοι (είτε σε κλειστή είτε σε ανοικτή φροντίδα) ανέρχονται σε 2.971.¹²⁶

6.4.1 Χαρακτηριστικά της απασχόλησης

Αναφορικά με τη διάρθρωση των επαγγελματιών στα ΚΚΦ ανά την Ελλάδα, οι διοικητικοί υπάλληλοι, το τεχνικό και το βοηθητικό προσωπικό συνιστούν περίπου το 50% των απασχολούμενων (βλ. Πίνακα 6.3). Οι νοσηλευτές και βοηθοί αυτών αποτελούν το 30% των απασχολούμενων, ενώ οι επιστημονικές ειδικότητες όπως ψυχολόγοι, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί συνιστούν περίπου το 14% των απασχολούμενων (ακόμη, περίπου 15% των απασχολούμενων που δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες κάνουν εργασίες οι οποίες, στον ένα ή άλλο βαθμό, είναι συναφείς με αυτές του τεχνικού και βοηθητικού προσωπικού).

Πίνακας 6.3: Επαγγελματική ειδικότητα απασχολούμενων στα ΚΚΦ

	Συχνότητα	%
Διοικητικοί	240	12,6
Βοηθητικό προσωπικό (κλήτρες, καθαριστές, κηπουροί, μάγειροι, φύλακες κ.λπ.)	431	22,6
Τεχνικό προσωπικό (μηχανικοί, ηλεκτρολόγοι, υδραυλικοί, ξυλουργοί κ.λπ.)	87	4,6
Ψυχολόγοι	31	1,6
Λογοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές κ.λπ.	153	8,0
Ιατροί (όλων των ειδικοτήτων)	20	1,0
Κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι	70	3,4
Νοσηλευτές	358	18,8
Βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς κ.λπ.	231	12,1
Άλλη κατηγορία	287	15,4
Σύνολο	1.908	100,0

126. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν μικρότερο αριθμό απασχολούμενων από ό,τι η απογραφή του Υπουργείου Εργασίας (βλ. Πίνακα 6.1) διότι δεν περιλαμβάνεται το 100% των λειτουργούντων μονάδων ΚΦ (απουσιάζουν στοιχεία για τις περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου).

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, οι απασχολούμενοι που έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση (ΥΠ) αποτελούν το ένα τρίτο (33,3%) των εργαζομένων στα ΚΚΦ, οι απασχολούμενοι με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΕ) ανέρχονται σε 37%, και αυτοί με τριτοβάθμια εκπαίδευση –είτε πρόκειται για ΑΕΙ είτε για ΤΕΙ– σε περίπου 30% (βλ. Πίνακα 6.4).

Πίνακας 6.4: Επίπεδο εκπαίδευσης απασχολούμενων στα ΚΚΦ

	Συχνότητα	%
ΥΠ	635	33,3
ΔΕ	711	37,3
ΠΕ (ΑΕΙ ή ΤΕΙ)	562	29,5
Σύνολο	1.908	100,0

Για την ομαδοποίηση με βάση την επαγγελματική ειδικότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης συγχωνεύσαμε τις κατηγορίες Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ), διότι η διάκριση αυτή σε διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες εμφανίζει κελιά με λίγες ή και καθόλου τιμές. Όπως προκύπτει από την ανάλυση, οι περισσότεροι διοικητικοί, βοηθητικοί, τεχνικοί κ.λπ. είναι ΥΠ και ΔΕ. Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών έχει επίπεδο εκπαίδευσης ΥΠ και ΔΕ (βλ. Πίνακα 6.5).

Σε όλες τις περιφέρειες (εκτός του Νοτίου Αιγαίου) οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των απασχολούμενων. Το μεγαλύτερο ποσοστό απασχολούμενων γυναικών καταγράφεται στα Ιόνια Νησιά (βλ. Πίνακα 6.6).

Επίσης, παρατηρείται ότι στις περιφέρειες που παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.7 το μεγαλύτερο ποσοστό των απασχολούμενων βρίσκεται σε κέντρα κλειστής φροντίδας. Μόνο στην Αν. Μακεδονία & Θράκη και στην Κρήτη τα κέντρα ανοιχτής φροντίδας καταγράφουν μεγαλύτερο ποσοστό απασχόλησης από ό,τι τα κέντρα κλειστής φροντίδας. Όπως δείχνουν τα στοιχεία στον πίνακα αυτό, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εξεταζόμενων περιφερειών ως προς τη διάρθρωση της απασχόλησης. Οι διοικητικοί υπάλληλοι, το τεχνικό και

Πίνακας 6.5: Επαγγελματική ειδικότητα και επίπεδο εκπαίδευσης

	Συχνότητα	%
Διοικητικοί ΥΠ & ΔΕ	162	8,5
Διοικητικοί ΠΕ	78	4,1
Βοηθητικό προσωπικό ΥΠ & ΔΕ	431	22,6
Τεχνικό προσωπικό ΥΠ & ΔΕ	76	4,0
Τεχνικό προσωπικό ΠΕ	11	0,6
Ψυχολόγοι ΠΕ	31	1,6
Λογοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές ΔΕ	8	0,4
Λογοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές ΠΕ	145	7,6
Ιατροί (όλων των ειδικοτήτων) ΠΕ	20	1,0
Κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι ΠΕ	70	3,7
Νοσηλεύτες ΥΠ & ΔΕ	99	5,2
Νοσηλεύτες ΠΕ	132	6,9
Βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς ΥΠ & ΔΕ	345	18,0
Βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς ΠΕ	13	0,7
Άλλη κατηγορία ΥΠ & ΔΕ	125	11,8
Άλλη κατηγορία ΠΕ	62	3,2
Σύνολο	1.908	100,0

βοηθητικό προσωπικό (συμπεριλαμβανομένων και των βοηθών νοσηλευτών, τραυματιοφορέων κ.λπ.) αποτελούν την πλειοψηφία των εργαζομένων σε όλες τις περιφέρειες (βλ. Πίνακα Π-9, Παράρτημα ΙΙΙ).

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των απασχολούμενων στα κέντρα κοινωνικής φροντίδας ανά περιφέρεια, παρατηρούμε ότι σε πολλές περιφέρειες (Ήπειρος, Ιόνια Νησιά, Βόρειο Αιγαίο και Στερεά Ελλάδα) πάνω από το 40% των απασχολούμενων έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (ΥΕ) (βλ. Πίνακα Π-10, Παράρτημα ΙΙΙ). Ωστόσο, η Στερεά Ελλάδα παρουσιάζει συγκριτικά υψηλό ποσοστό απασχολούμενων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ενώ αυτοί με επίπεδο εκπαίδευσης ΔΕ αποτελούν το μικρότερο ποσοστό σε σύγκριση με όλες τις άλλες περιφέρειες). Η Αττική συγκεντρώνει το υψηλότερο ποσοστό απασχολούμενων δευτεροβάθ-

Πίνακας 6.6: Διάρθρωση απασχόλησης σε κάθε περιφέρεια με βάση το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Άντρας	Γυναίκα	
Περιφέρειες*	Αν. Μακεδονία & Θράκη	31,7%	68,3%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	30,9%	69,1%	100,0%
	Ήπειρος	25,5%	74,5%	100,0%
	Θεσσαλία	32,1%	67,9%	100,0%
	Ιόνια Νησιά	14,3%	85,7%	100,0%
	Αττική	28,1%	71,9%	100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	42,3%	57,7%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	57,0%	43,0%	100,0%
	Κρήτη	30,0%	70,0%	100,0%
	Στερεά Ελλάδα	31,6%	68,4%	100,0%
Σύνολο		31,2%	68,8%	100,0%

Σημείωση: * Δεν περιλαμβάνονται οι περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας, Δυτικής Ελλάδας & Πελοποννήσου διότι δεν λάβαμε στοιχεία από τα ΚΚΦ σε αυτές τις περιφέρειες.

Πίνακας 6.7: Απασχόληση ανά κατηγορία παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας

Περιφέρεια και κέντρο κοινωνικής φροντίδας	Κατηγορία φροντίδας		Σύνολο
	Κλειστή φροντίδα	Ανοιχτή φροντίδα	
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	41,6%	58,3%	100,0%
Κεντρική Μακεδονία	73,7%	26,3%	100,0%
Ήπειρος	86,7%	13,3%	100,0%
Θεσσαλία	72,3%	26,7%	100,0%
Ιόνια Νησιά	52,4%	47,6%	100,0%
Αττική	73,0%	27,0%	100,0%
Βόρειο Αιγαίο	79,4%	20,6%	100,0%
Νότιο Αιγαίο	100,0%	-	100,0%
Κρήτη	40,4%	59,6%	100,0%
Στερεά Ελλάδα	100,0%	-	100,0%
Σύνολο	67,7%	24,3%	100,0%

μιας εκπαίδευσης, ωστόσο επίσης ένα τρίτο των απασχολούμενων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στις περιφέρειες της Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης και της Κεντρικής Μακεδονίας, παρατηρούμε σχετικά υψηλά ποσοστά απασχολούμενων με επίπεδο εκπαίδευσης ΥΕ (κάτι λιγότερο από 40%), συγκριτικά χαμηλά ποσοστά με επίπεδο εκπαίδευσης ΔΕ, και ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 30% και 38% για αυτούς με τριτοβάθμια εκπαίδευση.

6.4.2 Χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων και είδος παρεχόμενης φροντίδας

Σε επτά περιφέρειες το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων βρίσκεται σε μονάδες κλειστής φροντίδας. Ειδικά στην περιφέρεια Βόρειου Αιγαίου ένα υψηλό ποσοστό των ατόμων και των δύο φύλων λαμβάνουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που κατατάσσονται ως άλλη κατηγορία και αφορούν κυρίως τη λειτουργία μονάδων ημι-αυτόνομης διαβίωσης (βλ. Πίνακα 6.8).

Ως προς το λόγο (ratio) των απασχολούμενων ανά 10 εξυπηρετούμενους ανά περιφέρεια, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στο σύνολο των απασχολούμενων (βλ. Πίνακα 6.9). Ιδιαίτερα υψηλή αναλογία (αναφορικά με το σύνολο των απασχολούμενων) παρατηρείται στα ΚΚΦ της Αττικής και της Κρήτης και ακολουθούν η Στερεά Ελλάδα και το Βόρειο και Νότιο Αιγαίο. Να σημειώσουμε ότι, με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 6.1., η Αττική και η Κρήτη εμφανίζουν σχετικά υψηλό ποσοστό κάλυψης των οργανικών θέσεων στα ΚΚΦ. Παρ' όλα αυτά όμως, φαίνεται να υπάρχει αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών που δύσκολα μπορεί να καλυφθεί από το υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι αν εξειδικεύσουμε τα κριτήρια αναφορικά με την επιστημονική κατάρτιση και το επίπεδο εκπαίδευσης των απασχολούμενων, οι λόγοι μειώνονται αισθητά. Η τρίτη στήλη που περιλαμβάνει τους απασχολούμενους τεχνικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (εκτός του διοικητικού και τεχνικού προσωπικού) δείχνει ότι ο λόγος κυμαίνεται από 1/10 (Κεντρική Μακεδονία, Θεσσαλία, Ιόνια Νησιά) μέχρι 4/10 (Κρήτη). Δεν υπάρχουν διαθέσιμα συγκρίσιμα στοιχεία για άλλες χώρες. Να σημειώσουμε ωστόσο ότι η αναλογία επιστημονικού προσωπικού προς εξυπηρετούμενους σε μονάδες ανοικτής φροντίδας που αναφέρεται στην "Encyclopedia of Elderly Care" (Mezey, 2001: 13) είναι 1/8. Ωστόσο, ανάλογα με το βαθμό αναπηρίας των εξυπηρετούμενων (καθώς επίσης και αν συνυπάρχει κλειστή και ανοικτή φροντίδα σε μια μονάδα), η αναλογία μπορεί να είναι πολύ μικρότερη (>1/6).

Πίνακας 6.8: Περιφέρεια και φύλο εξυπηρετούμενων ανά κέντρο κοινωνικής φροντίδας

		Είδος κέντρου κοινωνικής προστασίας			Σύνολο
		Κλειστή φροντίδα	Ανοικτή φροντίδα	Άλλη κατηγορία	
Άντρες	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	42,0%	53,8%	4,2%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	73,0%	16,6%	10,4%	100,0%
	Ήπειρος	82,1%	17,9%		100,0%
	Θεσσαλία	68,7%	22,1%	9,2%	100,0%
	Ιόνια Νησιά	48,6%	51,4%		100,0%
	Αττική	71,8%	14,7%	13,4%	100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	75,0%		25,0%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	40,8%	53,9%	5,3%	100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
	Σύνολο	67,9%	23,4%	8,7%	100,0%
Γυναίκα	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	41,3%	49,2%	9,5%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	75,2%	24,8%		100,0%
	Ήπειρος	89,4%	10,6%		100,0%
	Θεσσαλία	75,5%	21,1%	3,4%	100,0%
	Ιόνια Νησιά	57,7%	42,3%		100,0%
	Αττική	74,9%	16,2%	8,9%	100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	85,7%		14,3%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	40,1%	42,7%	17,2%	100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
	Σύνολο	67,5%	25,3%	7,2%	100,0%
Σύνολο	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	41,6%	51,4%	6,9%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	73,7%	19,2%	7,1%	100,0%
	Ήπειρος	86,7%	13,3%		100,0%
	Θεσσαλία	72,3%	21,6%	6,1%	100,0%
	Ιόνια Νησιά	52,4%	47,6%		100,0%
	Αττική	73,0%	15,3%	11,7%	100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	79,4%		20,6%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	40,4%	47,7%	11,9%	100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
	Σύνολο	67,7%	24,3%	8,0%	100,0%

Πίνακας 6.9: Αναλογία απασχολούμενων ανά 10 εξυπηρετούμενους ανά περιφέρεια

	Απασχολούμενοι ανά 10 εξυπηρετούμενους		
	Σύνολο απασχολουμένων	Απασχολούμενοι (εκτός του διοικητικού & τεχνικού προσωπικού)	Απασχολούμενοι (εκτός του διοικητικού & τεχνικού προσωπικού) με επίπεδο εκπαίδευσης ΤΕΙ & ΑΕΙ
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	5	5	2
Κεντρική Μακεδονία	4	4	1
Ήπειρος	7	6	2
Θεσσαλία	7	6	1
Ιόνια Νησιά	7	6	1
Αττική	10	8	3
Βόρειο Αιγαίο	8	7	2
Νότιο Αιγαίο	9	7	2
Κρήτη	19	16	4
Στερεά Ελλάδα	8	7	2

Όπως αναφέρουμε παραπάνω, μόνο τρεις μονάδες κοινωνικής φροντίδας απευθύνονται κατεξοχήν στα άτομα τρίτης ηλικίας (δύο στη Βόρεια Ελλάδα και μία στην Κρήτη). Στις μονάδες αυτές παρέχονται κυρίως υπηρεσίες κλειστής φροντίδας. Ωστόσο, στην Κρήτη παρατηρούμε επίσης ότι για τα άτομα άνω των 65 ετών παρέχονται υπηρεσίες κλειστής φροντίδας στο 46%, ανοικτής φροντίδας στο 26% και υπηρεσίες υποστήριξης ημι-αυτόνομης διαβίωσης στο 28% των ωφελούμενων (βλ. Πίνακα 6.10). Σε γενικές γραμμές, τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα μας δείχνουν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο ενισχύεται η ιδρυματοποίηση. Στις μικρές και μεσαίες ηλικίες παρατηρείται αξιόλογο ποσοστό ατόμων που εξυπηρετούνται από κέντρα ανοικτής φροντίδας ή κέντρα άλλης κατηγορίας (π.χ. ημι-αυτόνομη διαβίωση).

Πίνακας 6.10: Περιφέρεια και ηλικιακές ομάδες εξυπηρετούμενων ανά κέντρο κοινωνικής φροντίδας

Ηλικία		Είδος κέντρου κοινωνικής προστασίας			Σύνολο
		Κλειστή φροντίδα	Ανοικτή φροντίδα	Άλλη κατηγορία	
Κάτω των 30 ετών	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	37,0%	58,0%	4,9%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	64,7%	15,5%	19,8%	100,0%
	Ήπειρος	85,7%	14,3%		100,0%
	Θεσσαλία	49,6%	35,4%	15,0%	100,0%
	Ιόνια Νησιά		100,0%		100,0%
	Αττική	57,4%	21,8%	20,7%	100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	50,0%		50,0%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	23,9%	76,1%		100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
		Σύνολο	54,1%	31,2%	14,7%
31-50 ετών	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	27,0%	63,1%	9,9%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	69,8%	30,2%		100,0%
	Ήπειρος	65,2%	34,8%		100,0%
	Θεσσαλία	80,4%	19,6%		100,0%
	Ιόνια Νησιά	16,7%	83,3%		100,0%
	Αττική	93,1%	6,9%		100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	70,0%		30,0%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	42,3%	57,7%		100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
		Σύνολο	64,4%	33,9%	1,6%
51-64 ετών	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	47,6%	42,9%	9,5%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	87,8%	12,2%		100,0%
	Ήπειρος	94,7%	5,3%		100,0%
	Θεσσαλία	100,0%			100,0%
	Ιόνια Νησιά	16,7%	83,3%		100,0%
	Αττική	91,1%	8,9%		100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	79,4%		20,6%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	56,1%	43,9%		100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
		Σύνολο	84,5%	13,3%	2,2%

Ηλικία		Είδος κέντρου κοινωνικής προστασίας			Σύνολο
		Κλειστή φροντίδα	Ανοικτή φροντίδα	Άλλη κατηγορία	
Άνω των 65 ετών	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	100,0%			100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	100,0%			100,0%
	Ήπειρος	100,0%			100,0%
	Θεσσαλία	100,0%			100,0%
	Ιόνια Νησιά	100,0%			100,0%
	Αττική	94,8%	5,2%		100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	86,4%		13,6%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	46,1%	25,7%	28,3%	100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
	Σύνολο	81,2%	9,2%	9,6%	100,0%
Σύνολο ανά Περιφέρεια	Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	41,6%	51,4%	6,9%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	73,7%	19,2%	7,1%	100,0%
	Ήπειρος	86,7%	13,3%		100,0%
	Θεσσαλία	72,3%	21,6%	6,1%	100,0%
	Ιόνια Νησιά	52,4%	47,6%		100,0%
	Αττική	73,0%	15,3%	11,7%	100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	79,4%		20,6%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	100,0%			100,0%
	Κρήτη	40,4%	47,7%	11,9%	100,0%
	Στερεά Ελλάδα	100,0%			100,0%
	Σύνολο	67,7%	24,3%	8,0%	100,0%

6.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Εν κατακλείδι, όπως απορρέει από την παραπάνω ανάλυση, απουσιάζει ένα συνεκτικό σύστημα παροχής μακροχρόνιας φροντίδας που να εξασφαλίζει την καθολική κάλυψη. Οι υφιστάμενες δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες απευθύνονται ως επί το πλείστον στα ασθενέστερα εισοδηματικά άτομα που έχουν ανάγκη ΚΦ, και προσφέρουν φροντίδα μετά από έλεγχο των πόρων. Ως εκ τούτου, συνιστούν παροχές υπολειμματικού χαρακτήρα. Οι ανάγκες για ΜΦ των ΑμΕΑ και

χρονίως πασχόντων (είτε από κρατικούς ιδρυματικούς φορείς είτε μέσω συμβάσεων του κράτους με ιδιωτικές μονάδες ΜΦ κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα) δεν αρκούν για να καλύψουν τη ζήτηση υπηρεσιών, λόγω της ανεπάρκειας του αριθμού των κλινών και της ραγδαίας συρρίκνωσης του δημόσιου προϋπολογισμού. Επιπλέον τα χαμηλά επίπεδα αποζημίωσης που καταβάλλονται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης στις ιδιωτικές κλινικές για παροχή υπηρεσιών ΜΦ καταδεικνύουν την ανεπάρκεια των παροχών. Η ιδιωτική ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα είναι αμελητέα, και όσοι απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικούς «οίκους ευγηρίας» και κλινικές), καλύπτουν το κόστος με άμεσες πληρωμές (out-of-pocket).

Η επιλογή της ασφαλιστικής κάλυψης των αναγκών ΜΦ θα μπορούσε να προσφέρει μια λύση για το μέλλον ενόψει της δημογραφικής γήρανωσης. Ωστόσο, το ζήτημα αυτό ελάχιστα έχει απασχολήσει τον δημόσιο διάλογο. Το ποσοστό εισφορών κοινωνικής ασφάλισης είναι ήδη αρκετά υψηλό και μια παραπέρα αύξηση δεν φαίνεται ως ρεαλιστική επιλογή στο άμεσο μέλλον. Εξάλλου, κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με τις «επιταγές» δημοσιονομικής προσαρμογής (του Μνημονίου), σύμφωνα με τις οποίες η βελτίωση της ανταγωνιστικότητας συναρτάται μεταξύ άλλων και με τη μείωση του μη μισθολογικού κόστους της εργασίας (δηλαδή τη μείωση των εισφορών).

Η προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης (για την τρίτη ηλικία) αποτελεί στοιχείο της κυβερνητικής ρητορείας, ωστόσο, στην πράξη, οι παρεχόμενες υπηρεσίες παραμένουν κατακερματισμένες και στοχευμένες στους πλέον ενδεείς ηλικιωμένους. Επιπλέον, η διατηρούμενη ασάφεια ως προς τα όρια μεταξύ κοινωνικής πρόνοιας και κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. με τη χρήση των πόρων του ΑΚΑΓΕ που προέρχονται από τις εισφορές των συνταξιούχων, για τη χρηματοδότηση ενός αυστηρά στοχευμένου προγράμματος «Βοήθειας στο Σπίτι») διαστρεβλώνει τα κριτήρια της κοινωνικής δικαιοσύνης και αναδιανομής.

Ο λόγος δημογραφικής εξάρτησης των ηλικιωμένων θα αυξηθεί απότομα κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη ζήτηση για επαγγελματική φροντίδα. Επίσης, όπως αναφέρουμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι δραστικές περικοπές στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία, παράλληλα με την οικονομική δυσπραγία των νοικοκυριών περιορίζουν σημαντικά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Είναι πολύ πιθανό οι συνθήκες αυτές να οδηγήσουν σε αυξημένη νοσηρότητα στο μέλλον, κάτι το οποίο παράλληλα

με τη δημογραφική γήρανση θα προκαλέσει ταχεία αύξηση για νοσηλευτική και κοινωνική φροντίδα.

Η ανησυχητική έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό στον τομέα της υγείας και σε κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό για την παροχή φροντίδας αποτελεί επίσης μείζον πρόβλημα (τα στοιχεία που προκύπτουν από την παραπάνω εμπειρική διερεύνηση προβάλλουν το σχετικά χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αυτών που απασχολούνται στις υφιστάμενες –και ούτως ή άλλως ανεπαρκείς για την κάλυψη των αναγκών– δημόσιες μονάδες ΚΦ). Εκτός από το γεγονός ότι το χαμηλό γόητρο και οι χαμηλές αμοιβές για τις παραπάνω εργασίες δεν προσελκύουν ανθρώπινο δυναμικό, το πάγωμα των διορισμών προσωπικού στους δημόσιους φορείς (και η απειλή της απόλυσης μέσω του προγράμματος «διαθεσιμότητας») υπό τις συνθήκες του «Μνημονίου» έχουν επιδεινώσει σοβαρά το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού. Παράλληλα, η αυξανόμενη μεταναστευτική ροή επιστημόνων (ιδιαίτερα από το χώρο της υγείας) προς τις χώρες της βορειο-δυτικής Ευρώπης αποτελεί σημαντική «αφαίμαξη» ανθρώπινου δυναμικού.¹²⁷

Δεδομένου ότι η παρατεινόμενη οικονομική κρίση δεν αφήνει πολλά περιθώρια για τη διεύρυνση/ενίσχυση της δημόσιας παροχής, είναι επιτακτική ανάγκη να αναζητηθούν «κέρδη αποδοτικότητας» με καθαρή θετική επίδραση στην αντιμετώπιση των αναγκών, μέσω καλύτερου συντονισμού των υφιστάμενων παροχών σε χρήμα και σε είδος, την ενίσχυση της διασύνδεσης μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας και την ανάπτυξη υποστηρικτικών μέτρων κυρίως για τους άτυπους φροντιστές.

127. Βλ. Malone (2012). Για την ανάγκη ενίσχυσης των κινήτρων στο νοσηλευτικό προσωπικό βλ. Gaki et al. (2013).

Μέρος Γ

Ανισότητες στην υγεία

7. Μια εποπτική διαχρονική διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας: Η Ελλάδα σε συγκριτική σκοπιά

7.1 Εισαγωγή

Η σχέση της υγείας με την οικονομία έχει διερευνηθεί ευρέως (βλ. Mackenbach et al., 2007), αλλά η αντίστροφη κατεύθυνση της σχέσης (ή της αιτιότητας) δεν είχε απασχολήσει μέχρι πρόσφατα τους κοινωνικούς επιστήμονες, ιδιαίτερα σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάσαμε πολύ σύντομα τα χαρακτηριστικά της «Μεγάλης Ύφεσης» και τους παράγοντες που οδήγησαν στην οικονομική κρίση. Σε άμεση συνάρτηση με την οπτική που αναπτύξαμε παραπάνω, επιχειρούμε στο κεφάλαιο αυτό να απαντήσουμε στο ερώτημα εάν και κατά πόσο η οικονομική κρίση μπορεί να οδηγήσει σε υγειονομική κρίση, έχοντας ως βασικό χαρακτηριστικό τη διεύρυνση των ανισοτήτων υγείας.

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει μέσα από μια εμπειρική σκοπιά το σχεσιακό πλέγμα της υφιστάμενης οικονομικής αναταραχής με τις ανισότητες υγείας στην ΕΕ. Η εμπειρική ανάλυση αξιοποιεί τα μικροδεδομένα της EU-SILC για να διερευνηθεί ενδεχόμενες συσχετίσεις (ή/και αιτιώδεις σχέσεις) μεταξύ κρίσιμων οικονομικών και υγειονομικών δεικτών και δεδομένων. Η συγκριτική διάσταση αποβλέπει σε μια σύγκριση της Ελλάδας με άλλες χώρες που στον έναν ή στον άλλο βαθμό έχουν πληγεί από την κρίση. Τα κριτήρια επιλογής των χωρών αφορούν τόσο τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας (τύπου Μπέβεριτζ, τύπου Βίσμαρκ και μεικτά, βλ. Κεφάλαιο 1) όσο και τους διακριτούς τύπους κοινωνικού κράτους (όπως το σοσιαλδημοκρατικό κοινωνικό κράτος, που αναπτύχθηκε στις σκανδιναβικές χώρες, το συντηρητικό-κορπορατιστικό κοινωνικό κράτος με επίκεντρο την κοινωνικο-επαγγελματική ασφάλιση, που χαρακτηρίζει χώρες όπως η Γερμανία, η Αυστρία και το Βέλγιο, το φιλελεύθερο κοινωνικό κράτος

στον αγγλοσαξονικό χώρο και το νοτιοευρωπαϊκό κοινωνικό κράτος, που συνδυάζει χαρακτηριστικά και από τους τρεις προηγούμενους τύπους).¹²⁸ Η ανάλυσή μας περιλαμβάνει δύο σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία και Δανία), δύο χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Γερμανία και Γαλλία), τη Μεγάλη Βρετανία και την Ιρλανδία από τον αγγλοσαξονικό χώρο και τις τέσσερις χώρες της νότιας Ευρώπης. Για λόγους σύγκρισης συμπεριλάβαμε επίσης και δύο χώρες της ανατολικής Ευρώπης (Τσεχία και Πολωνία).

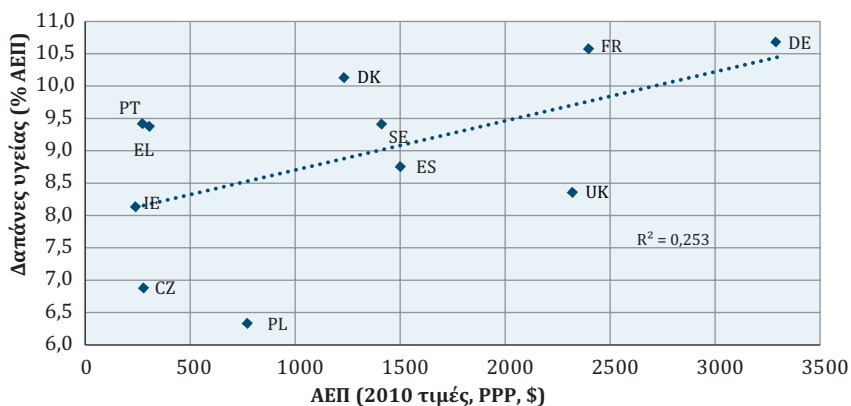
Το κύριο ερευνητικό ερώτημα που διατρέχει το κεφάλαιο αυτό είναι αν η επιδείνωση των συνθηκών της οικονομικής δραστηριότητας συντελεί στην όξυνση των ανισοτήτων υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην αποτύπωση και διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας στις χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την οικονομική κρίση. Για την εμπειρική διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων αξιοποιούνται τα διαθέσιμα δεδομένα, μέσω συσχετίσεων μεταξύ των χωρών και χρήσης εξειδικευμένων ποσοτικών και οικονομετρικών αναλύσεων. Μέσα από τα ευρήματα της ανάλυσης αναμένεται να αναδειχθεί το επίπεδο των ανισοτήτων υγείας σε μια εποχή αυξανόμενης διακινδύνευσης της υγείας στο παγκόσμιο κοινωνικό γίνεσθαι εξαιτίας της «αυστηρής λιτότητας» (βλ. Stuckler and Basu, 2013).

7.2 Οικονομία και υγεία: Συσχέτιση - αιτιότητα

Κατά το χρονικό διάστημα 2007-2013, στις υπό εξέταση χώρες, η σχέση του ΑΕΠ με τις δαπάνες για την υγεία είναι, όπως αναμενόταν, θετική και μέτριας έντασης. Το Διάγραμμα 7.1 αποτυπώνει τη θετική συσχέτιση (αλλά όχι αιτιότητα) ανάμεσα στην οικονομική κρίση και στις δαπάνες για την υγεία. Ως συνέπεια, σε περιόδους ύφεσης –στις οποίες παρατηρείται μείωση των ρυθμών οικονομικής μεγέθυνσης– αναμένεται να παρατηρηθεί και πτώση των δαπανών υγείας. Το Διάγραμμα 7.2 αποτυπώνει το επίπεδο των δαπανών αυτών σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες για το χρονικό διάστημα 2007-2013. Το ενδιαφέρον στοιχείο του Διαγράμματος 7.2 είναι η ομαδοποίηση των χωρών βάσει των τύπων κοινωνικού κράτους στην ΕΕ με γνώμονα το επίπεδο των δαπανών υγείας. Πρακτικά, μία από τις αμεσότερες επιδράσεις της περικοπής των δαπανών για την υγεία

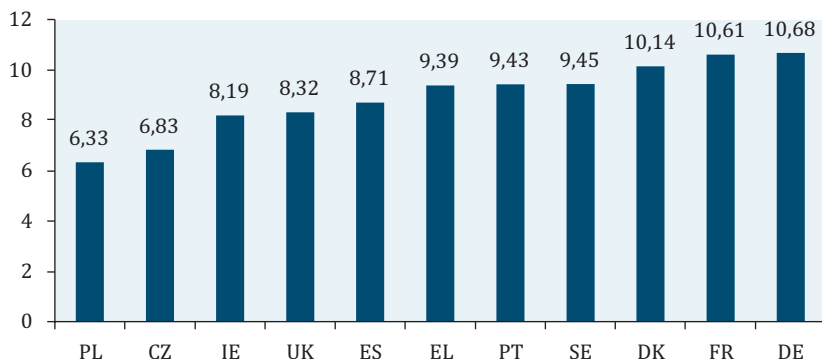
128. Για μια αναλυτική παρουσίαση των διαφορετικών καθεστώτων κοινωνικού κράτους βλ. Esping-Andersen (2014).

Διάγραμμα 7.1: ΑΕΠ και δαπάνες υγείας (2007-2013, μέσες τιμές)



Πηγή: Επεξεργασία των δεδομένων της Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>)

Διάγραμμα 7.2: Δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ, 2007-2013, μέσες τιμές)

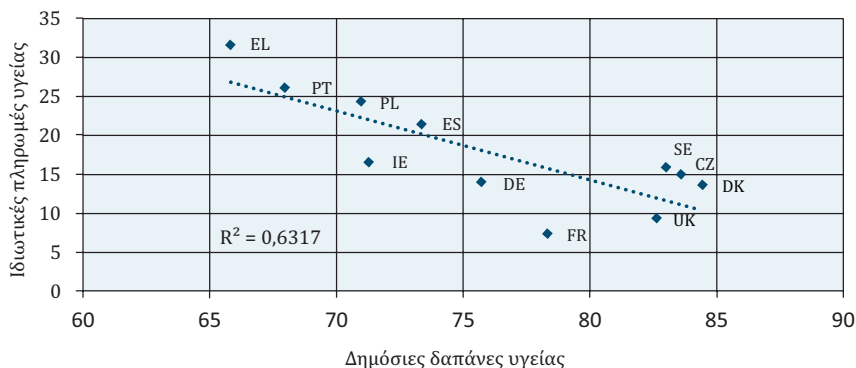


Πηγή: Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>)

είναι η αύξηση των ιδιωτικών (out-of-pocket) πληρωμών των νοικοκυριών. Οι πληρωμές αυτές αποτελούν έναν από τους πιο ισχυρούς δείκτες για τη δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας σε μια κοινωνία γιατί συναρτούν την πρόσβαση πρωτίστως με την οικονομική δυνατότητα των ατόμων και των νοικοκυριών, ανεξάρτητα από την ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη. Η

σχέση των δαπανών για την υγεία με τις ιδιωτικές πληρωμές είναι αρνητική και πολύ έντονη (βλ. Διάγραμμα 7.3). Σύμφωνα με τα δεδομένα του OECD, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλές δημόσιες δαπάνες υγείας και τις υψηλότερες ιδιωτικές πληρωμές υγείας μεταξύ των εξεταζόμενων χωρών ακολουθούμενη από την Πορτογαλία.

Διάγραμμα 7.3: Δημόσιες δαπάνες υγείας και ιδιωτικές πληρωμές υγείας (% συνολικών δαπανών υγείας, 2007-2013, μέσες τιμές)



Πηγή: Επεξεργασία των δεδομένων του OECD (<http://stats.oecd.org/>)

Η ανάλυση συσχέτισης με τη χρήση διαφορετικών οικονομικών και υγειονομικών δεικτών συμπληρώνεται με μια οικονομετρική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης ανάμεσα στην οικονομική κρίση και την υγεία στην Ελλάδα. Από μια μακρο-οπτική, η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών προκαλεί χειροτέρευση της υγείας μέσα από τρεις μηχανισμούς: α) την περικοπή των μισθών που μειώνει την κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, β) την όξυνση της ανεργίας που αυξάνει τη νοσηρότητα του πληθυσμού, και γ) την περιστολή των δημοσίων δαπανών για την υγεία που μειώνει την ποσότητα και την ποιότητα των δημοσίων παροχών υγείας. Επιπλέον, η συρρίκνωση των εισοδημάτων και η αύξηση της ανεργίας περιορίζουν σημαντικά τις ασφαλιστικές εισφορές αλλά και τη δυνατότητα άντλησης φόρων, που με τη σειρά τους (ανάλογα με το σύστημα υγείας της κάθε χώρας) επηρεάζουν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (βλ. Musgrove, 1987).

Η εμπειρική διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην οικονομική κρίση και την υγεία γίνεται με τη χρησιμοποίηση ενός logit μοντέλου, που συγκρίνει τις επιδράσεις των παραπάνω τριών μεταβλητών στην αυτο-εκτιμώμενη υγεία των ατόμων μεταξύ των χρονικών περιόδων 2006-2008 και 2009-2011. Τα μικροδεδομένα που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση προέρχονται από την έρευνα EU-SILC. Το logit μοντέλο παίρνει τη γενική μορφή:

$$P(y_{it}) = \exp(a + \beta_{xit}) + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

όπου y η εξαρτημένη μεταβλητή, x οι ανεξάρτητες μεταβλητές, ε ο όρος σφάλματος και i και t οι δείκτες για τα άτομα και το χρόνο αντίστοιχα.

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η αυτο-εκτιμώμενη υγεία. Οι απαντήσεις για την αυτο-εκτιμώμενη υγεία διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες: πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή και πολύ κακή. Ο πολύ μικρός αριθμός παρατηρήσεων για την κατηγορία «πολύ κακή» οδήγησε στη συγχώνευση των κατηγοριών σε δύο: «καλή και πολύ καλή» ($N=32017$) και «μέτρια, κακή και πολύ κακή» ($N=9564$). Οι ανεξάρτητες μακρο-μεταβλητές είναι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, η ανεργία και οι μέσες ετήσιες απολαβές. Οι μακρο-μεταβλητές έχουν κεντραριστεί ως προς τη μέση τιμή (mean-centered), με αποτέλεσμα η ερμηνεία των αποτελεσμάτων να γίνεται με βάση την τυπική απόκλιση (standard deviation). Τέλος, τα τυπικά σφάλματα έχουν προσαρμοστεί με τη μέθοδο cluster με κριτήριο το χρόνο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, κατά μια τυπική απόκλιση, μειώνει τον κίνδυνο της «κακής» υγείας των ατόμων σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο την περίοδο 2006-2008, κρατώντας τους υπόλοιπους παράγοντες σταθερούς. Αντίθετα, οι μειώσεις των δημοσίων δαπανών για υγεία την περίοδο 2009-2011 αυξάνουν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τον κίνδυνο της «κακής υγείας». Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι περικοπές των δημοσίων δαπανών για την υγεία έχουν δυσμενή αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων κατά την περίοδο αυτή.

Επιπλέον, από την ανάλυση προκύπτει ότι η αύξηση της ανεργίας, κατά μια τυπική απόκλιση, αυξάνει τον κίνδυνο της «κακής» υγείας των ατόμων σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο και στις δύο χρονικές περιόδους, κρατώντας όλους τους άλλους παράγοντες σταθερούς. Η επίδραση, δε, είναι εντονότερη το χρονικό διάστημα 2009-2011, καθώς το ποσοστό της ανεργίας έχει εκτοξευθεί την περίοδο αυτή.

Τέλος, η ανάλυση καταδεικνύει ότι η αύξηση των μέσων ετήσιων απολαβών, κατά μια τυπική απόκλιση, μειώνει τον κίνδυνο της «κακής» υγείας των ατόμων, αλλά σε στατιστικά μη σημαντικό επίπεδο τη χρονική περίοδο 2006-2008, ενώ αντίθετα η μείωση των μέσων ετησίων απολαβών αυξάνει σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τον κίνδυνο «κακής υγείας» την περίοδο 2009-2011. Το εύρημα αυτό αποτελεί εκτίμηση ότι οι δραστικές περικοπές των μισθών εξαιτίας της οικονομικής αναδιάρθρωσης έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία των ατόμων.

Η ανάλυση των μικρο- και μακροδεδομένων αποκαλύπτει ότι η οικονομική κρίση επιδρά αρνητικά στην υγεία των ατόμων της χώρας μέσω της μείωσης των δημοσίων δαπανών, της αύξησης της ανεργίας και της μείωσης των απολαβών. Στις μειώσεις των μεγεθών αυτών και κατά συνέπεια στην επιδείνωση της υγείας καθοριστική συμβολή έχουν τα οριζόντια μέτρα λιτότητας που επι-

Πίνακας 7.1: Η σχέση ανάμεσα στην οικονομική κρίση και την υγεία των ατόμων (Ελλάδα, 2006-2008 & 2009-2011)

Αυτο-εκτιμώμενη υγεία	Τυπική απόκλιση	Robust τυπικό σφάλμα	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	N
Δημόσιες δαπάνες για την υγεία (2006-2008)	-0,108***	0,017	-0,142, -0,074	9825
Ανεργία (2006-2008)	0,171***	0,020	0,133, 0,209	
Μέσες ετήσιες απολαβές (2006-2008)	-0,031	0,020	-0,069, 0,008	
Δημόσιες δαπάνες για την υγεία (2009-2011)	0,115***	0,027	0,062, 0,168	8125
Ανεργία (2009-2011)	0,283***	0,035	0,215, 0,351	
Μέσες ετήσιες απολαβές (2009-2011)	0,110***	0,027	0,057, 0,163	

Πηγή: Επεξεργασία των μικροδεδομένων της EU-SILC

Μεταβλητές ελέγχου: φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, γεωγραφική περιοχή

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$

βλήθηκαν στη χώρα στο πλαίσιο των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής.

Αναλύοντας τα ίδια μικροδεδομένα (EU-SILC) με διαφορετική μεθοδολογία, η έρευνα των Vandoros et al. (2013) καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα, δηλαδή ότι η οικονομική κρίση έχει αρνητική επίπτωση στην αυτο-εκτιμώμενη υγεία. Μπορούμε, λοιπόν, να υποστηρίξουμε ότι τα διαθέσιμα μικροδεδομένα καταδεικνύουν μια αρνητική σχέση μεταξύ οικονομικής κρίσης και αυτο-εκτιμώμενης υγείας, η οποία είναι αιτιώδης στο βαθμό που παρεμβάλλονται ενδιάμεσοι μηχανισμοί (και κυρίως οι πολιτικές λιτότητας) που σχετίζονται με τη διαδικασία της δομικής προσαρμογής.

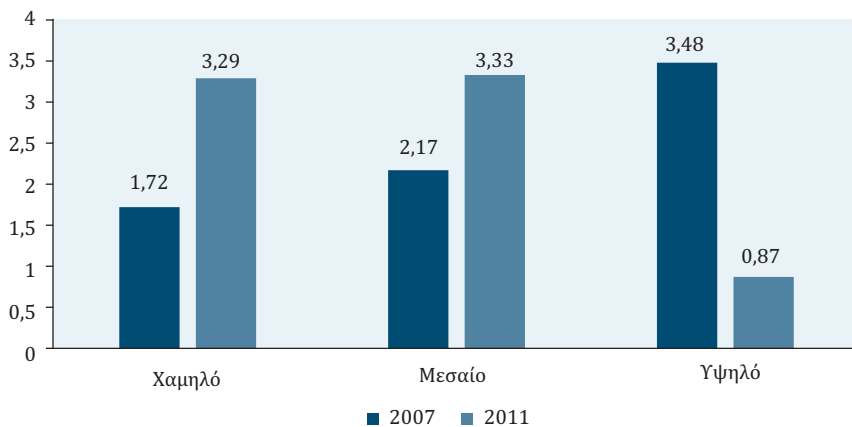
7.3 Εμπειρικές εκτιμήσεις των ανισοτήτων υγείας: Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες

Το ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα, που αναφέρει κακή ή πολύ κακή υγεία στην Ελλάδα, με βάση τα εισοδηματικά πεμπτημόρια για τα έτη 2007 και 2011, απεικονίζεται στο Διάγραμμα 7.4. Οι αναλύσεις έχουν προσαρμοστεί προκειμένου το εισόδημα του έτους t να αντιστοιχεί στην κατάσταση υγείας των ατόμων του έτους $t-1$.¹²⁹ Το ποσοστό των ατόμων αυτών σημειώνει αύξηση στο πρώτο και το τρίτο εισοδηματικό πεμπτημόριο και μείωση στο πέμπτο εισοδηματικό πεμπτημόριο.

Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει ότι η χειροτέρευση των οικονομικών συνθηκών έχει αρνητική επίδραση στην αυτο-εκτιμώμενη υγεία των χαμηλών και μεσαίων εισοδηματικών στρωμάτων. Αντίθετα, τα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα καταγράφουν μείωση του ποσοστού των ατόμων που αναφέρουν κακή ή πολύ κακή υγεία, παρά την οικονομική κρίση, ενδεχομένως διότι διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους που επιτρέπουν την κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και γιατί δεν έχουν υποστεί τις αρνητικές συνέπειες της κρίσης για την υγεία που επιφέρει η ανεργία και η απώλεια εισοδήματος. Οι τάσεις αυτές είναι ενδεικτικές

129. Η προσαρμογή αυτή γίνεται διότι η Eurostat χρησιμοποιεί το εισόδημα με χρονική υστέρηση ενός έτους. Κατ' ουσίαν, τα εισοδήματα του 2012 αντιστοιχούν στην κατάσταση υγείας του 2011.

Διάγραμμα 7.4: Ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα που αναφέρει κακή ή πολύ κακή υγεία στο πρώτο (χαμηλό), το τρίτο (μεσαίο) και το πέμπτο (υψηλό) εισοδηματικό πεμπτημόριο για τα έτη 2007 και 2011



Πηγή: Επεξεργασία των μικροδοσομένων της EU-SILC

για τη διεύρυνση των ανισοτήτων υγείας από τη σκοπιά της αυτο-εκτιμώμενης υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων στην Ελλάδα.

Στο πλαίσιο της EU-SILC, η μέτρηση της υγείας είναι εκ φύσεως υποκειμενική, καθώς ο συμμετέχων ερωτάται για την υγεία του γενικά. Δεδομένου ότι η πληροφορία βασίζεται στις υποκειμενικές αντιλήψεις των ερωτώμενων, η αυτο-εκτιμώμενη υγεία μπορεί να αντανακλά πολιτισμικούς και άλλους παράγοντες. Επιπλέον, από τη στιγμή που οι ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι έχουν κακή υγεία πολύ πιο συχνά από τους νεότερους, χώρες με μεγάλη αναλογία ηλικιωμένων θα έχουν αναλογικά μικρότερο μερίδιο του πληθυσμού που αναφέρει καλή ή πολύ καλή υγεία (OECD, 2011). Παρ' όλα αυτά, το μέτρο της αυτο-εκτιμώμενης υγείας συσχετίζεται ικανοποιητικά με άλλα μέτρα της κατάστασης υγείας (λειτουργικότητα, βιολογικές ασθένειες και ψυχική ευζωία) και έχει βρεθεί να είναι χρήσιμο για την πρόβλεψη μελλοντικών προβλημάτων υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Miilunpalo et al., 1997).

Η αυτο-εκτιμώμενη υγεία έχει το χαρακτήρα διατάξιμης μεταβλητής γι' αυτό προτιμάται η χρήση της διατεταγμένης παλινδρόμησης (ordinal regression). Το στατιστικό υπόδειγμα που χρησιμοποιείται στην ανάλυση είναι ένα γενικό διατεταγμένο μοντέλο, το οποίο χρησιμοποιεί τη συνδυαστική συνάρτηση probit (βλ. Hilbe, 2009). Το στατιστικό υπόδειγμα παίρνει τη γενική μορφή:

$$P(Y_i > j) = \frac{\exp(a_j + X_i \beta)}{1 + \exp(a_j + X_i \beta)} + \varepsilon, \quad j = 1, 2, \dots, M - 1 \quad (2)$$

όπου y είναι η αυτο-εκτιμώμενη υγεία, x ένα σύνολο ανεξάρτητων μεταβλητών, ε ο όρος σφάλματος και j τα σημεία τομής της εξαρτημένης μεταβλητής. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι το επάγγελμα, η ηλικία, η υπηκοότητα, η συμβιωτική σχέση και η γεωγραφική περιοχή.

Οι κοινωνικο-επαγγελματικές ομαδοποιήσεις έχουν ως εξής: τα διοικητικά/διευθυντικά στελέχη, οι ασκούντες επιστημονικά-ελευθέρια επαγγέλματα και οι τεχνολόγοι και τεχνικοί βοηθοί κατετάγησαν στην κατηγορία I, οι υπάλληλοι γραφείου, οι απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και οι πωλητές στην κατηγορία II, οι ειδικευμένοι τεχνίτες και γεωργοί στην κατηγορία III και οι ημι-ειδικευμένοι και ανειδίκευτοι χειρώνακτες στην κατηγορία IV. Ως κατηγορία αναφοράς χρησιμοποιείται η κατηγορία των ημι-ειδικευμένων και ανειδίκευτων εργατών.

Πίνακας 7.2: Κοινωνικο-επαγγελματική ομαδοποίηση βάσει ISCO-88

I.	Διοικητικά/διευθυντικά στελέχη, ασκούντες επιστημονικά-ελευθέρια επαγγέλματα, τεχνολόγοι και τεχνικοί βοηθοί
II	Υπάλληλοι γραφείου, απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές
III	Ειδικευμένοι τεχνίτες και γεωργοί
IV	Ημι-ειδικευμένοι και ανειδίκευτοι χειρώνακτες

Πηγή: ILO (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco88/>)

Οι μεταβλητές ελέγχου ενισχύουν την προβλεπτική ικανότητα των στατιστικών υποδειγμάτων στις περισσότερες χώρες σε σημαντικό βαθμό σύμφωνα με τον οιονεί συντελεστή προσδιορισμού McFadden R^2 . Οι διατεταγμένες παλινδρομήσεις σταθμίζονται με την ατομική δειγματοληπτική πιθανότητα της EU-SILC και περιέχουν robust τυπικά σφάλματα. Τέλος, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων γίνεται σε σχετικούς λόγους κινδύνου (relative risk ratios).

Η εμπειρική ανάλυση εξετάζει τις ανισότητες υγείας ως προς την κατάσταση υγείας για τα έτη 2007 και 2011. Η ανάλυση καταγράφει το στοιχείο της κοινωνικής διαβάθμισης, καθώς αυξάνονται σταδιακά οι πιθανότητες να δηλώσουν τα

άτομα κακή ή πολύ κακή υγεία κατά τη μετάβαση από τις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες υψηλότερου κοινωνικού στάτους, προς αυτές χαμηλότερου κοινωνικού στάτους (βλ. Πίνακα 7.2). Επιπλέον, η ανάλυση με βάση το φύλο μάς δείχνει ότι οι γυναίκες εμφανίζονται να έχουν εντονότερες διαφορές υγείας μεταξύ τους απ' ό,τι οι άντρες.

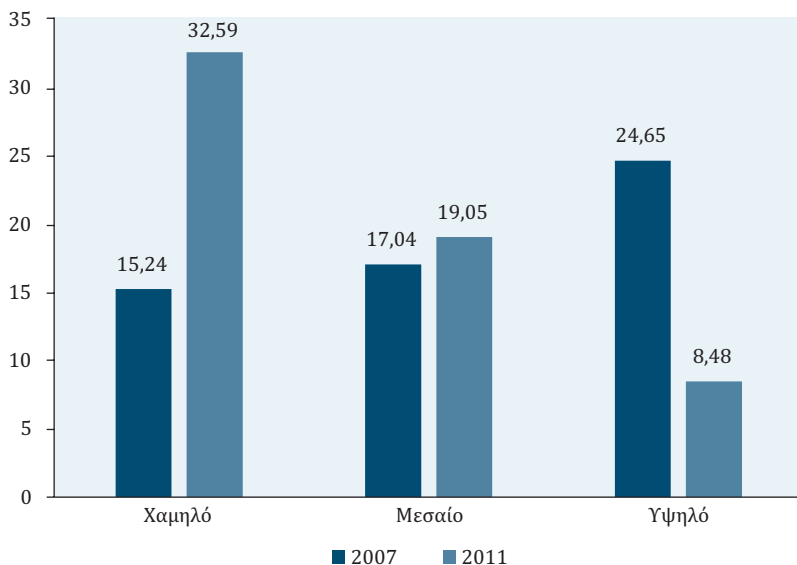
Το στατιστικό υπόδειγμα της διατεταγμένης παλινδρόμησης εκτιμά ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών σε όλες τις εξεταζόμενες χώρες. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων εστιάζεται στις διαφορές ανάμεσα στην κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία υψηλότερου και χαμηλότερου κοινωνικού στάτους. Τα διοικητικά/διευθυντικά στελέχη, οι ασκούντες επιστημονικά-ελευθέρια επαγγέλματα και οι τεχνολόγοι/τεχνικοί έχουν μικρότερες πιθανότητες να δηλώσουν κακή ή πολύ κακή υγεία σε σχέση με τους ημι-ειδικευμένους και τους ανειδίκευτους χειρώνακτες, κρατώντας τους υπόλοιπους παράγοντες σταθερούς (βλ. Πίνακα 7.3).

Οι εκτιμήσεις αυτές αποτελούν ένδειξη ότι η επαγγελματική ιδιότητα και η οικονομική θέση αποτελούν προσδιοριστικό παράγοντα των ανισοτήτων υγείας από τη σκοπιά της αυτο-εκτιμώμενης υγείας. Τέλος, η διαχρονική αύξηση των διαφορών ως προς την κατάσταση υγείας μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων υποδηλώνει τη διεύρυνση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ 2007 και 2011.

Περαιτέρω, το Διάγραμμα 7.5 απεικονίζει το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση, εξαιτίας οικονομικού κόστους, στο πρώτο, το τρίτο και το πέμπτο εισοδηματικό πεμπτημόριο στην Ελλάδα. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.5, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση λόγω οικονομικού κόστους αυξάνεται στο χαμηλό και το μεσαίο εισοδηματικό πεμπτημόριο από το 2007 μέχρι το 2011, ενώ αντίθετα το αντίστοιχο ποσοστό μειώνεται στο υψηλό εισοδηματικό πεμπτημόριο. Το εύρημα αυτό αποτελεί ένδειξη ότι οι ανισότητες υγείας στην Ελλάδα έχουν διευρυνθεί ως προς την πρόσβαση και τη χρήση της ιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, 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.

Ιδιαίτερα μεταξύ των χαμηλών και μεσαίων εισοδηματικών στρωμάτων, τα εμπόδια ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση των υπηρε-

Διάγραμμα 7.5: Ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα που αναφέρει ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση εξαιτίας οικονομικού κόστους στο πρώτο (χαμηλό), το τρίτο (μεσαίο) και το πέμπτο (υψηλό) εισοδηματικό πεμπτημόριο για τα έτη 2007 και 2011



Πηγή: Επεξεργασία των μικροδεδομένων της EU-SILC

σιών αυτών αφορούν οικονομικούς λόγους, λίστες αναμονής, έλλειψη παρόχων υγείας και άλλους παρόμοιους παράγοντες (OECD, 2011). Η έρευνα EU-SILC εκτιμά τις ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας με βάση τα άτομα που αναφέρουν «ακάλυπτη ανάγκη» για ιατρική εξέταση μέσω μια δυαδικής μεταβλητής με κατηγορίες 1=Ναι και 2=Όχι. Ως προς τα αίτια των ακάλυπτων αναγκών για ιατρική εξέταση μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι οικονομικοί λόγοι. Ωστόσο, ο μικρός αριθμός παρατηρήσεων δεν επιτρέπει την ξεχωριστή διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας με βάση την ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση μόνο για οικονομικούς λόγους. Γι' αυτό το λόγο, η ανάλυση περιλαμβάνει σωρευτικά οκτώ βασικές αιτίες: υψηλή δαπάνη, λίστα αναμονής, επαγγελματικές υποχρεώσεις, οικογενειακή φροντίδα κ.λπ.

Το στατιστικό υπόδειγμα που χρησιμοποιείται είναι ένα logit μοντέλο που έχει τη μορφή:

$$P = \frac{Y=1}{X=x_i} \exp(\beta_0 + \beta_1 x_i) + \varepsilon \quad (3)$$

Πίνακας 7.3: Αυτο-εκτιμώμενη υγεία και κοινωνικο-επαγγελματική διάρθρωση (2007, 2011)

Α. Άντρες

Αυτο-εκτιμώμενη υγεία	Ελλάδα		Πορτογαλία		Ηνωμένο Βασίλειο		Γερμανία		Σουηδία		Τσεχία		Πολωνία	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Διοικητικά/διεθνικά στελέχη, ασκούντες επιστημονικά-ελεuthέρια επαγγέλματα, τεχνολόγοι και τεχνικοί βοηθοί	.619*** (.044)	.575*** (.056)	.617*** (.031)	.524*** (.036)	.651*** (.028)	.612*** (.032)	.631*** (.025)	.628*** (.025)	.686*** (.041)	.658*** (.047)	.648*** (.026)	.612*** (.032)	.641*** (.023)	.593*** (.030)
Υπάλληλοι γραφείου, απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές	.717*** (.049)	.769*** (.069)	.775*** (.043)	.716*** (.051)	.794*** (.051)	.790*** (.057)	.799*** (.039)	.749*** (.046)	.784*** (.067)	.741 (.090)	.748*** (.042)	.729** (.059)	.873*** (.040)	.876 (.153)
Ειδικευμένοι τεχνίτες και γεωργοί	.938 (.046)	.829*** (.056)	.993 (.044)	.989 (.056)	.854*** (.043)	.831*** (.049)	.893*** (.038)	.888*** (.055)	.950 (.063)	.990 (.082)	.994 (.039)	.901 (.045)	.974 (.029)	.976 (.034)
Mcfadden R ²	.2177	.2019	.1742	.1769	.0876	.1013	.1096	.1203	.0957	.0922	.1891	.1890	.2106	.2003
N	6632	5106	4907	4805	7581	6330	11749	10655	4060	3178	9735	5948	15385	11665

Β. Γυναίκες

Αυτο-εκτιμώμενη υγεία	Ελλάδα		Πορτογαλία		Ηνωμένο Βασίλειο		Γερμανία		Σουηδία		Τσεχία		Πολωνία	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Διοικητικά/διεθνητικά στελέχη, ασκούντες επιστημονικά-ελευθέρια επαγγέλματα, τεχνολόγοι και τεχνικοί βοηθοί	.556*** (.040)	.521*** (.025)	.476*** (.032)	.560*** (.026)	.622*** (.027)	.618*** (.044)	.588*** (.041)	.598*** (.093)	.583*** (.020)	.577*** (.025)	.526*** (.019)	.520*** (.024)		
Υπάλληλοι γραφείου, απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές	.742*** (.045)	.700*** (.059)	.705*** (.029)	.712*** (.044)	.754*** (.032)	.738*** (.032)	.816*** (.050)	.802*** (.052)	.911 (.139)	.774*** (.027)	.784*** (.035)	.706*** (.025)	.773*** (.031)	
Ειδικευμένοι τεχνίτες και γεωργοί	.994 (.053)	.938 (.081)	.994*** (.048)	.990*** (.041)	.649*** (.109)	.895 (.061)	.943 (.076)	.977 (.121)	.887 (.207)	.925* (.038)	.910* (.049)	.984 (.031)	.937 (.037)	
McFadden R2	.2653	.2503	.2171	.2100	.0752	.0897	.1039	.0646	.087	.2020	.2037	.2495	.2478	
N	6013	4305	5565	5271	8828	7072	13416	11433	4327	3431	12468	7849	18485	13474

Πηγή: Επεξεργασία των μικροδομημένων της EU-SILC

Κατηγορία αναφοράς: Ανεπίδικτοι χερσώναντες

Μεταβλητές ελέγχου: Ηλικία, υπηρεσία, συμβιωτική σχέση, γεωγραφική περιοχή

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$

Πίνακας 7.4: Ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση και κοινωνικο-επαγγελματική διάρθρωση (2007, 2011)

A. Άντρες

	Ελλάδα		Πορτογαλία		Ηνωμένο Βασίλειο		Γερμανία		Σουηδία		Τσεχία		Πολωνία	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση	.702*** (.060)	.822* (.083)	.660*** (.054)	.495*** (.077)	.760*** (.093)	.803** (.086)	.809*** (.041)	.742*** (.044)	.841** (.060)	.774*** (.064)	.926 (.084)	.746** (.099)	.966 (.040)	.889** (.047)
Διοικητικά/ διεθνητικά στελέχη, ασκούντες επιστημονικά-ελεuthέρια, επαγγέλματα, τεχνολόγοι και τεχνικοί βοηθοί														
Υπάλληλοι γραφείου, απασχολούμενοι στην παραγωγή υπηρεσιών και πωλητές	.906 (.073)	.913 (.103)	.845** (.074)	.691** (.107)	.824 (.114)	.776* (.112)	.858** (.053)	.937 (.069)	.862** (.050)	.869 (.096)	.931 (.056)	.848* (.072)	.971 (.055)	.988 (.068)
Ειδικευμένοι τεχνίτες και γεωργοί	.936 (.073)	.986 (.100)	.969 (.073)	.890 (.114)	.909 (.105)	.921 (.104)	.905 (.064)	.972 (.075)	.971 (.072)	.905 (.103)	.961 (.068)	.860* (.074)	.982 (.040)	.989 (.043)
McFadden R2	.2364	.2927	.2067	.2601	.2292	.2166	.2623	.2871	.2069	.2166	.2442	.2138	.2557	.2272
N	6615	6453	4905	4798	7367	5539	11773	10532	4141	3164	9735	5948	15373	11665

B. Γυναίκες

	Ελλάδα		Πορτογαλία		Ηνωμένο Βασίλειο		Γερμανία		Σουηδία		Τσεχία		Πολωνία	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση	.799** (.080)	.807* (.101)	.598*** (.056)	.548*** (.080)	.745 (.413)	.727 (.296)	.930 (.084)	.749*** (.077)	.874 (.126)	.910 (.204)	.791*** (.052)	.832* (.092)	.942 (.034)	.837*** (.039)
Διοικητικά/διεθνητικά στελέχη, ασκούντες επιστημονικά-ελευθέρια επαγγέλματα, τεχνολόγοι και τεχνικοί βοηθοί														
Υπάλληλοι γραφείου, απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές	.890 (.087)	.984 (.112)	.769*** (.058)	.835 (.096)	.828 (.381)	.834 (.296)	.961 (.087)	.855 (.088)	.879 (.124)	.922 (.224)	.894* (.057)	.987 (.082)	.978 (.036)	.911* (.043)
Ειδικευμένοι τεχνίτες και γεωργοί	.960 (.089)	.996 (.129)	.938 (.067)	.964 (.097)	.908 (.393)	.900 (.295)	.992 (.115)	.949 (.121)	.952 (.145)	.927 (.257)	.934 (.065)	.991 (.082)	.992 (.040)	.944 (.045)
McFadden R2	.2427	.2229	.2297	.3079	.2672	.2525	.2001	.2647	.2518	.1973	.2682	.2601	.2338	.2884
N	6004	5664	5564	5265	8727	6591	13462	11316	4358	3422	12468	7849	18475	13474

Πηγή: Επεξεργασία των μικροδομημένων της EU-SILC

Κατηγορία αναφοράς: Ανεπίδοτοι χειρωνακτές

Μεταβλητές ελέγχου: Ηλικία, υπηκοότητα, συμβιωτική σχέση, γεωγραφική περιοχή

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$

όπου Y είναι η ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση, X ένα σύνολο ανεξάρτητων μεταβλητών που είναι ίδιες με αυτές του στατιστικού υποδείγματος (1) και ε ο όρος σφάλματος, που ακολουθεί την κατανομή Bernoulli, η οποία αποτελεί μια ειδική περίπτωση δυωνυμικής κατανομής με $n = 1$. Οι παλινδρομήσεις σταθμίζονται με την ατομική δειγματοληπτική πιθανότητα της EU-SILC και περιέχουν robust τυπικά σφάλματα. Η επιλογή του αριθμού των παρατηρήσεων (N) γίνεται με γνώμονα τα πρότυπα συμμεταβλητότητας (covariance patterns) για να διευκολυνθεί η προσαρμοστικότητα των μοντέλων στα μικροδεδομένα (goodness-of-fit). Τέλος, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τους λόγους πιθανοτήτων (odds ratios).

Η εμπειρική ανάλυση εξετάζει τις ανισότητες υγείας ως προς την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας για τα έτη 2007 και 2011. Το στατιστικό υπόδειγμα της λογιστικής παλινδρόμησης εκτιμά ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών σε όλες τις εξεταζόμενες χώρες (βλ. Πίνακα 7.3). Επιπλέον, οι άντρες εμφανίζουν μεγαλύτερες διαφορές ως προς την πρόσβαση και τη χρήση της υγειονομικής φροντίδας απ' ό,τι οι γυναίκες στις περισσότερες εξεταζόμενες χώρες.

Αν εστιάσουμε την ερμηνεία των αποτελεσμάτων στις διαφορές ανάμεσα στην κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία υψηλού και χαμηλού κοινωνικού στάτους, τα διοικητικά ή διευθυντικά στελέχη, οι ασκούντες επιστημονικά ή ελευθέρια επαγγέλματα και οι τεχνολόγοι και τεχνικοί βοηθοί έχουν μικρότερες πιθανότητες να δηλώσουν περιορισμό στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους ημι-ειδικευμένους και τους ανειδίκευτους χειρώνακτες, κρατώντας τους υπόλοιπους παράγοντες σταθερούς (βλ. Πίνακα 7.4).

Ωστόσο, τα ευρήματα από την ανάλυση αυτή δεν είναι ερμηνευτικά αξιοποιήσιμα στον ίδιο βαθμό σε σχέση με τα ευρήματα από την ανάλυση της κατάστασης υγείας. Ίσως αυτό να οφείλεται στην ποικιλομορφία των συστατικών στοιχείων που συνθέτουν το συγκεκριμένο δείκτη, δυσχεραίνοντας μια πιο απτή αποτύπωση των ανισοτήτων υγείας ως προς την πρόσβαση και τη χρήση της υγειονομικής φροντίδας με βάση την οικονομικο-επαγγελματική κατάσταση και το φύλο.

7.4 Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Ο βασικός στόχος της ανάλυσης ήταν να αποτυπώσει με ποσοτικό τρόπο την ένταση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών ομαδοποιήσεων σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες. Οι ανισότητες υγείας χωρίστηκαν σε δύο διαστάσεις: την κατάσταση υγείας και την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ως προς το πρώτο σκέλος, τα ευρήματα είναι αρκετά σαφή: η ανάλυση καταδεικνύει τις ανισότητες μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων ως προς την αυτο-εκτιμώμενη κατάσταση υγείας, οι οποίες διευρύνονται κατά τη χρονική περίοδο αναφοράς (2007-2011). Αντίθετα, ως προς το δεύτερο σκέλος, τα ευρήματα είναι μάλλον συγκεχυμένα εξαιτίας, ίσως, του τρόπου με τον οποίο καταρτίστηκε ο δείκτης της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, δυσχεραίνοντας την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Σε αδρές γραμμές, τα ευρήματα της ανάλυσης φαίνεται να επιβεβαιώνουν την υπόθεση της διεύρυνσης των ανισοτήτων υγείας, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, τα μικροδεδομένα των επόμενων ετών θα μας δώσουν μια πληρέστερη εικόνα των εξελίξεων στο χώρο της υγείας, δεδομένου ότι απαιτείται ένα χρονικό βάθος για να αναδυθούν με ευκρίνεια οι επιπτώσεις της κρίσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε τις ανισότητες στην υγεία με βάση τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών στην Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια.

8. Η ανισότητα στην υγεία μέσα από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών

8.1 Εισαγωγή: Μεθοδολογία και δεδομένα

Το κεφάλαιο αυτό επικεντρώνεται στην ανάλυση των ιδιωτικών δαπανών υγείας και την επίδραση που αυτές έχουν στην ανισότητα και τον κίνδυνο φτώχειας που αντιμετωπίζουν τα άτομα στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα διερευνά την επίδραση της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας στις ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, στο πλαίσιο των ευρύτερων επιπτώσεων που έχουν η κρίση και η λιτότητα στη συνολική κατανάλωση και τα καταναλωτικά πρότυπα των ατόμων. Ακολουθείται η μεθοδολογία που είχε υιοθετηθεί από τους Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου (2011) στη διερεύνηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατά το 2008. Η ανάλυση εδώ επεκτείνεται στη διερεύνηση και εκτίμηση της εξέλιξης των δαπανών υγείας την περίοδο 2008-2013, δηλαδή λίγο πριν και μετά την εμφάνιση της κρίσης στη χώρα και την εφαρμογή των μέτρων περιορισμού των δημοσιονομικών δαπανών.

Στην ανάλυση αξιοποιούνται τα μικροδεδομένα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), τα οποία αναφέρονται στα έτη 2008-2013. Η ΕΟΠ πραγματοποιείται από την ΕΛΣΤΑΤ και παρέχει αναλυτικές πληροφορίες για την καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών, που συλλέγονται μέσω ερωτηματολογίων από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοικοκυριών σε όλη τη χώρα (ΕΛΣΤΑΤ, 2013β, 2014). Παράλληλα συλλέγονται πληροφορίες για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του νοικοκυριού, όπως το μέγεθος και η σύνθεση των νοικοκυριών, οι συνθήκες στέγασης, το εισόδημα, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η απασχόληση των μελών. Από το 2008 η ΕΟΠ πραγματοποιείται σε ετήσια βάση,

γεγονός που επιτρέπει την καλύτερη παρακολούθηση της εξέλιξης στο ύψος και τη διάθρωση της κατανάλωσης των νοικοκυριών της χώρας.

Η ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη είναι η οικονομική μεταβλητή που χρησιμοποιείται σε αυτή την ανάλυση για τον προσδιορισμό του ύψους και της διάθρωσης τόσο της συνολικής κατανάλωσης όσο και της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας καθώς και για τον υπολογισμό της ανισότητας και της φτώχειας. Πρόκειται για την ετήσια καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών για προϊόντα και υπηρεσίες. Δεν περιλαμβάνονται παροχές (αγαθά και υπηρεσίες) σε είδος που έλαβαν τα νοικοκυριά καθώς και η ιδιοκατανάλωση (λ.χ. η κατανάλωση προϊόντων που παράγουν τα ίδια τα νοικοκυριά). Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η συνολική καταναλωτική δαπάνη έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί ως οικονομική μεταβλητή στη διερεύνηση της φτώχειας και της ανισότητας (βλ. Μητράκος και Τσακλόγλου, 2003). Πολλοί μάλιστα ερευνητές υποστηρίζουν ότι η μεταβλητή αυτή αποτυπώνει καλύτερα το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων και το εισόδημα του κύκλου ζωής, εφόσον δεν παρουσιάζει τις ίδια έντονες διακυμάνσεις στο χρόνο που εμφανίζει το εισόδημα. Ως δημογραφική μονάδα ανάλυσης επιλέχτηκε το άτομο. Επειδή όμως τα άτομα ζουν σε νοικοκυριά διαφορετικού μεγέθους και σύνθεσης, χρησιμοποιούμε την τροποποιημένη κλίμακα του OECD για τη σύγκριση του επιπέδου της καταναλωτικής δαπάνης. Σύμφωνα με την κλίμα αυτή, το πρώτο μέλος του νοικοκυριού σταθμίζεται με 1, κάθε επιπλέον ενήλικας με 0,5 και κάθε παιδί με 0,3.

Για τον υπολογισμό της ανισότητας ως προς την ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη χρησιμοποιούνται οι ευρέως διαδεδομένοι δείκτες *Gini (G)*, *Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L)*, *Theil (T)*, *Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας C^2* και *Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$* και *$A_{(\epsilon=2)}$* . Οι δείκτες αυτοί ικανοποιούν τις βασικές ιδιότητες που οφείλουν να έχουν οι δείκτες μέτρησης της ανισότητας, δηλαδή της ανωνυμίας, της ανεξαρτησίας από το μέγεθος του πληθυσμού, της ανεξαρτησίας από τη μονάδα μέτρησης της οικονομικής μεταβλητής (εισόδημα ή κατανάλωση) και την αρχή της μετάβασης.¹³⁰ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε δείκτης εμφανίζει διαφορετική ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικά σημεία της κατανομής. Κατά συνέπεια, οι δείκτες αυτοί δεν είναι αξιακά ουδέ-

130. Για τον υπολογισμό των δεικτών μέτρησης της ανισότητας και τις ιδιότητές τους βλ. Atkinson (1983), Cowell (2000), Atkinson and Bourguignon (2000).

τεροι, εφόσον κάθε ένας από αυτούς αντανακλά μια συγκεκριμένη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας.¹³¹ Έτσι, μεγαλύτερη ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που γίνονται στο μέσο της διανομής εμφανίζει ο δείκτης G . Μεταξύ των δεικτών L , T και C^2 μεγαλύτερη ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που πραγματοποιούνται στα χαμηλά τμήματα της διανομής εμφανίζει ο L και στα υψηλότερα ο C^2 . Ως προς το δείκτη *Atkinson*, η τιμή της «παραμέτρου αποστροφής της ανισότητας» ε είναι αυτή που καθορίζει την ευαισθησία του δείκτη στα διάφορα εισοδηματικά κλιμάκια. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή της ε τόσο αυξάνεται και η ευαισθησία του δείκτη σε μεταβιβάσεις στο κάτω άκρο της κατανομής. Η χρήση εναλλακτικών δεικτών στη μέτρηση της ανισότητας είναι σημαντική για τον έλεγχο της εγκυρότητας των εκτιμήσεων και την αποτύπωση και διερεύνηση διαφορετικών πλευρών του φαινομένου.

Για τη διερεύνηση της κατανομής των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και τις επιδράσεις που αυτές ασκούν στα διαφορετικά εισοδηματικά κλιμάκια του πληθυσμού, χωρίζουμε τον πληθυσμό σε δεκατημόρια με βάση το ύψος της συνολικής ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Κάθε δεκατημόριο περιλαμβάνει το 10% του συνόλου των ατόμων, με το πρώτο δεκατημόριο να περιλαμβάνει το 10% του φτωχότερου πληθυσμού (δηλαδή των ατόμων με την πιο χαμηλή καταναλωτική δαπάνη) και το 10ο δεκατημόριο το 10% του πλουσιότερου.

Για την εξέταση τέλος της επίπτωσης των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, χρησιμοποιούμε τον ευρέως διαδεδομένο ορισμό της σχετικής φτώχειας, σύμφωνα με τον οποίο το όριο της φτώχειας ορίζεται στο 60% της διαμέσου της ισοδύναμης κατανάλωσης (ή εισοδήματος).¹³² Ταυτόχρονα, για να μετρήσουμε και την επίδραση στο επίπεδο διαβίωσης των φτωχών, χρησιμοποι-

131. Για την επίδραση των εναλλακτικών υποθέσεων, ορισμών, δεικτών και μεθόδων στην ανάλυση και αποτίμηση της ανισότητας βλ. Pichaud (1993), Παπαθεοδώρου (2004).

132. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός δείκτης μέτρησης της φτώχειας. Ο συγκεκριμένος δείκτης είναι μάλλον αυθαίρετος, εφόσον στερείται κάποιας ουσιαστικής θεωρητικής τεκμηρίωσης. Γίνεται όμως εύκολα κατανοητός ακόμη και από τους μη ειδικούς στο χώρο και υπολογίζεται σχετικά εύκολα, χωρίς να απαιτούνται πολύπλοκα και υψηλού κόστους (ως προς τη συλλογή και τεκμηρίωση) δεδομένα. Για μια κριτική επισκόπηση αυτού του ορισμού της φτώχειας βλ. Παπαθεοδώρου και Δαφέρμος (2010).

ούμε το χάσμα της φτώχειας, το οποίο μετρά την απόσταση της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των φτωχών από το όριο φτώχειας.¹³³

8.2 Εξέλιξη και κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας

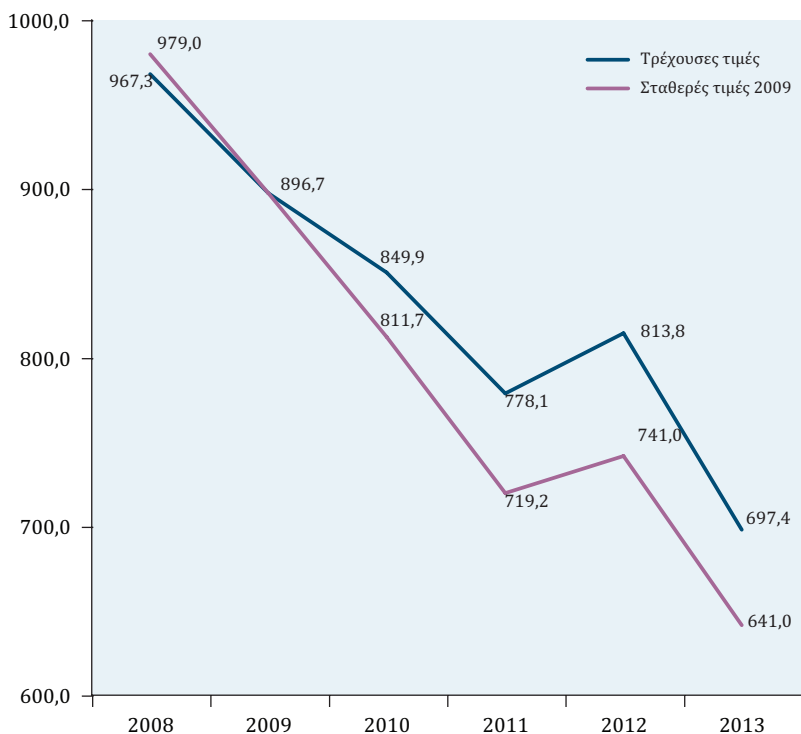
Σημαντικός παράγοντας στην αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας είναι ο βαθμός που η χρήση των υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού. Ιδανικά, ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να διασφαλίζει ότι δεν κινδυνεύει να επιδεινωθεί το βιοτικό επίπεδο του πολίτη κάνοντας χρήση των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2000, 2009). Γνωρίζοντας ότι στην Ελλάδα υπάρχει ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας, το βασικό ερώτημα που απασχολεί αυτή την ενότητα είναι σε ποιο βαθμό οι ιδιωτικές αυτές δαπάνες για υγεία επιβαρύνουν το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων, και ιδιαίτερα αυτών με τα χαμηλότερα εισοδήματα. Επιπρόσθετα, σε ποιο βαθμό και με ποιον τρόπο η οικονομική κρίση και οι πολιτικές δημοσιονομικής πειθαρχίας, που ήδη έχουν μειώσει τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική περίθαλψη, έχουν επηρεάσει τις ιδιωτικές δαπάνες για υγεία.

Στο Διάγραμμα 8.1 απεικονίζεται η εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών για υγεία την περίοδο 2008-2013. Πρόκειται για την ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη ανά άτομο σε τρέχουσες και σε σταθερές τιμές 2009. Παρατηρούμε μία σημαντική και απότομη μείωση της μέσης δαπάνης για υγεία τη συγκεκριμένη περίοδο. Συνολικά οι μέσες ιδιωτικές δαπάνες για υγεία του ατόμου (σε σταθερές τιμές) μειώθηκαν κατά 34,5%. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε τρεις εναλλακτικές αλλά όχι αμοιβαία αποκλειόμενες ερμηνείες:

- Πρώτον, ότι την περίοδο αυτή υπάρχει βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, με συνέπεια τη μείωση των ιδιωτικών δαπανών.
- Δεύτερον, ότι υπάρχει βελτίωση της ίδιας της υγείας των ατόμων, με συνέπεια την κατανάλωση λιγότερων υπηρεσιών υγείας.
- Τρίτον, ότι η δραματική επιδείνωση των εισοδημάτων των ατόμων κατά την περίοδο αυτή έχει οδηγήσει σε αναγκαστική μείωση των δαπανών για υγεία, προκειμένου να καλυφθεί η κατανάλωση άλλων βασικών αγαθών.

133. Το χάσμα της φτώχειας υπολογίζεται ως ο λόγος της απόστασης της διαμέσου καταναλωτικής δαπάνης των φτωχών από το όριο φτώχειας προς το όριο φτώχειας.

Διάγραμμα 8.1: Μέση ετήσια ατομική ισοδύναμη ιδιωτική δαπάνη για υγεία, Ελλάδα, 2008-2013, σε τρέχουσες τιμές και σε σταθερές τιμές 2009



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008-2013, ΕΛΣΤΑΤ

Λαμβάνοντας υπόψη ότι την περίοδο αυτή, λόγω των μέτρων δημοσιονομικής πειθαρχίας, έχουμε μείωση των δημοσίων δαπανών για το σύστημα υγείας, μετακίνηση μέρους του κόστους στους ίδιους τους πολίτες (λ.χ. αύξηση της συμμετοχής στα φάρμακα και στις διαγνωστικές εξετάσεις, εισιτήριο για εισαγωγή σε νοσοκομείο κ.λπ.) και περιορισμό στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από ανασφάλιστους, θα πρέπει να απορρίψουμε την πρώτη ερμηνεία. Αντίθετα, με βάση τα παραπάνω, θα ανέμενε κανείς την περίοδο αυτή να έχουμε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για υγεία. Αναφορικά με τη δεύτερη ερμηνεία, δεν μπορεί να υπάρξει τόσο σημαντική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, σε περίοδο ύφεσης, δραματικής αύξησης της ανεργίας, μεγάλης μείωσης των εισοδημάτων και αύξησης της φτώχειας, καταγράφε-

ται επιδείνωση της υγείας των πολιτών. Άρα και η δεύτερη ερμηνεία δεν μπορεί να υποστηριχτεί. Η μείωση λοιπόν των ιδιωτικών δαπανών για υγεία στην ουσία αντανακλά τη δραματική συρρίκνωση των πραγματικών εισοδημάτων και τις επιπτώσεις που αυτό έχει τόσο στη συνολική κατανάλωση όσο και στα καταναλωτικά πρότυπα του πληθυσμού.

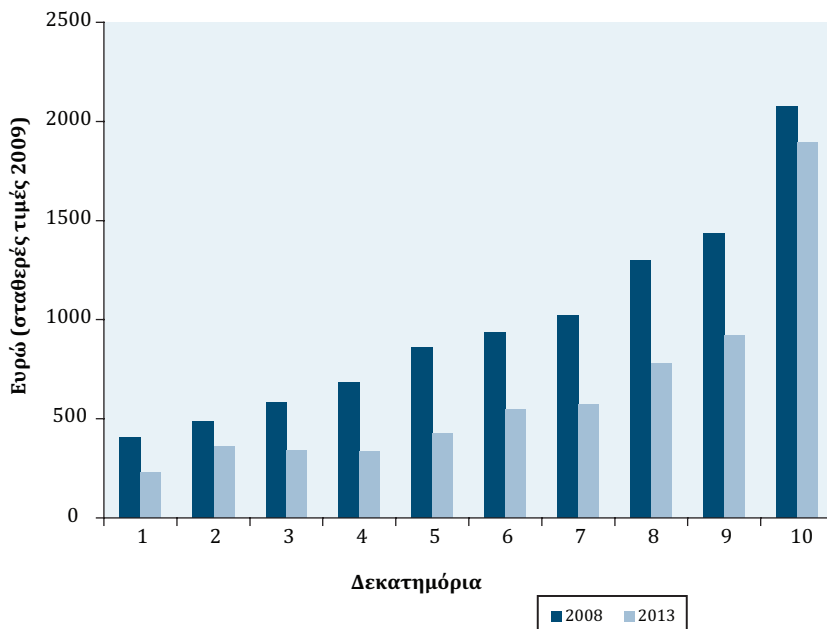
Πράγματι, τη συγκεκριμένη περίοδο, το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών υγείας στις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες των ατόμων (και των νοικοκυριών) δεν παρουσιάζει κάποια αξιόλογη μεταβολή, γεγονός που δείχνει ότι η μείωση των δαπανών για υγεία ακολουθεί τη μείωση των συνολικών δαπανών.¹³⁴ Σε ανάλογες περιόδους ύφεσης, τα τμήματα του πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα στρέφουν αναγκαστικά την κατανάλωσή τους σε βασικά για την επιβίωσή τους αγαθά (όπως για διατροφή).¹³⁵ Έτσι, λόγω της μείωσης της συνολικής κατανάλωσης, τα νοικοκυριά αυτά επιλέγουν να μειώσουν αναλογικά λιγότερο την κατανάλωση σε βασικά αγαθά, με αποτέλεσμα να αυξάνει το μερίδιο αυτών των αγαθών στη συνολική τους κατανάλωση. Αν και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι σε γενικές γραμμές ανελαστική, τα φτωχότερα άτομα λόγω έλλειψης πόρων καταφεύγουν πλέον μόνο στις απολύτως απαραίτητες για την επιβίωσή τους δαπάνες, ενώ συχνά (και εφόσον υπάρχει η δυνατότητα) προσφεύγουν στη χρήση υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από κοινωνικούς φορείς, όπως τα κοινωνικά ιατρεία.

Η ανάλυση των ιδιωτικών δαπανών υγείας ανά δεκατημόριο είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτική (βλ. Διάγραμμα 8.2). Πράγματι, η μέση ιδιωτική δαπάνη για υγεία σχετίζεται θετικά με το ύψος της συνολικής δαπάνης (και κατά συνέπεια του εισοδήματος) των ατόμων. Έτσι, τα πλουσιότερα άτομα δαπανούν σε απόλυτες τιμές μεγαλύτερα ποσά για υγεία από ό,τι τα φτωχότερα. Μεταξύ όμως του 2008 και 2013 διαπιστώνουμε σημαντικές αλλαγές σε αυτή τη σχέση. Το 2013 το ύψος της μέσης ιδιωτικής δαπάνης για υγεία (ως απόλυτο μέγεθος) δεν εξελίσσεται το ίδιο ομαλά ανά δεκατη-

134. Με βάση τα στοιχεία της ΕΟΠ (Βλ. Παράρτημα IV), την περίοδο 2008-2013 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό της μέσης συνολικής ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης του ατόμου, κυμαίνονται μεταξύ 5,9% και 6,8%. Μάλιστα, το πρώτο και τελευταίο έτος της περιόδου αυτής το ποσοστό αυτό είναι το ίδιο (6,4% το 2008 και 6,5% το 2013).

135. Πράγματι, την περίοδο 2009-2013 μειώνονται αναλογικά λιγότερο οι δαπάνες για είδη διατροφής, για υγεία και για εκπαίδευση σε σχέση με τις υπόλοιπες δαπάνες (ΕΛ-ΣΤΑΤ, 2014).

Διάγραμμα 8.2: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008 και 2013 (ευρώ, σταθερές τιμές 2009)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008 & 2013, ΕΛΣΤΑΤ

μόριο όπως το 2008. Έτσι, το 2013 τα άτομα που βρίσκονται στο 2ο δεκατημόριο ξοδεύουν σε απόλυτες τιμές περισσότερο για υγεία από ό,τι αυτά που βρίσκονται στο 3ο και 4ο δεκατημόριο, που έχουν σαφώς υψηλότερα εισοδήματα.

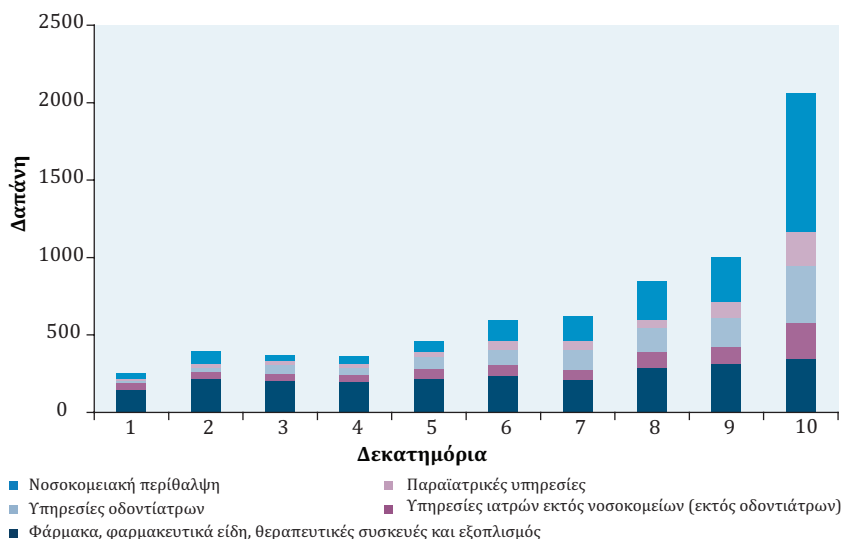
Επίσης, σε απόλυτα μεγέθη, η μείωση των ιδιωτικών δαπανών για υγεία την περίοδο 2008-2013 είναι σημαντικά μικρότερη στο 20% του φτωχότερου πληθυσμού (δηλαδή 1ο και 2ο δεκατημόριο) και στο 10% του πλουσιότερου πληθυσμού. Την περίοδο που έχουμε σημαντική συρρίκνωση των πραγματικών εισοδημάτων των ατόμων, ως αποτέλεσμα της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας, τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού μειώνουν συγκριτικά λιγότερο τις δαπάνες για περίθαλψη από ό,τι τα νοικοκυριά με υψηλότερα εισοδήματα. Το γεγονός ότι τα φτωχά και πλέον εύαλτα τμήματα του πληθυσμού, που αντιμετωπίζουν τις πιο επώδυνες επιπτώσεις της κρίσης, αναγκάζονται να μειώσουν λιγότερο τις δαπάνες τους για υγεία (ως απόλυτο μέγεθος) από ό,τι τα οικονομικά πιο εύρωστα τμήματα του πληθυσμού

καταδεικνύει τις εγγενείς αδυναμίες του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αδυνατεί να εγγυηθεί στα τμήματα του πληθυσμού με τα πλέον χαμηλά εισοδήματα πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας χωρίς την καταβολή ιδιωτικών πληρωμών. Επιπλέον, όπως δείχνει το Διάγραμμα 8.2, δραστική μείωση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία παρατηρείται στα μικρο-μεσαία εισοδηματικά στρώματα, με αποτέλεσμα την προς τα κάτω σύγκλιση της μέσης ετήσιας δαπάνης (σε σταθερές τιμές). Το εύρημα αυτό καταδεικνύει την επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης για ένα μεγάλο τμήμα των μεσαίων εισοδηματικά στρωμάτων.

Η θετική συσχέτιση μεταξύ ιδιωτικής δαπάνης για υγεία και ύψους συνολικής καταναλωτικής δαπάνης (και άρα εισοδήματος) του ατόμου, δεν είναι το ίδιο εμφανής και στις επιμέρους δαπάνες υγείας. Όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 8.3, σε απόλυτες τιμές η μέση δαπάνη για φάρμακα είναι υψηλότερη στο 2ο δεκατημόριο από την αντίστοιχη δαπάνη στο 3ο, 4ο, 5ο και 7ο δεκατημόριο. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η μέση δαπάνη για φάρμακα δεν εμφανίζει ιδιαίτερα σημαντικές μεταβολές μεταξύ δεκατημορίων και ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικά εισοδηματικά κλιμάκια. Με δεδομένη την ανελαστικότητα της ζήτησης για φάρμακα, το γεγονός αυτό καταδεικνύει τις αδυναμίες του συστήματος υγείας ως προς την προστασία των φτωχότερων και πλέον ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού. Οι ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού είναι παρόμοιες με αυτές των πιο εύρωστων οικονομικά ατόμων.

Επίσης, και η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι υψηλότερη στο 2ο δεκατημόριο από ό,τι στο 3ο και 4ο δεκατημόριο. Η δαπάνη όμως αυτή αυξάνει σημαντικά από το 6ο δεκατημόριο και μετά ενώ εκτινάσσεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στο 10ο δεκατημόριο. Έτσι, το 2013 τα άτομα που ανήκουν στο πλουσιότερο 10% του πληθυσμού δαπανούν κατά μέσο όρο μόνο σε νοσοκομειακή περίθαλψη περισσότερο από ό,τι αντίστοιχα δαπανούν συνολικά για την υγεία τα άτομα που βρίσκονται στο 1ο έως και το 8ο δεκατημόριο (δηλαδή το 80% του πληθυσμού). Το 2008 τα άτομα που ανήκαν στο 10ο δεκατημόριο ξόδευαν ένα σημαντικά χαμηλότερο ποσό για νοσοκομειακή περίθαλψη (βλ. Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου [2011] και Παράρτημα IV). Αυτό είναι ενδεικτικό της χειροτέρευσης τόσο των υπηρεσιών περίθαλψης που παρέχονται στα δημόσια νοσοκομεία όσο και των δυσκολιών και των χρονικών καθυστερήσεων πρόσβασης σε αυτές, με αποτέλεσμα τα πιο εύρωστα οικονομικά στρώματα να στρέφονται στη χρήση αντίστοιχων υπηρεσιών που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα.

Διάγραμμα 8.3: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2013



Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Οι υπόλοιπες δαπάνες εμφανίζουν μια πιο προφανή θετική συσχέτιση με το ύψος της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στις δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες οι οποίες, αναλόγως του ασφαλιστικού φορέα, είτε δεν καλύπτονται καθόλου είτε καλύπτονται μόνο μερικώς (βλ. Οικονόμου, 2012). Οι δαπάνες αυτές εμφανίζονται ιδιαίτερα χαμηλές στο φτωχότερο 20% του πληθυσμού και παραμένουν χαμηλές και στον πληθυσμό που ανήκει στο 3ο και 4ο δεκατημόριο. Προφανώς, αυτό δεν οφείλεται στις μειωμένες ανάγκες για οδοντιατρική φροντίδα των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού. Αντιθέτως, τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα λόγω καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, και υιοθέτησης πρακτικών υγιεινής, φροντίδας και πρόληψης, έχουν χαμηλότερη ανάγκη για οδοντιατρική φροντίδα. Μπορούμε λοιπόν να συμπεράνουμε ότι τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα καλύπτουν πλημμελώς τις ανάγκες για οδοντιατρική φροντίδα και περιορίζονται μόνο στις απολύτως απαραίτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Όσο τα εισοδήματα αυξάνουν τόσο μεγαλώνει και η δυνατότητα των ατόμων για πιο ολοκληρωμένη οδοντιατρική φροντίδα ή/και επέκτασή της σε παρεμβάσεις αισθητικής.

Ιδιαίτερα όμως αποκαλυπτική είναι η σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία για το 2008 (βλ. Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου [2011] και Παράρτημα IV). Διαπιστώνουμε ότι την περίοδο 2008-2013 η συρρίκνωση των δαπανών για υγεία δεν είναι όμοια σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες. Η δαπάνη για φάρμακα, ως απόλυτο μέγεθος, στα διάφορα δεκατημόρια έχει διατηρηθεί ίδια ή έχει αυξηθεί. Το γεγονός αυτό αποκαλύπτει την ανελαστικότητα της ζήτησης για φάρμακα, αλλά και τις επιπτώσεις που οι αντίστοιχες πολιτικές της περιόδου αυτής έχουν στα εισοδήματα του πληθυσμού. Σημαντική είναι επίσης και η συρρίκνωση που παρατηρείται το 2013, σε σχέση με το 2008, στην οδοντιατρική δαπάνη σε όλα τα δεκατημόρια. Αυτό επιβεβαιώνει ότι τα άτομα σε όλα σχεδόν τα εισοδηματικά κλιμάκια, λόγω της συρρίκνωσης των εισοδημάτων, καταφεύγουν πλέον στις πιο αναγκαίες υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας. Αντιθέτως, την ίδια περίοδο αυξάνουν σημαντικά οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη, γεγονός που αντανακλά τις ελλείψεις σε υποδομή των δημόσιων νοσοκομείων και τα προβλήματα πρόσβασης σε αυτά. Η σχετικά υψηλή δαπάνη για νοσηλευτική φροντίδα, ως ποσοστό του συνόλου της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, για ένα ευρύ φάσμα εισοδηματικών στρωμάτων και η εκτίναξη της δαπάνης αυτής στο υψηλότερο εισοδηματικό δεκατημόριο καταδεικνύουν τη στροφή προς ιδιωτικές υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ιατρικής φροντίδας για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, λόγω των προβλημάτων λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το εύρημα αυτό θα πρέπει να ιδωθεί σε σχέση με τη σημαντική συρρίκνωση της ιδιωτικής (out-of-pocket, άμεσης) δαπάνης για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλο σχεδόν το φάσμα των κλιμακίων καταναλωτικής δαπάνης. Στα κλιμάκια που αντιστοιχούν σε χαμηλά και μεσαία εισοδηματικά στρώματα η εξαιρετικά μεγάλη μείωση της δαπάνης αυτής είναι αποτέλεσμα της οικονομικής δυσπραγίας των νοικοκυριών που τα στρέφει προς τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ωστόσο, η πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές (ιδιαίτερα για τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα) δυσχεραίνεται εξαιτίας της αύξησης των συν-πληρωμών, της μείωσης του φάσματος των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών, της αποδυνάμωσης των πρώην μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, και του πλαφόν στον αριθμό επισκέψεων ανά μήνα για τους συμβεβλημένους γιατρούς του ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα οι εξυπηρετούμενοι να χρεώνονται με 10 και 20 ευρώ ακόμη και για μια απλή συνταγογράφηση. Από την άλλη μεριά, η μείωση της δαπάνης για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στο υψηλότερο δεκατη-

μόριο ενδέχεται να συνδέεται με αύξηση της χρήσης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στο πλαίσιο προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης.

Όπως αναφέρεται στα Κεφάλαια 3 και 7, κατά την περίοδο της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας, αυξήθηκαν σημαντικά οι μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική φροντίδα (ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο) ακόμη και για τα νοικοκυριά που ανήκουν στα μεσαία στρώματα. Λόγω μείωσης των εισοδημάτων τους, τα άτομα καταφεύγουν πλέον λιγότερο συχνά σε υπηρεσίες ιδιωτών ιατρών (ή ακόμη και γιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ). Όμως ούτε το δημόσιο σύστημα μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες, όπως αναφέρεται στο Κεφάλαιο 3. Αυτό εγκυμονεί υψηλούς κινδύνους για την επιδείνωση της υγείας μεγάλου τμήματος του πληθυσμού στο μέλλον. Επιπλέον, μακροπρόθεσμα οι συνθήκες αυτές δεν συμβάλλουν στον εξορθολογισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και στην περιστολή του κόστους. Η αδυναμία πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο μεταθέτει τα προβλήματα στο μέλλον. Έτσι, μια πιθανή έκρηξη της νοσηρότητας κατά τα επόμενα χρόνια θα διογκώσει τις ανάγκες για (ακριβή) νοσοκομειακή περίθαλψη.

8.3 Επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων

Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία στερούν πόρους από τα νοικοκυριά που θα μπορούσαν να διοχετευτούν στην κατανάλωση άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Άρα έχουν αρνητική επίπτωση στην ίδια την ευημερία των ατόμων. Όσο υψηλότερες είναι οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία τόσο μειώνεται το διαθέσιμο εισόδημα των ατόμων για την κατανάλωση άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Ένα λοιπόν από τα βασικά ερωτήματα στην αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας είναι σε ποιο βαθμό οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία επηρεάζουν την ευημερία των ατόμων.

Μια πρώτη προσέγγιση στο θέμα αυτό είναι να δούμε σε ποιο βαθμό και με ποιον τρόπο οι συγκεκριμένες δαπάνες επηρεάζουν τη διανομή των διαθέσιμων πόρων των νοικοκυριών για αγορά άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Αφαιρώντας δηλαδή το ποσό που δαπανούν τα άτομα για υγεία από τη συνολική τους κατανάλωση, να ελέγξουμε εάν αυξάνεται ή μειώνεται η ανισότητα στην καταναλω-

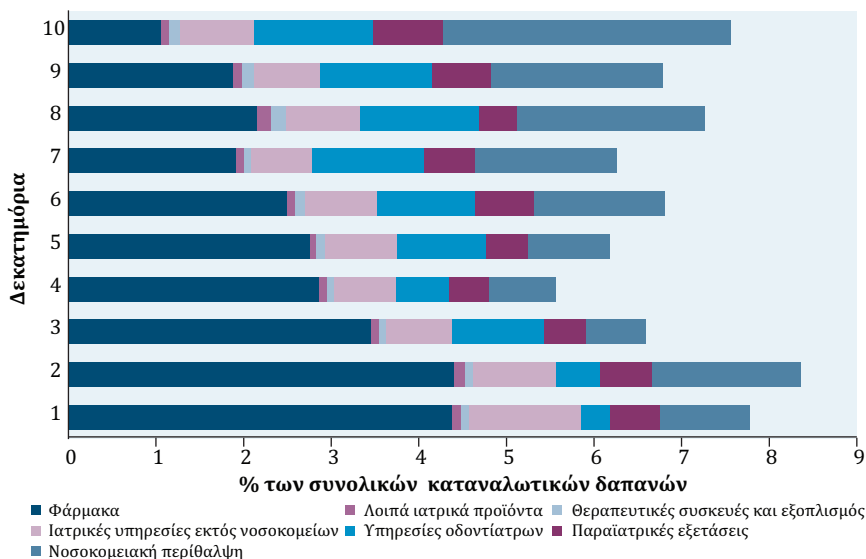
τική δαπάνη των νοικοκυριών. Είναι προφανές ότι εάν τα νοικοκυριά δαπανούν το ίδιο μερίδιο του εισοδήματός τους για υπηρεσίες υγείας τότε δεν πρόκειται να υπάρξει κάποια αισθητή επίδραση στην ανισότητα ως προς τη διανομή των καταναλωτικών δαπανών (και κατ' επέκταση του διαθέσιμου εισοδήματος). Αντίθετως εάν τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα καταναλώνουν μεγαλύτερο μερίδιο του εισοδήματός τους για υγεία τότε η ανισότητα στη δυνητική κατανάλωση για τα υπόλοιπα αγαθά και υπηρεσίες αυξάνει.

Στο Διάγραμμα 8.4 απεικονίζονται οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των ατόμων. Βλέπουμε ότι η ιδιωτική δαπάνη για υγεία δεν αντιπροσωπεύει το ίδιο μερίδιο σε όλα τα εισοδηματικά κλιμάκια. Η συγκεκριμένη δαπάνη αποτελεί ένα συντριπτικά μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών δαπανών στα νοικοκυριά με πολύ χαμηλά εισοδήματα (1ο και 2ο δεκατημόριο) καθώς και στα νοικοκυριά με τα πλέον υψηλά εισοδήματα (10ο δεκατημόριο). Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία επηρεάζουν διαφορετικά τα άτομα ανάλογα με το ύψος τους εισοδήματός τους.

Ως προς τις επιμέρους κατηγορίες, η δαπάνη για τα φάρμακα, ως ποσοστό της συνολικής κατανάλωσης, σχετίζεται αρνητικά με το ύψος της καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Επίσης, ιδιαίτερα αυξημένο μερίδιο των συνολικών δαπανών αντιπροσωπεύουν οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη. Σε αντίθεση με τα φάρμακα, η συγκεκριμένη δαπάνη αντιπροσωπεύει μεγαλύτερο μερίδιο της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων στα τμήματα του πληθυσμού με την υψηλότερη κατανάλωση (και άρα εισόδημα).

Είδαμε ότι η διάθρωση των δαπανών υγείας διαφοροποιείται σημαντικά ανά δεκατημόριο. Άρα είναι διαφορετικό το μείγμα των επιμέρους δαπανών υγείας που επιδρούν στη μείωση της συνολικής κατανάλωσης των νοικοκυριών σε κάθε εισοδηματικό κλιμάκιο. Αυτό γίνεται καλύτερα κατανοητό στο Διάγραμμα 8.5, όπου απεικονίζεται η σύνθεση των επιμέρους δαπανών για υγεία ανά δεκατημόριο πληθυσμού. Διαπιστώνουμε ότι στο 40% του πληθυσμού με τη χαμηλότερη συνολική κατανάλωση η δαπάνη για φάρμακα αντιπροσωπεύει περισσότερο από το 50% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης για υγεία. Αντίθετα, στο 40% του οικονομικά πιο εύρωστου πληθυσμού σημαντικό μερίδιο αποτελούν οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη. Το συντριπτικά μεγαλύτερο μερίδιο στις δαπάνες υγείας εμφανίζει η νοσοκομειακή περίθαλψη στο 10ο δεκατημόριο. Έτσι, τα πλουσιότερα άτομα δαπανούν αναλογικά μεγαλύτερο μερίδιο των

Διάγραμμα 8.4: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2013

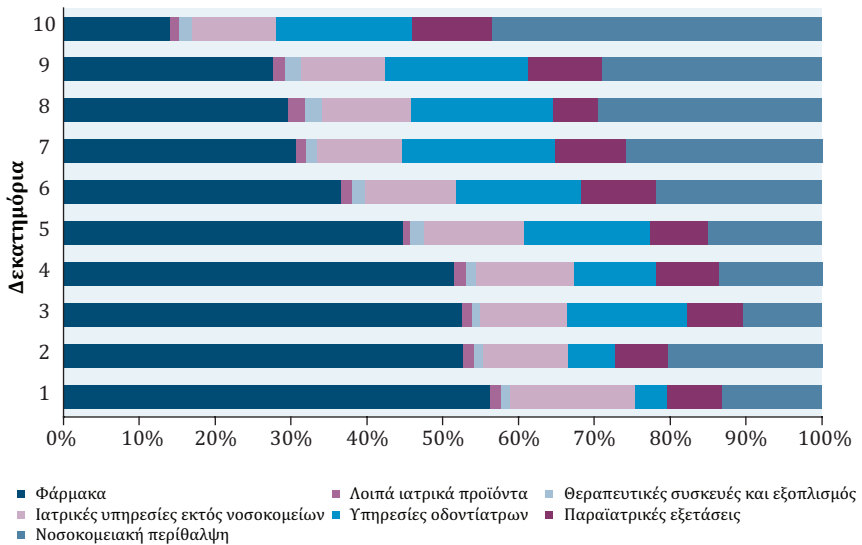


Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

δαπανών υγείας για νοσοκομειακή περίθαλψη από ό,τι ο υπόλοιπος πληθυσμός στη χώρα.

Οι ιατρικές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων εμφανίζουν ένα μάλλον σταθερό μερίδιο των δαπανών υγείας σε όλα τα δεκατημόρια, με εξαίρεση το πρώτο (φτωχότερο) όπου το μερίδιο αυτό εμφανίζεται σχετικά υψηλότερο. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες εμφανίζουν χαμηλά μερίδια στη συνολική κατανάλωση στο 20% του φτωχότερου πληθυσμού, ενώ στον υπόλοιπο πληθυσμό το μερίδιο αυτό εμφανίζει μικρές διαφοροποιήσεις ως προς τη συνολική καταναλωτική δαπάνη των ατόμων. Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι στο 10% του φτωχότερου πληθυσμού οι δαπάνες για φάρμακα και οι ιατρικές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 70% της συνολικής τους δαπάνης για υγεία. Αντίθετα στο πλουσιότερο 10% του πληθυσμού περισσότερο από το 60% της συνολικής δαπάνης για υγεία αποτελούν η νοσοκομειακή περίθαλψη και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Διάγραμμα 8.5: Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2013



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Η χρήση εναλλακτικών δεικτών μέτρησης της ανισότητας μας βοηθούν να εκτιμήσουμε ποσοτικά την επίδραση που ασκούν οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία στην κατανομή των συνολικών δαπανών και να ελέγξουμε την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Οι σχετικές εκτιμήσεις των δεικτών ανισότητας για τη συνολική κατανάλωση των νοικοκυριών το 2013, πριν και μετά τις ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.1. Όπως εύκολα μπορούμε να δούμε, με εξαίρεση το δείκτη C^2 , όλοι οι υπόλοιποι δείκτες καταδεικνύουν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξάνουν την ανισότητα. Χαμηλότερη αύξηση δείχνει ο δείκτης *Gini* που είναι περισσότερο ευαίσθητος σε μεταβιβάσεις στο μέσο της διανομής. Μεγαλύτερη αύξηση στην ανισότητα εμφανίζει ο δείκτης $A_{(\varepsilon=2)}$, που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος σε μεταβιβάσεις στα χαμηλότερα κλιμάκια τη διανομής. Τέλος ο δείκτης C^2 είναι ο μόνος που δείχνει οριακή μείωση της ανισότητας. Είναι όμως ο δείκτης που είναι περισσότερο ευαίσθητος σε διαφορές στα υψηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια. Η οριακή μείωση που δείχνει αυτός ο δείκτης αντανακλά το υψηλό μερίδιο που αντιπροσωπεύουν το 2013 οι δαπάνες υγείας στο σύνολο της κατανάλωσης ατόμων που βρίσκονται στο 10ο δεκατημόριο (βλ. Διάγραμμα 8.4 και Παράρτημα IV).

Πίνακας 8.1: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2013, με βάση τους δείκτες Gini, Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L), Theil, Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C^2) και Atkinson $A_{(\varepsilon=0,5)}$ και $A_{(\varepsilon=2)}$

	Gini	$A_{(\varepsilon=0,5)}$	$A_{(\varepsilon=2)}$	L	Theil	C^2
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	0,336	0,094	0,301	0,188	0,206	0,604
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	0,339	0,095	0,307	0,192	0,210	0,603
Ποσοστιαία (%) μεταβολή της συνολικής ανισότητας λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	0,7	1,2	2,0	1,8	2,2	-0,2

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Στο πλαίσιο του σχεδιασμού αλλά και της αξιολόγησης πολιτικών και παρεμβάσεων, ιδιαίτερη σημασία έχει η διερεύνηση της επίδρασης των ιδιωτικών δαπανών υγείας στα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού. Ακόμα και εάν οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία αντιπροσωπεύουν ένα σταθερό ποσοστό της συνολικής κατανάλωσης και κατ' επέκταση των εισοδημάτων των ατόμων σε όλα τα κλιμάκια, είναι προφανές ότι επιβαρύνουν δυσανάλογα την ευημερία των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού. Τα φτωχά νοικοκυριά καταναλώνουν όλο σχεδόν το εισόδημά τους. Άρα, η οποιαδήποτε δαπάνη για υγεία (που έχει ανελαστική ζήτηση) επιδρά πολύ περισσότερο στη δυνητική κατανάλωσή τους για τα υπόλοιπα αγαθά και υπηρεσίες σε σχέση με τα πιο εύρωστα οικονομικά νοικοκυριά. Αυτό έχει ιδιαίτερα δυσμενείς συνέπειες στο ήδη χαμηλό επίπεδο διαβίωσης των φτωχότερων νοικοκυριών. Τα φτωχά νοικοκυριά αναγκάζονται να στερηθούν βασικά αγαθά για την επιβίωσή τους προκειμένου να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας (βλ. τα ευρήματα της εμπειρικής έρευνας στη Θράκη, Κεφάλαιο 10, Ενότητα 10.4). Στα νοικοκυριά με υψηλότερα εισοδήματα και άρα με αποταμιεύσεις, οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία περιορίζουν λιγότερο τη συνολική τους κατανάλωση. Άρα και οι επιπτώσεις των δαπανών υγείας στο επίπεδο διαβίωσής τους (που είναι ήδη υψηλό) είναι λιγότερο αισθητές.

Στον Πίνακα 8.2 παρουσιάζουμε εκτιμήσεις του κινδύνου φτώχειας και του χάσματος φτώχειας το 2013, με βάση τη συνολική κατανάλωση των νοικοκυριών, πριν από και μετά την ιδιωτική δαπάνη για υγεία. Όπως αναφέρθηκε

προηγούμενως, το όριο φτώχειας που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτό του 60% της διαμέσου συνολικής ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης του ατόμου. Διαπιστώνουμε ότι το 2013 στην Ελλάδα, το 15,5% των ατόμων είναι κάτω από το όριο φτώχειας με βάση τη συνολική καταναλωτική δαπάνη.¹³⁶ Όταν όμως από τη συνολική κατανάλωση αφαιρεθούν οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, το ποσοστό των ατόμων που πέφτει κάτω από το όριο φτώχειας αυξάνει στο 20,8%. Δηλαδή οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία αυξάνουν τον αριθμό των φτωχών κατά 34,1%. Ως προς το χάσμα φτώχειας, δεν εμφανίζεται κάποια σημαντική μεταβολή. Εμφανίζει μάλιστα μικρή μείωση. Αυτό σε γενικές γραμμές υποδηλώνει ότι η σημαντική αύξηση του ποσοστού των ατόμων που πέφτει κάτω από το όριο φτώχειας δεν συνοδεύεται από χειροτέρευση του μέσου επιπέδου κατανάλωσης των φτωχών.

Πίνακας 8.2: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2013 (η γραμμή φτώχειας στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης του ατόμου)

	Ποσοστό (%) φτώχειας	Χάσμα φτώχειας (%)
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	15,5	19,6
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	20,8	18,7
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	34,1	-2,6

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Σε σύγκριση με το 2008 (βλ. Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου [2011] και Παράρτημα IV), το 2013 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας έχουν δυσμενέστερες επιπτώσεις στα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού, αυξάνοντας περισσότερο τον αριθμό των ατόμων που πέφτουν κάτω από το όριο φτώχειας.

136. Θα πρέπει να σημειωθεί ο κίνδυνος φτώχειας με βάση την καταναλωτική δαπάνη των ατόμων είναι χαμηλότερος από αυτόν που προκύπτει με βάση το εισόδημα. Αυτό συμβαίνει γιατί η καταναλωτική δαπάνη εμφανίζει μικρότερη διασπορά από ό,τι το εισόδημα.

Μέρος Δ

Εθελοντική δράση - Απόψεις
των «παρόχων» και των
«εξυπηρετούμενων»
για τη μεταρρύθμιση

9. Κρίση και ενίσχυση της εθελοντικής δράσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας

9.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζουμε την εθελοντική δράση στο πεδίο της υγειονομικής φροντίδας. Η πρώτη ενότητα συνοψίζει τον επιστημονικό διάλογο για τον εθελοντισμό και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις στο πεδίο αυτό. Γίνεται σύντομη επισκόπηση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, σχολιάζεται η ερμηνευτική προσέγγιση με βάση την κεντρική έννοια του «κοινωνικού κεφαλαίου», και αναδεικνύονται οι βασικές παράμετροι των προσεγγίσεων στο ζήτημα του εθελοντισμού και του ρόλου των ΜΚΟ στο χώρο της υγειονομικής φροντίδας. Η δεύτερη ενότητα διερευνά διεξοδικότερα τα διάφορα επίπεδα δράσης και συνεισφοράς στο χώρο της υγείας των διεθνούς εμβέλειας ΜΚΟ. Με βάση την ανάλυση αυτή, η τρίτη ενότητα επικεντρώνεται στις τάσεις εξέλιξης της εθελοντικής δράσης στην Ελλάδα. Διερευνάται η συνεισφορά των μη κυβερνητικών οργανώσεων στον τομέα της υγείας σε διάφορα επίπεδα παροχής υπηρεσιών καθώς και σε διαφορετικούς τομείς της υγειονομικής φροντίδας (υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, φαρμακευτική περίθαλψη κ.λπ.). Σε αυτό το πλαίσιο γίνεται σύντομη αναφορά στα κοινωνικά ιατρεία, χωρίς ωστόσο το κέντρο βάρους να μετατοπίζεται γενικότερα προς την «αλληλέγγυα οικονομία», η μελέτη της οποίας απαιτεί διαφορετικές προσεγγίσεις. Στη συνέχεια γίνεται διάκριση ανάμεσα σε ΜΚΟ με σταθερές δομές και ad hoc δράσεις που αναδείχθηκαν υπό τις συνθήκες της παρατεταμένης κρίσης. Επίσης καταγράφεται ο ρόλος των ΜΚΟ στο χώρο της ψυχικής υγείας.

9.2 Εθελοντισμός στο χώρο της υγείας: Θεωρητική χαρτογράφηση και επισκόπηση της έρευνας

9.2.1 Το θεωρητικό υπόβαθρο

Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο υγείας των ατόμων μιας κοινότητας μέσω της γρηγορότερης διάχυσης των πληροφοριών, της αύξησης της ταχύτητας υιοθέτησης υγιεινής συμπεριφοράς λόγω μίμησης και της αύξησης του κοινωνικού ελέγχου και της κριτικής στην περίπτωση βλαπτικών για την υγεία συμπεριφορών (Rogers, 1983). Νέες πρακτικές, όπως η λήψη μέτρων προληπτικής ιατρικής, εξαπλώνονται πιο γρήγορα σε συνεκτικές κοινωνίες, τα μέλη των οποίων γνωρίζονται μεταξύ τους και διακρίνονται από αμοιβαία εμπιστοσύνη. Η ύπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου εξασφαλίζει συλλογική δράση που θα μπορούσε να αποτρέψει υπερβολικές περικοπές στη χρηματοδότηση της υγείας. Πέραν τούτου, το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επηρεάσει θετικά την ψυχική υγεία των ατόμων μέσω της αύξησης της αμοιβαίας εκτίμησης και του αυτοσεβασμού αλλά και της ψυχικής αλληλοϋποστήριξης.

Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελείται από μορφές της κοινωνικής οργάνωσης, όπως η έκταση της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης μεταξύ των πολιτών, οι αξίες της αλληλεγγύης και η πυκνότητα των οργανώσεων της κοινωνίας πολιτών που διευκολύνουν τη συνεργασία των ατόμων για αμοιβαίο όφελος. Οι οργανώσεις της κοινωνίας πολιτών έχουν μεταξύ τους διαφορές ως προς τη συνεισφορά τους στο γενικό επίπεδο κοινωνικής συνοχής. Άλλες οργανώσεις είναι ανοιχτές σε όλους και άλλες δέχονται μόνον μέλη με πολύ συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Άλλες ενθαρρύνουν τη στενή επαφή των μελών ενώ σε άλλες αρκεί μια ετήσια οικονομική συνδρομή. Μια νεανική συμμορία που διαπράττει μικροεγκλήματα μπορεί να είναι ιδιαίτερα συνεκτική για τα μέλη της αλλά καταστροφική για την κοινωνική συνοχή στο σύνολό της.

Εκτός από την ενίσχυση της δημοκρατίας (Putnam, 1993), τη μείωση της εγκληματικότητας (Sampson and Groves, 1989· Kennedy et al., 1998· Sampson et al., 1997) και πολλά άλλα κοινωνικά οφέλη, η ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου έχει θετικές επιδράσεις και στην υγεία του πληθυσμού (Kawachi et al., 1997a). Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, μετρήσιμοι δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου, όπως το ποσοστό της πίστης προς τους θεσμούς και το ποσοστό της συμμετοχής σε εθελοντικές οργανώσεις, παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με χαμηλότερη

θνησιμότητα (Kawachi et al., 1997b), ενώ αντιθέτως τα άτομα που έχουν περιορισμένες κοινωνικές επαφές έχουν διπλάσια έως τριπλάσια πιθανότητα θανάτου από οποιαδήποτε αιτία σε σχέση με τα άτομα που έχουν πλούσια κοινωνική ζωή (Berkman and Syme, 1997). Επιπρόσθετα, η κοινωνική ενσωμάτωση μειώνει επίσης τον κίνδυνο της αυτοκτονίας (Durkheim, 1897).

Οι οργανώσεις κοινωνίας των πολιτών συνεισφέρουν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας καθώς ανταποκρίνονται σε πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας και προσαρμόζονται γρήγορα στις ιδιαίτερες τοπικές συνθήκες. Μέσω της άμεσης επικοινωνίας με τους ευάλωτους πληθυσμούς μπορούν να συνηγορούν για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας φιλικών προς τους φτωχούς και τους αποκλεισμένους. Οι ΜΚΟ έχουν άμεση και τακτική πρόσβαση σε περιοχές παραμελημένες από το κεντρικό κράτος και συχνά παρέχουν υπηρεσίες ικανοποιητικής ποιότητας με πολύ λιγότερο κόστος και μεγάλη αποτελεσματικότητα, ενώ παρέχουν και τεχνική υποστήριξη σε ένα μεγάλο φάσμα πεδίων που εκτείνεται από τον προγραμματισμό μέχρι την παροχή υπηρεσιών και την αξιολόγησή τους.

Πέρα από την απευθείας παροχή υπηρεσιών, οι οργανώσεις της κοινωνίας πολιτών μπορούν να βελτιώνουν τη δημόσια κατανόηση, τις αξίες, τα πρότυπα, τις στάσεις και τις συμπεριφορές απέναντι στα θέματα υγείας. Μπορούν να βελτιώνουν τις δημόσιες πολιτικές, και να επικοινωνούν τις λεπτομέρειες έτσι ώστε οι πολιτικές αυτές να γίνονται καλύτερα αποδεκτές από την κοινή γνώμη. Από τις καινοτόμες προσεγγίσεις επωφελείται τόσο ο δημόσιος τομέας όσο και άλλοι οργανισμοί, ενώ σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος τους στην απόκτηση και τη διάχυση της πληροφορίας σχετικά με τα συστήματα υγείας καθώς και στην άσκηση ελέγχου της δημόσιας πολιτικής και των παρεμβάσεων για την υγεία.

9.2.2 Ο επιστημονικός διάλογος για τον εθελοντισμό και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις στο χώρο της υγείας

Ως εθελοντισμός υγείας ορίζεται το σύνολο των εθελοντικών δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα στο πλήρες φάσμα των υπηρεσιών υγείας. Η επιστημονική έρευνα για τον εθελοντισμό στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα είναι πρακτικά ανύπαρκτη. Σε διεθνές επίπεδο η έρευνα αυτή εντάσσεται στον ευρύτερο επιστημονικό διάλογο για την επαγγελματικοποίηση του εθελοντισμού (Fyfe and Milligan, 2003), τις αλλαγές στις σχέσεις εθελοντών, αμειβόμενων και εξυπηρετούμενων (Bondi, 2005) και τις δυνατότητες μετατροπής του νοικοκυριού

και της τοπικής κοινότητας σε πρωταρχικούς χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας (Skinner and Joseph, 2009· Skinner and Power, 2011).

Η έρευνα καλύπτει επίσης μια σειρά από επιμέρους θέματα, όπως ο ρόλος του εθελοντισμού σε υποσυστήματα και τομείς υγείας (π.χ. στα νοσοκομεία, Grosky et al., 1999· Mohan, 2003), η γήρανση του πληθυσμού (Joseph and Chalmers, 1996), η μακροχρόνια φροντίδα (Skinner and Rosenberg, 2006), η χωροταξία της υγείας (Conradson, 2003), η άτυπη παροχή βοήθειας (Wiles, 2003), η ιδιωτικοποίηση και αποκέντρωση υπηρεσιών υγείας (Joseph and Kearns, 1996· Skinner and Rosenberg, 2006), η κοινοτική υποστήριξη και συμβουλευτική (Sherwood and Lewis, 2000· Bondi, 2004), η κοινωνική πρόνοια (Crack et al., 2007), η προαγωγή υγείας (Jenkins, 2009), η ψυχική υγεία (Milligan, 2000), οι τοπικές κοινότητες (Milligan, 2001· Owens and Kearns, 2006· Skinner and Joseph, 2007), ο ακτιβισμός υγείας (Joseph and Chalmers, 1996), οι άστεγοι (Cloke et al., 2007) και οι πάροχοι υγείας (Cloutier-Fisher and Skinner, 2006).

Το ζητούμενο της προσπάθειας άλλων ερευνητών είναι ο βαθμός της αποτελεσματικότητας του εθελοντικού τομέα στην προαγωγή υγείας και την παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε σχέση με τη γήρανση του πληθυσμού και την ευρύτερη δημοσιοοικονομική κρίση (Skinner and Power, 2011). Το μεγαλύτερο μέρος των παραπάνω προσεγγίσεων ωστόσο αναφέρεται στον διεθνή εθελοντισμό, ο οποίος περιορίζεται στην προσφορά εθελοντικής εργασίας από τα αναπτυγμένα κράτη, τους διακρατικούς οργανισμούς, καθώς από τον ιδιωτικό τομέα στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης (Sherraden et al., 2006· Leigh, 2005), συχνά με βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια των διακοπών (Rockcliffe, 2005).

Ιδιαίτερα αναπτυγμένο τομέα έρευνας αποτελεί η μελέτη των τρόπων προσέλευσης εθελοντών στο χώρο της υγείας (Oborne and Bradley, 1975), όπου σημαντική θέση κατέχει η δραστηριοποίηση μετά από εξαιρετικά γεγονότα (trigger events, Perry, 1983· Sills, 1957). Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι προσωπικές εμπειρίες αλλά και εμπειρίες που μεταφέρονται άμεσα από τρίτους, κάτι που σημαίνει ότι στο χώρο της υγείας η διαπροσωπική επικοινωνία είναι πολύ πιο αποδοτική για την προσέλευση εθελοντών από ό,τι η απρόσωπη επαφή μέσα από άλλες τεχνικές. Η χρήση μάλιστα πειστικών μεθόδων φαίνεται ότι έχει διπλάσια επιτυχία από ό,τι πιο χαλαρές προσεγγίσεις (Goldman et al., 1981· Miller et al., 1976· Cantrill, 1991). Σε κάθε περίπτωση, η δραστηριοποίηση εθελοντών ειδικά

στο χώρο της υγείας προϋποθέτει μακρόχρονη εκπαίδευση υψηλού επιπέδου (Simonsen, 1987). Στην πράξη πολλά άτομα καταγράφονται ως εθελοντές, παρόλο που λαμβάνουν μικρές χρηματικές αμοιβές (Jenkins, 2009), γεγονός που προκύπτει από τη βασική προσέγγιση των Anheier and Salamon (1999), που αναγνωρίζει ότι ειδικά στις πολύ φτωχές χώρες οι εθελοντές μπορεί να λαμβάνουν και έναν ελάχιστο βαθμό χρηματικής αμοιβής.

Ο εθελοντισμός των ατόμων που προέρχονται από τις ίδιες τις φτωχές κοινότητες όπου δραστηριοποιούνται αντιθέτως δεν έχει ερευνηθεί ανάλογα (Lukka and Ellis, 2001), με ελάχιστες εξαιρέσεις (Anheier and Salamon, 1999· Hodgkinson, 2003· Aguiling Dalisay, 2005· Salamon and Sokolowski, 2001) και για συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως η αυτοβοήθεια, η αλληλεγγύη και η αμοιβαία υποστήριξη (Lukka and Ellis, 2001), η ημερήσια παροχή γάλακτος σε μαθητές (Barrig, 1994), το χτίσιμο δομών υγείας (Barrig, 1996), οι εμβολιασμοί (Ewig, 2006) και η άτυπη βοήθεια στις γειτονίες με περισσότερη ή λιγότερη κρατική υποστήριξη (Barrig, 1996). Οι προσεγγίσεις αυτές επιβεβαιώνουν ότι τα υπάρχοντα δεδομένα είναι πολύ φτωχά και αδυνατούν να περιγράψουν τα πραγματικά μεγέθη και να ερμηνεύσουν τη σύνθετη πραγματικότητα.

Οι ΜΚΟ συνεισφέρουν σε όλα τα στάδια του ερευνητικού κύκλου (συνηγορία, θέσπιση προτεραιοτήτων, δημιουργία δυναμικού, κινητοποίηση πόρων, διάχυση και αξιοποίηση των επιστημονικών ευρημάτων και δικτύωση) (Delisle et al., 2005). Οι δεσμοί των ΜΚΟ με την επιστημονική κοινότητα συνήθως είναι ασθενείς, καθώς η έμφαση δίνεται στην εξυπηρέτηση επειγουσών αναγκών και έτσι όλες οι άλλες δράσεις περνούν σε δεύτερο επίπεδο. Οι ΜΚΟ συνεισφέρουν στην έρευνα με τεχνογνωσία και ανθρώπινους πόρους ενώ παράλληλα αποτελούν τον πιο σημαντικό κρίκο για την επαφή νεαρών επιστημόνων και ικανών ερευνητών με την εφαρμοσμένη έρευνα πεδίου.

9.3 Μη κυβερνητικές οργανώσεις στο χώρο της υγείας: Η διεθνής εμπειρία

9.3.1 Ο αυξανόμενος ρόλος του τρίτου τομέα της υγείας

Οι πρώτες προσπάθειες καθαρισμού των αμερικανικών πόλεων για τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας ξεκινούν το 1800 με την ατομική πρωτοβουλία πολιτών με υψηλό κοινωνικό κύρος και με την υποστήριξη γυναικείων οργανώσεων. Ωστόσο

σο, παρά τη μακρόχρονη συνεισφορά των διαφόρων μορφωμάτων της κοινωνίας πολιτών, η επίδρασή τους καθίσταται πιο αποφασιστική προς το τέλος του εικοστού αιώνα. Η αλληλεπίδραση του εθελοντισμού και της κοινωνίας πολιτών με το κράτος για τη διαμόρφωση και υλοποίηση πολιτικών υγείας έχει μακρύ παρελθόν και παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ διαφορετικών περιοχών του πλανήτη. Σε ορισμένες περιπτώσεις η εμπλοκή των ΜΚΟ γίνεται με την υποκίνηση του κράτους, στις περισσότερες περιπτώσεις όμως οι ΜΚΟ αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες μόνες τους. Οι βασικότεροι τομείς συνεργασίας είναι οι εκστρατείες πρόληψης, τα προγράμματα εξάλειψης επιδημιών και άλλων νοσημάτων, η διανομή φαρμάκων, η προσέγγιση απομονωμένων και ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και η ανάπτυξη καινοτόμων προσεγγίσεων ελέγχου των νοσημάτων.

Κατά τη δεκαετία του '80 οι νέες κοινωνικές συνθήκες μεταμορφώνουν τον παραδοσιακό ρόλο του εθελοντισμού στο χώρο της υγείας (Holeb, 1989). Στη συνέχεια, μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας από τις αρχές της δεκαετίας του '90 αποδυναμώνουν περαιτέρω το ρόλο του κράτους πρόνοιας και της κοινωνικής συμμετοχής και δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη λειτουργία των αγορών. Έτσι, αξίες όπως η κοινωνική αλληλεγγύη και η καθολικότητα της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη υποβαθμίζονται και η προτεραιότητα των συστημάτων υγείας δίνεται σε τεχνικούς, οικονομικούς και διαχειριστικούς παράγοντες. Η σημασία του δημόσιου τομέα υποβαθμίζεται εξαιτίας της υιοθέτησης μέτρων δομικής προσαρμογής, της δραστηκής μείωσης της δημόσιας δαπάνης και της φθίνουσας ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών. Μεγάλα τμήματα του πληθυσμού μένουν χωρίς κάλυψη από τα δημόσια συστήματα υγείας και χωρίς δυνατότητα πρόσβασης σε ιδιωτικούς παρόχους, ιδιαίτερα στις φτωχές χώρες.

Η κατάσταση αυτή οδήγησε μεταξύ άλλων στην ενίσχυση του ρόλου των οργανώσεων αυτοβοήθειας αλλά και στη μεγαλύτερη εμπλοκή των οργανώσεων της κοινωνίας πολιτών τόσο στη συνηγορία για βασικά δικαιώματα υγείας όσο και στην απευθείας παροχή υπηρεσιών υγείας, αφού μάλιστα μεταξύ των άλλων προβλημάτων, τα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν και σοβαρές ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, τις οποίες σε αρκετές περιπτώσεις αντικατέστησε η εθελοντική δραστηριότητα. Ταυτόχρονα, όπως και τα ίδια τα συστήματα υγείας έγιναν περισσότερο πολύπλοκα λόγω της αλληλεπίδρασης πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, έτσι και ο ρόλος της κοινωνίας πολιτών απέκτησε πολυδιάστατο χαρακτήρα.

Οι αναπτυξιακές ΜΚΟ είναι ενεργές σε πολιτικά θέματα όπως ο έλεγχος της επίδρασης των διεθνών συμφωνιών στη δημόσια υγεία και συμμετέχουν στη διαμόρφωση διεθνών συμφωνιών και συνθηκών που σχετίζονται με την υγεία είτε άμεσα, όπως στην περίπτωση της διαμόρφωσης της τιμής των φαρμάκων και της διακίνησης υγειονομικού υλικού, είτε έμμεσα, όπως στην περίπτωση της απαγόρευσης των ναρκών, της προστασίας του περιβάλλοντος, της χρήσης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και του περιορισμού της κατανάλωσης εθιστικών ουσιών. Οι ανθρωπιστικές ΜΚΟ υποστηρίζουν μεταξύ άλλων τα δικαιώματα των ασθενών για πρόσβαση σε ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας όπως και τα δικαιώματα υγείας των πιο ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού όπως τα βρέφη, οι εγκυμονούσες γυναίκες, τα παιδιά, οι μετανάστες, τα θύματα εκμετάλλευσης και άλλες. Οι οργανώσεις αυτές κινητοποιούν πολύ σημαντικούς ανθρώπινους και λοιπούς πόρους, τεχνική εξειδίκευση και γνώσεις για την υγεία και ασκούν ιδιαίτερη πίεση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία σε επίπεδο δημόσιου διαλόγου. Αυτή η εθελοντική παροχή υπηρεσιών γίνεται κυρίως από γυναίκες που στο πλαίσιο του παραδοσιακού τους ρόλου και του προτύπου της γυναίκας που αυτοθυσιάζεται (Barrig, 1996) ανέλαβαν να καλύψουν τα μεγάλα κενά όχι μόνο στην ευρύτερη οικογένειά τους αλλά και σε ολόκληρη την κοινότητα όπου υπάρχει ανάγκη, ως φυσική επέκταση του ρόλου της μητρότητας (Molyneux, 2002). Μια τέτοια παροχή υπηρεσιών θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις απλά δεδομένη, εξαιτίας της μεγάλης συχνότητας και διάρκειάς της (Lind, 1997). Επειδή μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις οι γυναίκες είναι υποχρεωμένες να παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες, η εθελοντική φύση της προσφοράς τους συχνά αμφισβητείται (Jenkins, 2001).

Σε αντίθεση με τον ευρωπαϊκό χώρο, όπου η παρατηρούμενη αύξηση της εμπλοκής του εθελοντισμού στο χώρο της υγείας οφείλεται στην πρόσφατη υποχώρηση του κράτους πρόνοιας, στις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές του πλανήτη η ανάγκη για εθελοντική παροχή υπηρεσιών είναι πολύ παλιά, ιδιαίτερα στις φτωχές κοινότητες οι ανάγκες των οποίων ποτέ δεν αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά και στο σύνολό τους από τον κρατικό τομέα (Jenkins, 2001). Ο ρόλος των ΜΚΟ αναγνωρίζεται στην επιδίωξη στόχων υγείας με επιμέρους ενέργειες (Patel and Wilson, 2004· Akintola, 2006· de Mello e Souza, 2008) όπως και στο πλαίσιο της επιδίωξης των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας (Jenkins, 2008· Markowitz and Tice, 2002).

9.3.2 Ο τρίτος τομέας στο πλαίσιο των Διεθνών Οργανισμών

Η αναγνώριση της συνεισφοράς του τρίτου τομέα παρουσιάζει διαχρονικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Σημείο καμπής αποτελεί η διακήρυξη της Alma-Ata (1978), που αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα της συμμετοχής των μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαμόρφωση των συστημάτων υγείας και στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και τα πολλαπλά κέρδη από την οργανωμένη κοινωνική δράση.

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία των Συλλόγων Δημόσιας Υγείας υποστηρίζει την άποψη ότι η προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να είναι συνδεδεμένη με τη συνολική ανθρώπινη ανάπτυξη, στην οποία συμπεριλαμβάνεται η φυσική, πνευματική, κοινωνική και ψυχική υγεία του ατόμου. Οι ΜΚΟ μπορούν να συνεισφέρουν σε όλα αυτά τα επίπεδα και η συνεργασία μαζί τους αυξάνει την αποτελεσματικότητα των εθνικών και διεθνών προγραμμάτων υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο οι ΜΚΟ μπορούν να αναδείξουν τα προβλήματα επιμέρους κοινοτήτων και να κινητοποιήσουν δωρητές, να ενισχύσουν τη συνεργασία και να βελτιώσουν το συντονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, να φέρουν τους τοπικούς πληθυσμούς σε επαφή με υπάρχοντα προγράμματα, να αναπτύξουν καινοτόμες προσεγγίσεις και να συνεισφέρουν ιατρικό εξοπλισμό και τεχνικές καλύτερα προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες τοπικές κλιματολογικές, ενεργειακές, γεωγραφικές και υγειονομικές συνθήκες (World Federation of Public Health Organizations, 1978).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνεργάζεται εδώ και χρόνια με ΜΚΟ για την προαγωγή της παγκόσμιας υγείας, ενώ ο διάλογος για τις ανισότητες στο χώρο της υγείας και τις συνέπειες στην παγκόσμια φτώχεια και την ανάπτυξη αυξάνουν τις προκλήσεις για περαιτέρω συνεργασίες και απαιτούν τη συνεισφορά όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας αλλά και των πολιτικών, των οικονομολόγων, των νομικών και των κοινωνικών επιστημόνων. Ο ρόλος των ΜΚΟ εντός του συστήματος του ΠΟΥ αναφέρεται κυρίως στην προσέγγιση απομακρυσμένων και περιθωριοποιημένων πληθυσμών, την αύξηση της κοινοτικής συμμετοχής και την παροχή υπηρεσιών υγείας και συνηγορίας. Η σπουδαιότητα αυτού του ρόλου αυξάνεται κατακόρυφα σε περιπτώσεις ένοπλων συρράξεων, κοινωνικής αναταραχής, ξηρασίας, πλημμυρών και ανάλογων έκτακτων καταστάσεων. Στις περιπτώσεις αυτές το βασικό σύστημα

υγείας συνήθως καταρρέει, και η κατάρρευση αυτή είναι δυνατόν να προκαλέσει επιδείνωση της υγείας και αύξηση των θανάτων σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι η ίδια η πρωτογενής αιτία της καταστροφής. Η πρόσβαση των διεθνών οργανισμών στους πληγέντες πληθυσμούς είναι εξαιρετικά δύσκολη και η συνεισφορά των ΜΚΟ που λειτουργούν ήδη στο πεδίο ανεκτίμητη. Ένα ποσοστό από 70 έως 95% των υπηρεσιών υγείας σε καταστάσεις κρίσεως παρέχεται από ΜΚΟ (WHO, 2002a). Στη συνεργασία ΜΚΟ και ΠΟΥ συμπιλαμβάνονται μια σειρά από δράσεις, όπως έρευνα, εκπαίδευση, παροχή υπηρεσιών, τεχνική υποστήριξη, συνηγορία, lobbying, ανταλλαγή πληροφοριών, διάχυση πληροφορίας, δημιουργία συναίνεσης, πολιτικός διάλογος, έλεγχος, λογοδοσία, κινητοποίηση πόρων και χρηματοδότηση (WHO, 2002b).

Οι οργανώσεις της κοινωνίας πολιτών στο χώρο της υγείας παρουσιάζουν μεταξύ τους πολύ μεγάλες διαφοροποιήσεις. Δίπλα σε αυτές που παράγουν τεράστιο έργο με ελάχιστους πόρους και πολλές θυσίες, υπάρχουν άλλες με περιορισμένη αποτελεσματικότητα και ιδιοτελείς σκοπούς. Πολλές οργανώσεις ενδιαφέρονται περισσότερο να ικανοποιήσουν τους χρηματοδότες τους παρά τους τοπικούς πληθυσμούς που υποτίθεται ότι υπηρετούν. Οι οργανώσεις πολύ πριν καταφέρουν να δραστηριοποιηθούν στην πρώτη γραμμή δίνουν μάχες για την πρόσβαση σε πόρους, την κατάρριψη αρνητικών στερεοτύπων, την αύξηση του πλήθους και του βαθμού δέσμευσης των μελών τους και τη δημιουργία δεσμών με το αμειβόμενο προσωπικό υγείας, ενώ σε άλλες περιπτώσεις ορισμένες οργανώσεις έχουν πρόσβαση σε περισσότερους πόρους από όσους οι ίδιες οι κυβερνήσεις των χωρών όπου γίνονται οι παρεμβάσεις.

Η δράση των ΜΚΟ είναι δυνατόν να υποσκάψει τις ενέργειες του δημόσιου τομέα και να οδηγήσει σε υποβάθμιση του συστήματος υγείας εάν για παράδειγμα απορροφήσει ικανά στελέχη υγείας από τον δημόσιο τομέα ή δημιουργήσει ένα παράλληλο και ανταγωνιστικό σύστημα υγείας. Ο Κώδικας Ηθικής για την Ενδυνάμωση των Συστημάτων Υγείας καθορίζει πρακτικά ηθικά πρότυπα για την εμπλοκή των διεθνών μη κυβερνητικών οργανώσεων σε χώρες υποδοχής με τρόπο που να σέβονται και να υποστηρίζουν τις τοπικές κυβερνήσεις ως πρωταρχικές αρμόδιες για την οργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο κώδικας λαμβάνει υπόψη του άλλους αντίστοιχους κώδικες, όπως οι Code of conduct for the international red cross and red crescent movement and NGOs in disaster relief (1992), Code of good practice for NGOs respond-

ing to HIV/AIDS (2004) και Paris Declaration on Aid effectiveness (2005). Ο κώδικας απευθύνεται κυρίως σε μεγάλες διεθνείς ΜΚΟ και στο ρόλο τους σε θέματα πρόσληψης, εκπαίδευσης και ανάπτυξης ανθρώπινων πόρων. Οι ΜΚΟ μπορούν να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους σε ό,τι αφορά σε πολιτικές πρόσληψης, πολιτικές αμοιβών, εκπαίδευση και ανάπτυξη, απλοποίηση των διαδικασιών συνεργασίας με τις τοπικές κυβερνήσεις, υποβολή της σύνδεσης των τοπικών κοινωνιών με το δημόσιο σύστημα υγείας και χάραξη και εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής με επίκεντρο τις κυβερνητικές επιλογές. Στον κώδικα προβλέπεται ιδιαίτερος ότι τα στελέχη των ΜΚΟ θα πρέπει να συνεργάζονται με αλληλεγγύη με τα στελέχη του δημόσιου τομέα προκειμένου να αντιμετωπιστούν από κοινού οι αρνητικές συνέπειες των πολιτικών των ΔΝΤ, της Παγκόσμιας Τράπεζας και των δανειστών, οι όροι των οποίων οδηγούν σε μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία και την εκπαίδευση.

Σε περιοχές και σε περιόδους που διαπιστώνεται έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού οι ΜΚΟ θα έπρεπε να αποφεύγουν την πρόσληψη ή απασχόληση προσωπικού υγείας που ανήκει στον δημόσιο τομέα, ο ρόλος του οποίου θα αποδυναμωνόταν ουσιαστικά. Παράλληλα, οι ΜΚΟ πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στην πρόσληψη ατόμων από τη χώρα υποδοχής, ιδιαίτερα σε περιόδους ανεργίας. Η εθελοντική εργασία θα πρέπει να υποστηρίζει την εργασία αμειβόμενων στελεχών και να μην την ανταγωνίζεται. Πολύ συχνά οι ΜΚΟ παρέχουν τη δυνατότητα σε ντόπια στελέχη να μετακινηθούν προς τις πλούσιες χώρες. Η τάση αυτή αντιμετωπίζεται με τη δημιουργία κινήτρων για την παραμονή στον τοπικό δημόσιο τομέα όπως καλύτερες συνθήκες εργασίας και βελτίωση των αμοιβών. Για τον ίδιο λόγο οι ΜΚΟ που προσλαμβάνουν προσωπικό υγείας και λοιπό προσωπικό στις χώρες υποδοχής προσφέρουν αμοιβές ανάλογες με αυτές που ισχύουν εκεί και σε καμία περίπτωση υψηλότερες από αυτές που ισχύουν στον δημόσιο τομέα. ΜΚΟ με μακροχρόνια παρουσία σε τρίτες χώρες επενδύουν στην παιδεία και την εκπαίδευση ατόμων από μικρότερες ηλικίες. Τέλος, οι ΜΚΟ θα πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στην ενίσχυση της κρατικής δυνατότητας για αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία αντί να ιδρύουν παράλληλες δομές. Για τον ίδιο λόγο, εφόσον υπάρχει η τεχνική δυνατότητα, θα πρέπει να θέτουν το προσωπικό τους στη διάθεση του δημόσιου τομέα.

9.4 Ο ρόλος του εθελοντισμού στο πλαίσιο του ελληνικού συστήματος υγείας

9.4.1 Εθελοντισμός και μη κυβερνητικές οργανώσεις στο πλαίσιο του δημόσιου τομέα υγείας

Η διερεύνηση της συνεισφοράς των μη κυβερνητικών οργανώσεων στον τομέα της υγείας προϋποθέτει καταρχήν την κατανόηση του πολυδιάστατου δυναμικού τους ρόλου, που περιλαμβάνει πολλά επίπεδα, όπως η παροχή υπηρεσιών υγείας, η προαγωγή υγείας, η συλλογή και ανταλλαγή πληροφοριών, η διαμόρφωση πολιτικής υγείας, η κινητοποίηση πόρων, ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, η διευκόλυνση της προσέγγισης και της πρόσβασης των ατόμων της κοινότητας, η διανομή υγειονομικού υλικού και η ενίσχυση και υποστήριξη του υγειονομικού προσωπικού.

Ως εθελοντικές ομάδες υγείας- πρόνοιας ορίζονται οι ενώσεις φυσικών προσώπων που συστήνονται με στόχο την παροχή εθελοντικού έργου. Στις περιφερειακές διευθύνσεις δημόσιας υγείας τηρούνται μητρώα εθελοντικών οργανώσεων όπου εγγράφονται οι ιδιωτικοί φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και οι εθελοντικές ομάδες η δράση των οποίων εντοπίζεται στους τομείς της υγείας και της πρόνοιας. Η εγγραφή στο μητρώο προϋποθέτει μεταξύ άλλων την πιστοποίηση μέσω ενός συστήματος αξιολόγησης με συγκεκριμένα κριτήρια, η εκπλήρωση των οποίων ελέγχεται από τις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας και από το τμήμα εθελοντισμού και πιστοποίησης φορέων της διεύθυνσης κοινωνικής αντίληψης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το τμήμα αυτό είναι επίσης υπεύθυνο για την αξιολόγηση και τον έλεγχο των εθελοντικών ομάδων προκειμένου να λάβουν πιστοποίηση και άδεια λειτουργίας. Ο έλεγχος επαναλαμβάνεται κάθε τρία χρόνια. Ποσοστό από τα έσοδα του λαϊκού λαχείου, λοιπές επιχορηγήσεις και κάθε είδους παροχές από το Δημόσιο μπορεί να παρέχονται μόνο σε πιστοποιημένες εθελοντικές ομάδες, ενώ και πολλές άλλες επιχορηγήσεις του κράτους προς ΜΚΟ αποτελούν νομικές δεσμεύσεις που έχουν ληφθεί ad hoc στο παρελθόν και είναι δύσκολο να καταγραφούν συνολικά.

Η δραστηριοποίηση εθελοντών εντός δημόσιων δομών υγείας βρίσκεται σε εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους. Ο πρώτος λόγος είναι πιθανώς η πολύ κακή εικόνα που επικρατεί

στην κοινή γνώμη για το μόνιμο προσωπικό. Στο πλαίσιο αυτού του στερεότυπου ο πολίτης δεν είναι διατεθειμένος να εκτελέσει έργο για το οποίο άλλα άτομα αμείβονται. Ο δεύτερος λόγος είναι η έλλειψη θεσμικού πλαισίου: ακόμα και αν υπάρχει διάθεση συνεργασίας, τα προβλήματα της ασφαλιστικής κάλυψης του ατυχήματος ενός εθελοντή ή της απόκρουσης αιτημάτων πρόσληψης και μονιμοποίησης εθελοντών που καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες δεν έχουν αντιμετωπιστεί ακόμη. Έτσι, η πλούσια δράση εθελοντικών ομάδων σε νοσοκομεία όπως, για παράδειγμα, στο Παίδων Αγία Σοφία είναι δύσκολο να καταγραφεί συστηματικά, καθώς η πρόσβαση στις σχετικές πληροφορίες είναι αδύνατη.

Ο Σύλλογος Φίλων Παιδιών με Καρκίνο «Ελπίδα» έχτισε και προσέφερε στο Ελληνικό κράτος το πρώτο Ογκολογικό Νοσοκομείο για παιδιά στην Ελλάδα, το οποίο εντάχθηκε διοικητικά και λειτουργικά στο Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία. Το νοσοκομείο οικοδομήθηκε σε οικόπεδο που προσέφερε το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και αποτελείται από συγκρότημα πέντε κτηρίων συνολικού εμβαδού περίπου 15.000 τμ. με συνολική δυναμικότητα 138 κλινών. Ο σύλλογος δημιούργησε και παρέδωσε επίσης την πρώτη αμιγώς παιδιατρική μονάδα μεταμόσχευσης μυελού των οστών δυναμικότητας 9 κλινών για την αντιμετώπιση νεοπλασματικών, γενετικών και αιματολογικών νοσημάτων παιδιών 4 μηνών έως 21 ετών. Στη μονάδα πραγματοποιούνται περίπου 45 μεταμοσχεύσεις το χρόνο ενώ στα εξωτερικά ιατρεία της προσέρχονται για παρακολούθηση και θεραπεία περίπου 100 μεταμοσχευμένα άτομα κάθε μήνα. Ο σύλλογος διαθέτει επίσης ξενώνα για την εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων παιδιών και των ατόμων που τα συνοδεύουν. Ο ξενώνας διαθέτει 30 δίκλινα δωμάτια και εξυπηρετείται επίσης από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους. Από το 1999 μέχρι σήμερα έχει φιλοξενήσει περισσότερες από 650 οικογένειες, από όλη την Ελλάδα, την Κύπρο και άλλες χώρες του εξωτερικού με μέση διάρκεια παραμονής τους 12,9 μήνες.

Η προσέγγιση αυτή παρουσιάζει μεγάλες διαφορές με την περίπτωση των 70 περίπου «κοινωνικών ιατρείων» που παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας. Τα ιατρεία αυτά έχουν εφήμερο χαρακτήρα και κατόπιν συνειδητής επιλογής λειτουργούν χωρίς συγκεκριμένη νομική μορφή. Διαθέτουν μικρό πλήθος αμειβόμενου προσωπικού, που συνήθως εξυπηρετεί ανάγκες γραμματειακής υποστήριξης, ενώ η πλειοψηφία του ιατρικού, νοσηλευτικού και φαρμακευτικού προσωπικού είναι εθελοντές. Συνήθως εξασφαλίζουν πρόσβαση σε δημόσια δευ-

τεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσα από άτυπα κανάλια επικοινωνίας σε άτομα που δεν κατοχυρώνουν αντίστοιχο δικαίωμα. Οι διαφορές ως προς τους βασικούς σκοπούς και στόχους ανάλογα με τους φορείς που υποστηρίζουν την κάθε δομή είναι πολύ μεγάλες. Υπάρχουν Κοινωνικά Ιατρεία που ως αίτημα έχουν την προάσπιση ενός δημόσιου χαρακτήρα καθολικής περίθαλψης και αντιμετωπίζουν το ρόλο τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας ως προσωρινή κάλυψη των κενών του δημόσιου συστήματος. Δεν επιδιώκουν δηλαδή να έχουν έναν θεσμοθετημένο ρόλο στην κάλυψη υπηρεσιών υγείας. Αντιθέτως, άλλες οργανώσεις επιδιώκουν ακριβώς αυτό θεωρώντας τον εθελοντικό-ιδιωτικό τομέα πιο αποτελεσματικό στη διαχείριση των σχετικών πόρων και ως εκ τούτου επιζητούν μεγαλύτερο κομμάτι από τα σχετικά κονδύλια.

Το πρόγραμμα «εισιτήριο παροχής υπηρεσιών υγείας» προϋπολογισμού 40 εκατομμυρίων ευρώ για 200.000 ανασφάλιστα άτομα, απευθύνεται στην ουσία στην ίδια ομάδα-στόχο στην οποία απευθύνονται και τα κοινωνικά ιατρεία. Η προτίμηση της απευθείας χρηματοδότησης των ατόμων αυτών, για πρόσβαση στις ήδη υπερφορτωμένες δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αντί για τη στήριξη των εθελοντικών δομών, είναι χαρακτηριστική της επιφυλακτικής ή και καχύποπτης στάσης του κράτους απέναντί τους. Σε αυτό συμβάλλει κυρίως το γεγονός ότι μετά την αποκάλυψη διαφόρων σκανδάλων κρατικής χρηματοδότησης ΜΚΟ, γίνεται προσπάθεια να ενταθούν οι έλεγχοι και να προωθηθούν νομοθετικές ρυθμίσεις για πιο αυστηρό θεσμικό πλαίσιο χρηματοδότησης έτσι ώστε οποιαδήποτε επιχορήγηση, οποιουδήποτε ύψους και από οποιονδήποτε φορέα του Δημοσίου προς ΜΚΟ, σωματεία, αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες, ΝΠΙΔ και φυσικά πρόσωπα, ανεξάρτητα αν είναι επιβεβλημένη ή όχι να δίνεται υπό συγκεκριμένες και αυστηρές προϋποθέσεις, σε συνθήκες διαφάνειας. Το θέμα αυτό άλλωστε αποτέλεσε αντικείμενο διερεύνησης της ειδικής μόνιμης επιτροπής θεσμών και διαφάνειας της Βουλής των Ελλήνων.

9.4.2 Η αυτόνομη δράση μη κυβερνητικών οργανώσεων με μόνιμες δομές

Ένα μικρό πλήθος οργανώσεων αναπτύσσουν αυτόνομη δράση, με διακριτό ρόλο από τις δημόσιες υπηρεσίες. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα και ο σύλλογος Νοσηλεία, οποίος ιδρύθηκε το 2001 και έκτοτε έχει πραγματοποιήσει περισσότερες από 20.000 δωρεάν επισκέψεις για νοσηλεία κατ' οίκον στο λεκανοπέδιο της Αττικής.

Οι Γιατροί του Κόσμου είναι μια διεθνής ΜΚΟ που ιδρύθηκε το 1980 στη Γαλλία, αποτελείται κυρίως από γιατρούς και έχει ως στόχο την παροχή περίθαλψης και ανθρωπιστικής βοήθειας σε χώρες που πλήττονται από φυσικές καταστροφές και πολέμους. Οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου αποτελούν παράρτημα του δικτύου που δημιουργήθηκε το 1990 και σήμερα διατηρεί πέντε πολυϊατρεία σε ισάριθμες περιοχές της χώρας. Σύμφωνα με στοιχεία της οργάνωσης, το 30% των Ελλήνων προσφεύγει σε ιατρεία ΜΚΟ, ενώ πριν από την κρίση το ποσοστό ήταν μεταξύ 3% και 4%.

Το πολυϊατρείο Αθήνας λειτουργεί από το 1997 και διαθέτει πρωτοβάθμια περίθαλψη, αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και φαρμακείο. Συνολικά έχει περιθάλψει περισσότερους από 100.000 ασθενείς και τα τελευταία χρόνια περιθάλπει κατά μέσο όρο 14.000 άτομα ετησίως, τα οποία προέρχονται κυρίως από το Ιράκ, το Αφγανιστάν, το Μπαγκλαντές, Αφρικανικές χώρες, το Ιράν, τη Βουλγαρία, την Πολωνία, την Ουκρανία και την Αλβανία.

Το πολυϊατρείο Θεσσαλονίκης διαθέτει 70 εθελοντές γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς επιστήμονες και διοικητικό προσωπικό και παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, φαρμακευτική περίθαλψη, προληπτική ιατρική και ψυχοκοινωνική στήριξη. Από το 2001 που ξεκίνησε τη λειτουργία του έχει δεχθεί περίπου 50.000 επισκέψεις και σήμερα ο μέσος όρος ανέρχεται σε 1.500 επισκέψεις το μήνα. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των Ελλήνων ασθενών, το οποίο το 2010 ανήλθε σε 65%. Οι υπόλοιποι ασθενείς προέρχονται από την Αλβανία, τη Γεωργία, τη Νιγηρία, την Αρμενία και τη Βουλγαρία.

Το πολυϊατρείο στα Χανιά ιδρύθηκε το 2008 και σήμερα διαθέτει 15 εθελοντές γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και 30 επιπλέον εθελοντές που στηρίζουν τη δράση του. Το πολυϊατρείο παρέχει δωρεάν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή καθώς και τη δυνατότητα ορισμένων δωρεάν εργαστηριακών εξετάσεων σε συνεργασία με γιατρούς και διαγνωστικά κέντρα των Χανίων σε άτομα που δεν έχουν πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας. Η δράση του απλώνεται σε ολόκληρη την Κρήτη και περιλαμβάνει την περίθαλψη μεταναστών, Ρομά και φυλακισμένων καθώς και τη διανομή τροφίμων και ιματισμού.

Το πολυϊατρείο στο Πέραμα ιδρύθηκε το 2010 και διαθέτει ειδικότητες παθολόγου, χειρουργού, ακτινολόγου, δερματολόγου, γυναικολόγου, καρδιολόγου, παιδίατρου, ορθοπεδικού, πνευμονολόγου, φυσικοθεραπευτή, ψυχιάτρου,

οφθαλμιάτρου, ψυχολόγου και νευρολόγου. Δέχεται κατά μέσο όρο 50 έως 70 επισκέψεις την ημέρα από ανασφάλιστους, άπορους, άστεγους και άνεργους, ενώ τελευταία αυξάνεται και το πλήθος των κατόχων μικρών επιχειρήσεων και των προστατευόμενων μελών τους που δεν έχουν πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας επειδή αδυνατούν να καλύψουν τις ασφαλιστικές τους ανάγκες.

Το πολυϊατρείο της Πάτρας δημιουργήθηκε το 2012, υποστηρίζεται από εθελοντικό ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό και παρέχει πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχοκοινωνική στήριξη σε όσους δεν έχουν επαρκή πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας, με έμφαση στις γυναίκες, τα παιδιά και τους ασυνόδευτους ανήλικους.

Οι Έλληνες Γιατροί του Κόσμου πραγματοποιούν παράλληλα το πρόγραμμα Υγεία για Όλους, το οποίο χρηματοδοτείται αποκλειστικά από την Ένωση Ελλήνων Εφοπλιστών και παρέχει δωρεάν γυναικολογικό έλεγχο, τεστ Παπανικολάου, οφθαλμολογικό έλεγχο, παιδιατρικές εξετάσεις και παιδικό εμβολιασμό με την επίσκεψη κινητών μονάδων στην ηπειρωτική και νησιωτική Ελλάδα. Διαθέτουν επίσης δύο επιπλέον κινητές μονάδες. Η πρώτη λειτουργεί στο πλαίσιο του προγράμματος Δρόμοι της Αθήνας που από το 2000 παρέχει πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη σε χρήστες ουσιών, προωθεί την ασφαλή χρήση ουσιών και τη μείωση της βλάβης μέσω της ανταλλαγής χρησιμοποιημένων συριγγών με ασφαλές πακέτο, πραγματοποιεί εργαστηριακούς ελέγχους και ενημέρωση για μεταδιδόμενα νοσήματα και παραπέμπει περιστατικά σε αρμόδιους φορείς και εφημερεύοντα νοσοκομεία. Η δεύτερη κινητή ιατρική μονάδα παρέχει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική στήριξη, εμβολιαστική κάλυψη παιδιών και υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας σε πληθυσμούς Ρομά, με την υποστήριξη μεγάλης ασφαλιστικής εταιρείας.

Το φαρμακείο της οργάνωσης λειτουργεί από το 1991 και παρέχει δωρεάν φαρμακευτική αγωγή σε περισσότερα από 50 άτομα την ημέρα, με την υποστήριξη των μελών καθώς και φαρμακευτικών εταιρειών. Η οργάνωση πραγματοποιεί πρόγραμμα ομάδων αλλοδαπών παιδιών, για την υποστήριξη της ομαλής ένταξής τους στην κοινωνία και τμήμα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μεταναστών και άλλων ευπαθών ομάδων, με σκοπό την εκτίμηση των αναγκών κάθε ατόμου και την παροχή βραχείας ψυχοθεραπείας ή την παραπομπή σε εξειδικευμένους φορείς κατά περίπτωση. Το τμήμα στελεχώνεται από εθελοντές ψυχο-

λόγους με εμπειρία στη συμβουλευτική, κοινωνικούς λειτουργούς και μεταφραστές/διερμηνείς. Η οργάνωση διαθέτει μια κινητή παιδο-οδοντιατρική και μια κινητή οφθαλμολογική μονάδα για την κάλυψη των αναγκών απομακρυσμένων περιοχών. Μέλη της οργάνωσης επισκέπτονται σε τακτικά διαστήματα την κοινότητα Ιθάκη στη Θεσσαλονίκη, όπου εμβολιάζουν και εξετάζουν τοξικομανείς και πρώην χρήστες. Οι Γιατροί του Κόσμου πραγματοποιούν τέλος προγράμματα στήριξης αστέγων, στο πλαίσιο των οποίων παρέχεται πρακτική βοήθεια σε θέματα επιβίωσης και ασφάλειας, άμεση ιατρική περίθαλψη, προσφορά υλικών και ενημέρωση για τα σημεία λήψης περαιτέρω βοήθειας και σε δεύτερο επίπεδο ενδυνάμωση των αστέγων και κινητοποίηση για την αυτο-βελτίωση της κατάστασης.

Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα είναι διεθνής, ανεξάρτητη, ιατρική, ανθρωπιστική οργάνωση που προσφέρει έκτακτη βοήθεια σε θύματα πολέμων, επιδημιών, αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας και φυσικών καταστροφών και ιδρύθηκε το 1971 στο Παρίσι. Σήμερα η έδρα βρίσκεται στη Γενεύη, διαθέτει γραφεία σε 19 χώρες και η παρέμβασή της επεκτείνεται σε 65 χώρες. Το 2011 ο προϋπολογισμός της οργάνωσης ανήλθε σε 885.500.000 ευρώ από τα οποία το 89% προέρχεται από ιδιώτες, το 9% από θεσμικούς δωρητές και το 2% από διαχείριση (τόκοι, συναλλαγματικές διαφορές κ.λπ.). Από τα χρήματα αυτά το 68% διατέθηκε για τις άμεσες δράσεις, το 10% για την υποστήριξη των προγραμμάτων στα γραφεία και το 4% για δραστηριότητες ευαισθητοποίησης και άλλες ανθρωπιστικές δραστηριότητες. Έτσι, το σύνολο των εξόδων κοινωνικής αποστολής ανήλθε σε 82% ενώ το υπόλοιπο 18% κατευθύνθηκε στην ανεύρεση πόρων (12%) και στην κάλυψη εξόδων διοίκησης και γενικής διαχείρισης.

Η επιχειρησιακή δράση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στην Ελλάδα ξεκινάει το 2008 και στο τέλος του 2010 το επιχειρησιακό προσωπικό ανήλθε σε 8 άτομα. Μεταξύ του Αυγούστου 2009 και του Μαΐου 2010 το ελληνικό τμήμα παρείχε ψυχολογική στήριξη και ενίσχυση των προσπαθειών προσαρμογής σε μετανάστες και άτομα που ζητούν άσυλο σε κέντρα κράτησης στον Έβρο και τη Λέσβο. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχολόγοι πρόσφεραν 80 ομαδικές και 380 προσωπικές συνεδρίες σε 305 ασθενείς. Από αυτούς το 39% είχαν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και το 31% συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάσταση χειροτέρευσε δραματικά από τον Δεκέμβριο του 2010, οπότε άντρες, γυναίκες, παιδιά και ασυνόδευτοι ανήλικοι συνωστίζονταν σε κοινούς χώ-

ρους, άτομα κοιμούνταν στο διάδρομο δίπλα στις τουαλέτες, αντιστοιχούσαν περισσότερο από 50 άτομα ανά τουαλέτα και ντους και η θέρμανση δεν δούλευε κανονικά. Το προσωπικό ήταν ανεπαρκές και οι νεοεισερχόμενοι δεν υποβάλλονταν καν σε εξετάσεις. Οι γιατροί της οργάνωσης παρείχαν υπηρεσίες σε περισσότερους από 850 ασθενείς και παρέπεμψαν 15 από αυτούς σε τοπικά νοσοκομεία. Παράλληλα, διένειμαν 3.500 υπνόσακους και 2.500 κιτ ατομικής υγιεινής.

Το 2011 οι πόροι του ελληνικού τμήματος ανήλθαν σε 3.871.435 ευρώ που προήλθαν αποκλειστικά από 36.285 ιδιώτες. Από αυτά, το 88% δωρήθηκε από μεμονωμένα άτομα, το 11% από εταιρείες και το 1% προέκυψε από έσοδα διαχείρισης. Το 52% των χρημάτων αυτών διατέθηκε για τις άμεσες δράσεις, το 4% για υποστήριξη προγραμμάτων στα γραφεία, το 6% για δραστηριότητες ευαισθητοποίησης, το 24% για ανεύρεση πόρων και το 14% για διοίκηση και διαχείριση.

9.4.3 Ad hoc δράσεις

Με το ξέσπασμα της κρίσης, και ιδιαίτερα κατά τη διετία 2012-13 εμφανίστηκαν επίσης πολλές μεμονωμένες δράσεις εκδήλωσης αλληλεγγύης προς τα θύματα της κρίσης. Στο χώρο της υγείας οι δράσεις αυτές επικεντρώθηκαν κυρίως στην εθελοντική συλλογή και δωρεάν διάθεση φαρμάκων και λοιπού φαρμακευτικού υλικού, με πρωτοβουλίες φορέων όπως μέσα μαζικής ενημέρωσης, φαρμακευτικές επιχειρήσεις, ιατρικοί και φαρμακευτικοί σύλλογοι, τοπικές ενορίες, επιμελητήρια, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης και εθελοντικές οργανώσεις. Το υλικό προερχόταν κυρίως από μη ληγμένα και περισσευούμενα φάρμακα ιδιωτών αλλά και από νέες αγορές που έκαναν οι ιδιώτες από φαρμακεία, ειδικά με σκοπό τη δωρεά. Στις δράσεις διανομής φαρμακευτικού υλικού υπήρξε σημαντικός ο ρόλος της Εκκλησίας της Ελλάδος. Η αρχιεπισκοπή Αθηνών ίδρυσε την αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Αποστολή, η οποία αναπτύσσει παράλληλα σημαντικό φιλανθρωπικό έργο. Η αποκεντρωμένη δράση της εκκλησίας σε επίπεδο ενορίας και ο μη μόνιμος χαρακτήρας πολλών ενεργειών καθιστούν αδύνατη την καταγραφή αυτής της εθελοντικής συνεισφοράς. Σε κάθε περίπτωση το ερώτημα εάν η Εκκλησία της Ελλάδος καταστεί βαθμιαία σημαντικός δημόσιος φορέας μιας μελλοντικής συνολικής μεταρρύθμισης του κράτους πρόνοιας παραμένει ανοικτό (Petmesidou and Polyzoidis, 2013).

Στη διεθνή εμπειρία, οι χώρες που παρουσιάζουν έλλειψη φαρμάκων συχνά λαμβάνουν δωρεές που προέρχονται άμεσα ή έμμεσα από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Ωστόσο, οι δωρεές αυτές δεν είναι πάντοτε χρειαζόμενες, κατάλληλες και ασφαλείς. Ο ΠΟΥ ξεκίνησε ήδη το 1996 μια διαδικασία διαβουλευσεων σχετικά με τη θέσπιση προτύπων για τις δωρεές φαρμάκων ώστε να διασφαλίζεται η δημόσια υγεία. Στις διαβουλεύσεις συμμετείχαν ειδικοί, λήπτριες χώρες, διεθνείς οργανισμοί, δωρητές, εκπρόσωποι επιχειρήσεων και ΜΚΟ. Ως αποτέλεσμα των διαβουλεύσεων προέκυψαν οι κατευθυντήριες γραμμές για τη δωρεά φαρμάκων οι οποίες υιοθετήθηκαν άμεσα από διεθνείς οργανισμούς και μεγάλες ΜΚΟ όπως το Παγκόσμιο Συμβούλιο Εκκλησιών, ο Ερυθρός Σταυρός, οι Γιατροί χωρίς Σύνορα, η OXFAM, η UNICEF και τον ΠΟΥ και στη συνέχεια από τους φορείς παροχής φαρμάκων σε 45 χώρες. Στις χώρες αυτές βελτιώθηκε η συνάφεια προσφοράς και ζήτησης φαρμάκων και βελτιώθηκε η ωφέλιμη διάρκεια ζωής, η συσκευασία και η ετικετοποίησή τους και μειώθηκε ο χρόνος διανομής. Στην Ελλάδα δεν αναφέρεται μια αντίστοιχη δράση.

Η Ανοιχτή Αγκαλιά των Φίλων κοινωνικής Παιδιατρικής στηρίζει τις λειτουργίες της στη δράση εθελοντών και τη στήριξη χορηγών με πρωταρχικό στόχο την υποστήριξη παιδιών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία. Από το 1994 πραγματοποιεί εκστρατείες προληπτικής ιατρικής σε ακριτικές περιοχές της Ελλάδας, και πάνω από 12.000 ιατρικές πράξεις κάθε χρόνο. Παρέχει υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής σε περισσότερα από 5.000 παιδιά και 2.500 ενήλικες και διευκολύνει την παραπομπή των περιστατικών που χρειάζονται πιο εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα. Πραγματοποιεί προγράμματα παιγνοθεραπείας, clowndoctors (κλόουνς συνεργάζονται με ειδικούς υγείας και νοσηλευτικό προσωπικό για την ψυχαγωγία των παιδιών) και μουσικοθεραπείας. Έχει συμβάλει στην ανάπλαση εννέα παιδιατρικών κλινικών και ενός παιδικού σταθμού και στη δημιουργία της πρώτης τράπεζας βλαστοκυττάρων, αιθουσών παιγνοθεραπείας στα παιδιατρικά νοσοκομεία, κέντρου ημέρας για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, και οκτώ παιδικών χαρών. Έχει δωρίσει εξοπλισμό για τη μονάδα εγκαυμάτων στο Νοσοκομείο Παιδων Π. και Α. Κυριακού, μηχανήματα και εξοπλισμό σε παιδιατρικά νοσοκομεία, και σε αγροτικά ιατρεία και κέντρα υγείας σε ακριτικές περιοχές καθώς και ηλεκτρονικούς υπολογιστές και λογοτεχνικά βιβλία σε δημοτικά σχολεία. Επίσης, πραγματοποιεί πρόγραμμα ψυχικής υγείας για εφήβους, γονείς και εκπαιδευτικούς και στηρίζει άπορες οικογένειες, ενώ έχει αναπτύξει δράσεις και στο εξωτερικό.

9.4.4 Ψυχική υγεία

Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη περίπτωση καθώς πολλές από αυτές χρηματοδοτούνται σχεδόν αποκλειστικά από τον τακτικό προϋπολογισμό, τα νοσήλια των ασφαλιστικών ταμείων και από το 2% της παρακράτησης κάθε προμήθειας των ΝΠΔΔ του εθνικού συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, υπό αυτό το καθεστώς λειτουργούν 64 ΝΠΙΔ που απασχολούν 2.950 εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων όπως γιατροί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό και λοιπά. Εδώ συμπεριλαμβάνονται οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευμένα διαμερίσματα που φιλοξενούν 1.477 άτομα και κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες και άλλες υποστηρικτικές δομές που εξυπηρετούν 35.000 άτομα με ψυχικά προβλήματα ετησίως. Το 2011 η κρατική χρηματοδότηση αυτών των 64 ΜΚΟ ανήλθε στο ποσό των 88 εκατ. ευρώ, ωστόσο διαπιστώνεται ανισομερής γεωγραφική κατανομή με αποτέλεσμα ορισμένες ευρύτερες περιοχές να μη διαθέτουν καμιά ψυχιατρική υπηρεσία, ενώ επίσης καταγράφονται πολύ μεγάλες ελλείψεις στο δίκτυο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τα παιδιά και τους εφήβους.

Το γεγονός ότι η λειτουργία αυτών των επιμέρους δομών δεν εντάσσεται σε ένα γενικότερο σχεδιασμό έχει σαν αποτέλεσμα ορισμένες οργανωτικές δυσλειτουργίες. Για παράδειγμα, δομές με παρόμοιο προϋπολογισμό λειτουργούν με μεγάλες αποκλίσεις στο διοικητικό προσωπικό. Άλλες μονάδες έχουν υψηλό κατά κεφαλήν ποσοστό επιστημονικού προσωπικού, ενώ άλλες παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις. Μη δικαιολογημένες αποκλίσεις καταγράφονται και στο ύψος των αμοιβών των εργαζομένων όλων των βαθμίδων και ειδικοτήτων, ενώ παρατηρούνται και αποκλίσεις στο κατά κεφαλήν κόστος ανά εξυπηρετούμενο, στη μέση φαρμακευτική δαπάνη και στο κόστος διοίκησης.

9.5 Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Ο εθελοντικός τομέας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στον ευρύτερο τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις μπορούν να συλλέγουν και να διακινούν πληροφορίες σχετικά με την υγεία, να διευκολύνουν τη λήψη ορθών αποφάσεων δημόσιου ενδιαφέροντος, να διεξάγουν και να εφαρμόζουν έρευνα γύρω από την υγεία, να βοηθούν στην άρση αρνητικών προκαταλήψεων, να προβάλλουν ορθά πρότυπα και να συνεισφέρουν στην

καλύτερη οργάνωση των συστημάτων υγείας. Έχουν τη δυνατότητα να εκπροσωπούν τα συμφέροντα των πολιτών κατά τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και κυρίως να προωθούν τα αιτήματα των φτωχότερων και αποκλεισμένων τμημάτων της κοινωνίας. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος τους στη διαπραγμάτευση και τη διαμόρφωση προτύπων υγείας, στον έλεγχο της προσβασιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στην προώθηση της ισότητας, στην εκπροσώπηση των δικαιωμάτων των ασθενών και στην υποστήριξη των παραπόνων και των αιτημάτων των χρηστών. Από την άλλη μεριά, μπορούν να έχουν θετικό ρόλο στη διάχυση της πληροφόρησης για τη λήψη αποφάσεων, στη δημιουργία συναίνεσης και στην εξασφάλιση μεγαλύτερης υποστήριξης των πολιτικών υγείας. Μπορούν επίσης να διαμορφώνουν την κατανομή των πόρων, να κινητοποιούν και να οργανώνουν τη συγχρηματοδότηση υπηρεσιών και έχουν κεντρικό ρόλο στην αύξηση της λογοδοσίας και της διαφάνειας στη συλλογή, κατανομή και διαχείριση των πόρων.

Σε διεθνές επίπεδο οι δυνατότητες συνεισφοράς του τομέα των ΜΚΟ εντοπίζονται κυρίως στο πλαίσιο της διεθνούς αναπτυξιακής συνεργασίας και βοήθειας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επανειλημμένα τονίσει τα πολλαπλά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από τη συνεργασία με εθελοντικές οργανώσεις και έχει επαναπροσδιορίσει το οργανωτικό του πλαίσιο έτσι ώστε να διευκολύνεται ακόμη περισσότερο η συνεργασία με αυτές. Η συνεργασία αυτή κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιόδους και σε περιοχές όπου το κράτος πρόνοιας συμπίπτει και χαρακτηρίζεται από έλλειψη εγκαταστάσεων, μέσων και προσωπικού. Στο σημερινό επίπεδο της ώριμης συνεργασίας οι ΜΚΟ προσπαθούν να προσαρμοστούν σε πρότυπα ηθικής δεοντολογίας, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανές αρνητικές επιδράσεις από τη δράση τους.

Η συνεργασία των οργανώσεων της κοινωνίας πολιτών με το κράτος παρουσιάζει ευκαιρίες αλλά και προκλήσεις και για τα δύο μέρη. Το κράτος επωφελείται καθώς ενισχύονται η υποστήριξη ηθικών αξιών, η δυνατότητα κρατικής ρύθμισης εμπορικών συμφερόντων με στόχους αντίθετους από τη βελτίωση της υγείας και οι στόχοι της δημόσιας πολιτικής. Η εμπλοκή των ΜΚΟ δημιουργεί νέες προοπτικές και ενισχύει τις τεχνικές δεξιότητες, τους ανθρωπίνους πόρους και την καλύτερη πληροφόρηση. Συνεισφέρει επίσης στον πολλαπλασιασμό των οικονομικών πόρων, στην αύξηση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών και στη βελτίωση των ποσοστών επιτυχίας των δημόσιων προγραμμάτων υγείας, ιδι-

αίτερα σε περιθωριακές και απομακρυσμένες κοινότητες. Η συνεργασία με το κράτος αυξάνει τις δυνατότητες που έχουν οι ΜΚΟ να επηρεάσουν την πολιτική δημόσιας υγείας και ενισχύει τη θέση τους απέναντι σε αρνητικά για την υγεία οικονομικά και εμπορικά συμφέροντα. Η υποστήριξη του κράτους παρέχει αυξημένη νομιμοποίηση στις παρεμβάσεις των ΜΚΟ και αυξάνει τη διαφάνεια και τη δημόσια υποστήριξη. Παράλληλα εξασφαλίζεται μεγαλύτερη συμμετοχή και ευαισθητοποίηση και έτσι αυξάνεται σημαντικά το κοινωνικό κεφάλαιο.

Από την άλλη μεριά, η συνεργασία με τις ΜΚΟ μπορεί να δημιουργήσει στο κράτος μια σειρά από παρενέργειες και προβλήματα. Τα πραγματικά κίνητρα πίσω από τη δράση κάθε μιας ΜΚΟ δεν είναι δυνατόν να ανιχνευθούν με απόλυτη ακρίβεια. Πολλές πιθανώς λειτουργούν ως δούρειοι ίππος για επιχειρηματικά και άλλα συμφέροντα, που στην πραγματικότητα οδηγούν σε αντίθετη κατεύθυνση από τις δημόσια επιθυμητές πολιτικές. Πέραν τούτου, ο πλουραλισμός που συνδέεται με την παρουσία και δράση ενός μεγάλου πλήθους ΜΚΟ μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες καθώς οι στόχοι τους δεν είναι πάντα ταυτόσημοι και αυτό ίσως εμποδίζει τη χάραξη μιας συνεπούς, ισορροπημένης και σταθερής στρατηγικής. Η μειωμένη λογοδοσία και οι αρνητικές δράσεις ορισμένων ΜΚΟ, ακόμα και αν αποτελούν μικρή μειοψηφία, είναι δυνατόν να αμαυρώσουν την εικόνα ολόκληρου του τρίτου τομέα και έτσι να βλάψουν το ίδιο το κράτος που συνεργάζεται με αυτόν. Επιπρόσθετα, γίνεται αντιληπτό ότι σε αρκετές περιπτώσεις όπως στα ανθρώπινα δικαιώματα και την προστασία των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας οι απόψεις των ΜΚΟ και του κράτους δεν είναι πάντα ταυτόσημες και συχνά αποτελούν σημείο τριβής. Η αμφισβήτηση της κυριαρχίας του κράτους, η μη συμμόρφωση με τις κρατικές προτεραιότητες στην υγεία και η μετακίνηση στελεχών από το Δημόσιο στις ΜΚΟ για την αναζήτηση μεγαλύτερου μισθού, καλύτερου περιβάλλοντος εργασίας και περισσότερων δυνατοτήτων εξέλιξης αποτελούν σημεία τριβής. Και το κράτος όμως είναι δυνατόν να διαστρεβλώνει τις φωνές της κοινωνίας πολιτών αναπτύσσοντας προνομιακές σχέσεις με ορισμένες μόνο ΜΚΟ. Η αύξηση της εξάρτησης των ΜΚΟ από το κράτος μειώνει την αυτονομία των ΜΚΟ, εξασθενεί τους μηχανισμούς αναζήτησης νέων πόρων και εκφυλίζει το ρόλο των εθελοντών αλλά και την ικανότητα των ΜΚΟ να ελέγχουν και να ασκούν κριτική στους κρατικούς θεσμούς.

Η εμπλοκή της κοινωνίας πολιτών στο χώρο της υγείας στη χώρα μας εκφράζεται μέσα από ένα μεγάλο πλήθος οργανώσεων που παρουσιάζουν μεταξύ τους

μεγάλες διαφοροποιήσεις. Ο σκληρός πυρήνας αποτελείται από οργανώσεις οι οποίες παρέχουν απευθείας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας στηριγμένες αποκλειστικά στην εθελοντική εργασία γιατρών και λοιπού υγειονομικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού. Εδώ κατατάσσεται κυρίως η δράση της οργάνωσης Γιατροί του Κόσμου, από την κίνηση των ασθενών στα ιατρεία της οποίας διαπιστώνεται δραματική αύξηση των ατόμων ελληνικής καταγωγής που αναζητούν απεγνωσμένα αυτές τις δωρεάν υπηρεσίες, αφού η εργασιακή και κοινωνική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει την πρόσβαση στον δημόσιο ή τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα υγείας. Οι Γιατροί χωρίς Σύνορα αντιθέτως επικεντρώνουν τη δράση τους στην περίθαλψη μεταναστών. Από μια πρόχειρη μελέτη των οικονομικών στοιχείων, τα οποία η οργάνωση δημοσιοποιεί με λεπτομέρειες, φαίνεται ότι ένα μέρος του προϋπολογισμού του ελληνικού τμήματος διατίθεται για επεμβάσεις σε άλλες χώρες. Σημαντική είναι η συνεισφορά συλλόγων όπως η «Ελπίδα» που καταφέρνουν να συγκεντρώσουν τεράστια χρηματικά ποσά για τη δημιουργία ιατρικών μονάδων οι οποίες στη συνέχεια παραχωρούνται στο ελληνικό Δημόσιο και ενσωματώνονται στα υπάρχοντα λειτουργικά σχήματα.

Από εκεί και πέρα, ένα μεγάλο πλήθος άλλων οργανώσεων του τρίτου τομέα σχετίζονται με το χώρο της υγείας χωρίς όμως να παρέχουν οι ίδιες υπηρεσίες υγείας. Εδώ κατατάσσονται οργανώσεις που έχουν σα στόχο την παροχή βοήθειας προς συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες, όπως για παράδειγμα οι Ρομά, οι τοξικομανείς, οι μετανάστες, οι αλκοολικοί και πολλές άλλες. Οι οργανώσεις αυτές δεν παρέχουν άμεσα υπηρεσίες υγείας, ωστόσο έχουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη προβληματικών καταστάσεων υγείας και στη διευκόλυνση της πρόσβασης σε δημόσιες ή άλλες υπηρεσίες υγείας. Τέλος, ένας πολύ μεγάλος αριθμός εφάπαξ ενεργειών, όπως για παράδειγμα η συγκέντρωση και δωρεάν διανομή φαρμάκων και λοιπού φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού από πρωτοβουλίες πολιτών, συλλόγους, ενορίες, μέσα μαζικής ενημέρωσης, επιχειρήσεις και λοιπούς φορείς έρχεται να πλαισιώσει τη συνεισφορά του εθελοντικού τομέα στο χώρο της υγείας στη σύγχρονη Ελλάδα. Από την άλλη πλευρά και παρά το μεγάλο βάθος και τη μεγάλη διάρκεια της κρίσης, η Ελλάδα δεν αποτέλεσε ακόμα τόπο παρέμβασης διεθνών ΜΚΟ. Η διαπίστωση αυτή ισχύει τόσο για τον τομέα της υγείας όσο και για τους υπόλοιπους τομείς της κοινωνικής πολιτικής. Αντιθέτως μάλιστα, η Ελλάδα φαίνεται ότι είναι ακόμα μία χώρα που μέσω των ΜΚΟ

συνεισφέρει στην αντιμετώπιση προβλημάτων σε άλλες, ακόμα πιο φτωχές χώρες, σε διάφορες περιοχές του πλανήτη.

Η συνεργασία των ΜΚΟ και του κράτους στο χώρο της υγείας βρίσκεται ακόμη σε πολύ πρώιμο στάδιο και υπάρχουν τεράστιες δυνατότητες περαιτέρω βελτίωσης. Η σκανδαλολογία γύρω από τη δράση πολλών ΜΚΟ αποτελεί σημαντική τροχοπέδη προς αυτή την κατεύθυνση και θα χρειαστεί πολύς χρόνος προκειμένου να ανακτηθεί η δημόσια εμπιστοσύνη. Όλοι οι εμπλεκόμενοι και όλες οι σχέσεις και συνεργασίες των ΜΚΟ θα πρέπει να γνωστοποιούνται δημόσια έτσι ώστε να εξασφαλίζεται διαφάνεια όχι μόνο για τη διαχείριση των πόρων αλλά και για την εξυπηρέτηση των συμφερόντων που εκπροσωπούνται. Η αξιοποίηση της δικτυακής τεχνολογίας καθιστά εύκολη την τεχνική υλοποίηση αυτού του στόχου (WHO, 2012). Σε κάθε περίπτωση, οι ωφέλειες από τη συνεργασία κράτους και ΜΚΟ ξεπερνούν τις απώλειες από την πιθανή σύγκρουση μεταξύ τους. Η ανάπτυξη συνεργασίας σε στρατηγικό επίπεδο παρέχει πολλές ευκαιρίες για την αύξηση των πόρων, της αποδοχής της δημόσιας πολιτικής, της πρόσβασης, της πληροφόρησης και της επίτευξης στόχων υγείας.

Στο άμεσο μέλλον θα ήταν χρήσιμη μια συστηματική και μόνιμη (ή έστω κυλιόμενη) καταγραφή της συνολικής συνεισφοράς των ΜΚΟ στο χώρο της υγείας, αύξηση της γνώσης με απόλυτη διαφάνεια και προβολή και υιοθέτηση των καλών πρακτικών. Ο δημόσιος τομέας πρέπει να κατανοήσει καλύτερα το ρόλο των ΜΚΟ, αλλά και οι ίδιες θα πρέπει να οργανωθούν συλλογικά και να συντονίζουν τις δράσεις τους με τη δημόσια πολιτική. Αυτά θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε καλύτερη οργάνωση της συνολικής παροχής υγείας, τη δημιουργία πλατιάς συναίνεσης για τον καθορισμό και την επίτευξη στόχων υγείας, την επαναδιατύπωση και προάσπιση των δικαιωμάτων υγείας, τη βελτίωση της πρόσβασης και την αύξηση της δημόσιας λογοδοσίας. Οι ίδιες οι ΜΚΟ θα πρέπει να κατανοήσουν πως δεν μιλούν με την ίδια φωνή, έχουν διαφορετικά επίπεδα λογοδοσίας και παρουσιάζουν διαφορετικές προτεραιότητες και διαφορετικούς στόχους, κάτι που μειώνει τη νομιμοποίηση της δράσης τους και δυσκολεύει τη δυνατότητα του κράτους να συνεργαστεί μαζί τους, ακόμα και αν υπήρχε αυτή η πρόθεση.

10. Εμπειρική διερεύνηση των απόψεων των «παρόχων» υπηρεσιών υγείας και των «εξυπηρετούμενων» για την υπό εξέλιξη μεταρρύθμιση

10.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο αυτό αποτελείται από δύο ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται και σχολιάζονται οι απόψεις των «παρόχων υπηρεσιών υγείας» για την υπό εξέλιξη μεταρρύθμιση, όπως αυτές αποτυπώνονται στις απαντήσεις τις οποίες έδωσαν οι συμμετέχοντες από τον ιατρικό και φαρμακευτικό χώρο στο πλαίσιο εμπειρικής διερεύνησης που διεξήγαμε σε δύο φάσεις (κατά τον Μάρτιο-Μάιο 2013 και τον Νοέμβριο-Δεκέμβριο 2014). Η εμπειρική έρευνα στηρίχθηκε σε συνεντεύξεις με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται και σχολιάζονται οι απόψεις ενός δείγματος εξυπηρετούμενων στην περιοχή της Θράκης. Επιλέξαμε να επικεντρωθούμε σε μια περιοχή που συγκεντρώνει χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και το δίκτυο των δημόσια παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας είναι ελλειμματικό (ιδιαίτερα μάλιστα μετά την ίδρυση του ΠΕΔΥ και τη δραστική μείωση του υγειονομικού προσωπικού στη δημόσια πρωτοβάθμια φροντίδα). Η έρευνα διενεργήθηκε το χρονικό διάστημα 1/7/2014 έως 22/8/2014 με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από εξυπηρετούμενους σε Μονάδες Υγείας και Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) της Αλεξανδρούπολης, της Κομοτηνής και της Ξάνθης.

10.2 Περιγραφή της διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα στηρίζεται σε συνεντεύξεις με υγειονομικό προσωπικό στις περιοχές της Αλεξανδρούπολης, της Αττικής, της Θεσσαλονίκης, της Καβάλας, του Κιλκίς, της Ξάνθης και της Ροδόπης. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν σε βάθος συνεντεύξεις με 56 άτομα. Η επιλογή του δείγματος έγινε με βάση τη μέθοδο της «χιονοστιβάδας» (snowballing) και περιλαμβάνει 42 άντρες και 14 γυναίκες διαφόρων ηλικιακών ομάδων.

Η Α΄ φάση των συνεντεύξεων διεξήχθη την περίοδο Μαρτίου-Μαΐου 2013 και περιλαμβάνει τον κύριο κορμό των συνεντεύξεων. Σε αυτή τη φάση πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με γιατρούς, νοσηλευτές και φαρμακοποιούς και ιδιοκτήτες φαρμακαποθηκών στις δύο μεγάλες πόλεις (Αθήνα και Θεσσαλονίκη), στο Κιλκίς (Κεντρική Μακεδονία) καθώς και σε περιοχές της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10.1, το δείγμα περιλαμβάνει ικανοποιητικό αριθμό εκπροσώπων συνδικαλιστικών και επιστημονικών φορέων. Αυτό επιδιώχθηκε (με τη μέθοδο της «χιονοστιβάδας»), με κύριο στόχο την προσέγγιση ατόμων από το χώρο της υγειονομικής φροντίδας, οι οποίοι έχουν σε βάθος γνώση και εμπειρία των ιδιαιτεροτήτων και των προβλημάτων των επιμέρους κλάδων στο χώρο αυτό.

Δεδομένου ότι η μεταρρύθμιση βρίσκεται σε διαρκή εξέλιξη, επιλέξαμε να κάνουμε μερικές ακόμη συνεντεύξεις μετά και την ίδρυση του ΠΕΔΥ και περαιτέρω μεταβολές στη δευτεροβάθμια υγειονομική φροντίδα, ως ένα follow-up της αρχικής έρευνας. Κατά τη Β΄ φάση (Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2014) πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις στην Αθήνα και την Κομοτηνή. Κατά την Α΄ Φάση συντάχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια τα οποία περιλαμβάνουν κοινό κορμό ερωτήσεων σχετικά με τις επιλογές μέτρων μεταρρύθμισης (για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγειονομική φροντίδα, τα προβλήματα κατά την εφαρμογή και τις εν γένει επιπτώσεις της κρίσης και των μέτρων λιτότητας στην υγεία). Διαφοροποιούνται ωστόσο ανάλογα με τον τομέα υγειονομικής φροντίδας στον οποίο απασχολούνται οι ερωτώμενοι. Το Ερωτηματολόγιο Α απευθύνεται σε γιατρούς του ΕΣΥ και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΕΣΥ (καθώς και των πρώην μονάδων του ΕΟΠΥΥ). Το Ερωτηματολόγιο Β απευθύνεται σε γιατρούς ιδιώτες (συνεργαζόμενους/συμβεβλημένους ή μη με τον ΕΟΠΥΥ), το Ερωτηματολόγιο Γ απευθύνεται σε γιατρούς διαγνωστικών κέντρων και μικροβιολογικών εργαστηρίων (συνεργαζόμενους/συμβεβλημένους ή μη με τον

ΕΟΠΥΥ), και το Ερωτηματολόγιο Δ σε φαρμακοποιούς και στελέχη/ιδιοκτήτες φαρμακαποθηκών. Κατά τη Φάση Β' χρησιμοποιήθηκε κοινό (συμπληρωματικό) ερωτηματολόγιο (Ερωτηματολόγιο Ε). Τα ερωτηματολόγια παρατίθενται στο Παράρτημα ΙΙ. Οι ερωτήσεις είναι ως επί το πλείστον «ανοικτές» και επιδιώκουν να προκαλέσουν μια εποπτική συζήτηση γύρω από εγγενή προβλήματα του συστήματος υγείας και καίρια ζητήματα της τρέχουσας μεταρρύθμισης. Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν κατά μέσο όρο περίπου μία ώρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν (με τη συναίνεση των ερωτώμενων). Στη συνέχεια έγινε απομαγνητοφώνηση και συνοπτική ανάλυση περιεχομένου των απαντήσεων ανά θεματική ενότητα.

Πίνακας 10.1: Χαρακτηριστικά του δείγματος – Φύλο, ηλικία και συμμετοχή σε διοικητικά συμβούλια συνδικαλιστικών / επιστημονικών οργανώσεων

		Σύνολο ανδρών/ γυναικών	Άνδρες		Γυναίκες	
			35 έως 50 ετών	άνω των 50 ετών	35 έως 50 ετών	άνω των 50 ετών
Α' ΦΑΣΗ	Πρόεδρος ή μέλος ΔΣ	14	7	6	-	1
	Δεν συμμετέχει σε ΔΣ	33	10	10	9	4
Β' ΦΑΣΗ	Πρόεδρος ή μέλος ΔΣ	8	5	2	1	-
	Δεν συμμετέχει σε ΔΣ	1	1	-	-	-
Γενικό Σύνολο		56	23	18	10	5

Η παρακάτω ανάλυση των απαντήσεων διαρθρώνεται ως εξής: Η υποενότητα 10.3.1 παρέχει μια εποπτική ανάλυση των απόψεων των ερωτώμενων για την οικονομική κρίση και τη δομική προσαρμογή στο χώρο της δημόσιας υγείας. Η υποενότητα 10.3.2 επικεντρώνεται στις ανισότητες στην υγεία τόσο από τη σκοπιά της κατάστασης υγείας όσο και από τη σκοπιά της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η υποενότητα 10.3.3 εξετάζει ζητήματα/προβλή-

Πίνακας 10.2: Χαρακτηριστικά του δείγματος – Δημόσιος/ιδιωτικός τομέας υγειονομικής φροντίδας

	Α' ΦΑΣΗ					Β' ΦΑΣΗ			
	Σύνολο (Α & Β Φάση)	Γιατρός, νοσηλευτής, φαρμακοποιός ΕΣΥ	Γιατρός, νοσηλευτής σε πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ	Ιδιώτης γιατρός συμβεβλημένος ή μη με ΕΟΠΥΥ / Γιατρός σε διαγνωστικό κέντρο	Ιδιώτης Φαρμακοποιός	Γιατρός, νοσηλευτής, φαρμακοποιός ΕΣΥ	Γιατρός, ή νοσηλευτής σε πρώην μονάδα ΕΟΠΥΥ	Ιδιώτης γιατρός συμβεβλημένος ή μη με ΕΟΠΥΥ / Γιατρός σε διαγνωστικό κέντρο	Ιδιώτης Φαρμακοποιός
Αθήνα	13	7	-	5	1	6	-	1	1
Θεσ/νίκη	12	4	-	3	5	-	-	-	-
Αλεξανδρούπολη	3	2	-	1	-	-	-	-	-
Καβάλα	1	-	-	-	1	-	-	-	-
Κιλκίς	5	4	-	-	1	-	-	-	-
Κομοτηνή & Σάπες	19	4	9	4	2	1	-	-	-
Εάνθη	3	1	-	2	-	-	-	-	-
Γενικό σύνολο	56	23	9	15	10	7	-	1	1

ματα που αφορούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκ των οποίων ένα βασικό πρόβλημα είναι και η υγειονομική κάλυψη των ανασφαλιστών. Η υποεπνότητα 10.3.4 εστιάζεται στη μεταρρύθμιση που έθεσε σε εφαρμογή τον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Εξετάζεται η πορεία λειτουργίας του οργανισμού αυτού που παίζει κείμερο και ζωτικό ρόλο στα ζητήματα υγείας τα τελευταία χρόνια, τα θετικά στοιχεία της μεταρρύθμισης αλλά και τα προβλήματα χρηματοδότησης και οργανωτικής επάρκειας του οργανισμού. Οι υποεπνότητες 10.3.5 και 10.3.6 επικεντρώνονται στις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τις πολιτικές μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης που αντιμετωπίζεται ως ο «ακρογωνιαίος λίθος» της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας. Αναδεικνύονται οι απόψεις των «παρόχων υπηρεσιών υγείας» για τις συσσωρευμένες παθογένειες, τις επιπλοκές της οικονομικής κρίσης και τις απόπειρες αναδιάρθρωσης της αγοράς του φαρμάκου. Τέλος, συνοψίζονται οι διαφορετικές

(και πολλές φορές αντικρουόμενες) απόψεις και αντιλήψεις των εκπροσώπων συνδικαλιστικών και επιστημονικών φορέων στο χώρο της υγείας για την επιχειρούμενη μεταρρύθμιση.

10.3 Οι απόψεις των «παρόχων» υγείας

10.3.1 Εποπτική θεώρηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης και της διαρθρωτικής προσαρμογής στο χώρο της δημόσιας υγείας

Οι δραστικές περικοπές στον κοινωνικό προϋπολογισμό, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της διαρθρωτικής προσαρμογής, έχουν δυσμενή αντίκτυπο στην ποιότητα και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το κράτος (WHO, 2010). Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας την περίοδο της κρίσης αποτελεί η προϊούσα εμπορευματοποίηση του αγαθού της υγείας (Samuel, 2012) μέσα από τη μετακύλιση του κόστους στον ασθενή τόσο άμεσα (π.χ. με την αύξηση των συν-πληρωμών, την επιβολή νέων «τελών» και τον περιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών από το δημόσιο σύστημα) όσο και έμμεσα (π.χ. με τις λίστες αναμονής). Η εξέλιξη αυτή κρίνεται «άκρως ανησυχητική και επικίνδυνη» από το σύνολο των ερωτώμενων, καθώς υπονομεύει την κατάσταση υγείας ατόμων χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και δημιουργεί εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα για ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως οι ανασφάλιστοι, οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι μετανάστες κ.λπ. Όπως αναγνωρίζεται από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα, η φθορά της υγείας και η δυσχέρεια στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας καλλιεργούν το έδαφος για τη διεύρυνση των ανισοτήτων υγείας, οι οποίες αποτελούν μια από τις σοβαρότερες μορφές ανισότητας στο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνιών.

Η εμπορευματοποίηση της υγείας βρίσκει χώρους να διεισδύσει μέσα από την υποβάθμιση (υποχρηματοδότηση-υποστελέχωση) των δημόσιων οργανισμών υγείας, ζήτημα το οποίο τονίστηκε ιδιαίτερα από τους ερωτώμενους γιατρούς του ΕΣΥ. Η υποχρηματοδότηση έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην οργανωτική όσο και στη λειτουργική δομή των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, οι ελλείψεις σε φαρμακευτικό υλικό, μηχανολογικό εξοπλισμό και αναλώσιμα υλικά προκαλούν καθυστερήσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών και τη διεξαγωγή προγραμματισμένων χειρουργείων. Την εποχή της κρίσης, οι δημόσιες

μονάδες υγείας αντιμετωπίζουν τραγικές ελλείψεις σε απολύτως απαραίτητα υλικά, όπως σύριγγες, γάζες κ.λπ. (βλ. επίσης Μπουλουτζά, 2014β· DOCMED, 2014).

Η κατάσταση στο ΕΣΥ εμφανίζεται να είναι τόσο κρίσιμη, ώστε ο διευθυντής του Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων, Marc Sprenger, δήλωσε τον Νοέμβριο 2012 ότι «υπάρχουν μονάδες του ΕΣΥ όπου κινδυνεύει ακόμη και η στοιχειώδης υγιεινή». Η δήλωση αυτή βρίσκει ευήκοα ώτα μεταξύ των ερωτώμενων γιατρών που εκτιμούν ότι θα υπάρξει επιδείνωση των συνθηκών υγιεινής στο άμεσο μέλλον εξαιτίας της υποχρηματοδότησης, της κακής συντήρησης των κτηριακών υποδομών, της εντατικοποίησης της δουλειάς –ιδιαίτερα σε μεγάλα νοσοκομεία– και της ανάθεσης της καθαριότητας και υγιεινής σε ιδιωτικά συνεργεία. Οι ερωτώμενοι γιατροί υποστηρίζουν ότι «κακές διοικήσεις, χαλαροί ελεγκτικοί μηχανισμοί και παραχώρηση βασικών λειτουργιών σε εξωτερικούς συνεργάτες -καρτέλ» υπονομεύουν τις συνθήκες υγιεινής στα δημόσια νοσοκομεία.

Χαρακτηριστικό είναι ότι ορισμένοι ερωτώμενοι γιατροί αναφέρουν πως οι ίδιοι ζητούν από τους ασθενείς να φέρνουν «φάρμακα και φαγητό από το σπίτι!». Σύμφωνα δε με την άποψη ενός ερωτώμενου γιατρού του ΕΣΥ, τα αναλώσιμα και άλλα ιατρικά υλικά έχουν μειωθεί σε τέτοιο σημείο, ώστε η καθημερινή λειτουργία του ΕΣΥ να εγκυμονεί κινδύνους για τους ασθενείς («το ΕΣΥ έχει γίνει επικίνδυνο!»). Για την πλειονότητα των ερωτώμενων γιατρών, το πρόβλημα είναι απόρροια της υποχρηματοδότησης του ΕΣΥ, καθώς επίσης και της άρνησης των μεγάλων επιχειρήσεων, που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας, να προμηθεύσουν τα νοσοκομεία λόγω χρεών. Συν τοις άλλοις, η νέα διάρθρωση του συστήματος προμηθειών οδηγεί σε κατακερματισμό των διαγωνισμών-προμηθειών ανάμεσα σε Υπουργείο, ΥΠΕ και νοσοκομείο, γεγονός που προκαλεί σύγχυση και δεν συμβάλλει στην εξοικονόμηση πόρων.

Η οικονομική κρίση και η δομική προσαρμογή έχουν ήδη επηρεάσει σημαντικά τις εργασιακές συνθήκες των ερωτώμενων γιατρών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ. Υποστηρίζεται ότι η έλλειψη οικονομικών κινήτρων (π.χ. μείωση αμοιβών, περιορισμός προϋπολογισμού για τις εφημερίες και μεγάλες καθυστερήσεις στις πληρωμές εφημεριών) επηρεάζει αρνητικά την αποδοτικότητα των μονάδων υγειονομικής φροντίδας. Επιπλέον, οι αθρόες συνταξιοδοτήσεις ιατρικού προσωπικού σε συνδυασμό με το πάγωμα των προσλήψεων, στο πλαίσιο των μνημονιακών δεσμεύσεων, «αδειάζουν» τις δημόσιες μονάδες υγείας από το ιατρικό δυναμικό που απαιτείται για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα, η

μη τακτική πληρωμή των εφημεριών, αλλά και η αδυναμία στην καταβολή του συνόλου των δεδουλευμένων σε ιδιώτες γιατρούς, λόγω οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων, δημιουργεί απογοήτευση που επηρεάζει την απόδοση του ιατρικού προσωπικού. Ορισμένοι από τους ερωτώμενους θεωρούν ότι η κατάσταση αυτή ευθύνεται «για τις άτυπες πληρωμές, το χρηματισμό από φαρμακευτικές εταιρείες και τη φοροδιαφυγή», που αποτελούν χαίνουσα πληγή του δημόσιου συστήματος υγείας (βλ. επίσης Δρόσος, 2012). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι τονίζουν ότι το φαινόμενο της παραβατικότητας μεταξύ των γιατρών του ΕΣΥ υφίσταται και ανθεί εξαιτίας του καθεστώτος ατιμωρησίας των παραβατών.

Το οξύ πρόβλημα με τις εφημερίες των γιατρών προκαλεί διαφορετικού βαθμού λειτουργικές επιπτώσεις στις διάφορες νοσοκομειακές μονάδες (π.χ. μεγάλες λίστες αναμονής σε ορισμένες κλινικές). Ιδιαίτερα, ορισμένα νοσοκομεία εφημερεύουν, χωρίς να προβλέπεται εφημερεύων γιατρός, με βάση το επίσημο πρόγραμμα, για μια σειρά ιατρικές ειδικότητες. Το πρόβλημα των εφημεριών είναι οξυμένο στα νοσοκομεία της περιφέρειας, διότι εφημερεύουν σε καθημερινή βάση, ενώ αν συνεκτιμήσει κανείς τις αθρόες αποχωρήσεις και τις ανεπαρκείς προσλήψεις προσωπικού, το σύστημα των εφημεριών πλήττεται σοβαρά σε βάρος των ασθενών. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι ακόμη και τα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις εφημερίες, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού περιστατικών που αυτά δέχονται καθημερινά.

Σύμφωνα με τις μαρτυρίες ερωτώμενων γιατρών, οι συνθήκες εργασίας του ιατρικού δυναμικού επιδεινώνονται διαρκώς, εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών συνθηκών και του ιατρικού πληθωρισμού, με αποτέλεσμα να υπάρχει ολοένα και μεγαλύτερη φυγή γιατρών σε χώρες του εξωτερικού.¹³⁷ Μάλιστα ορισμένοι ερωτώμενοι τονίζουν ότι ως επί το πλείστον οι νέοι γιατροί θα αποτελέσουν το σύγχρονο «επιστημονικό προλεταριάτο», το οποίο θα κληθεί να απασχοληθεί με ευέλικτες εργασιακές σχέσεις και θα είναι δέσμιο των φαρμακευτικών εταιρειών για την επιμόρφωσή του. Η ψήφιση του «νόμου Λοβέρδου» (3918/2011) για την απελευθέρωση του ιατρικού επαγγέλματος είχε ως συνέπεια την εξομολό-

137. Ωστόσο, δεν είναι μόνο οι γιατροί του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ, αλλά και οι ιδιώτες γιατροί που βρίσκονται αντιμέτωποι με «κυκεώνα» προβλημάτων, τα οποία προϋπήρχαν εξαιτίας της αδυναμίας ή/και της απροθυμίας της πολιτικής ηγεσίας να διασαφήσει το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας (δημόσιο/ιδιωτικό) ή ανέκυψαν εξαιτίας της συρρίκνωσης του εισοδήματος των ατόμων.

ωση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας με αμιγώς εμπορικούς φορείς. Ως εκ τούτου, οποιοσδήποτε επενδυτής μη ιατρός μπορεί να ασκεί επιχειρηματική δραστηριότητα, με σκοπό το κέρδος στο χώρο της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, όμως, θα υπάρξει εκμετάλλευση του εργασιακού δυναμικού στο χώρο της υγείας (ιατροί, νοσηλευτές κ.λπ.), μέσα από την προώθηση ευέλικτων μορφών απασχόλησης, χωρίς την τήρηση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και των Επαγγελματικών Διατάξεων, με συνέπεια την υποβάθμιση της ποιότητας περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών.

10.3.2 Οι απόψεις των ερωτώμενων για την ανισότητα στην υγεία

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού αποτελούν ένα από τα πιο κρίσιμα ζητήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Επί του προκειμένου θέματος εκτιμάται ότι η σχέση ανάμεσα στην κρίση και την υγεία είναι αρνητική υπό την έννοια ότι η όξυνση της κρίσης συσχετίζεται με επιδείνωση της υγείας – και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας (WHO, 2011). Ορισμένοι γιατροί του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ διαβλέπουν, μάλιστα, περαιτέρω επιδείνωση της υγείας για συγκεκριμένες κατηγορίες του πληθυσμού (άνεργοι, συνταξιούχοι). Η χειροτέρευση αυτή αποδίδεται σε παράγοντες, όπως ο περιορισμός των προληπτικών εργαστηριακών ελέγχων, η καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής ή η λήψη της μέρα παρά μέρα (ακόμη και μεταξύ χρόνιων ασθενών), εξαιτίας της αδυναμίας των ατόμων να καλύψουν το οικονομικό κόστος.

Παρομοίως, οι ερωτώμενοι ιδιώτες γιατροί υποστηρίζουν ότι η μείωση της χρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος υγείας οδηγεί, μοιραία, σε επιδείνωση της υγείας, δεδομένου ότι τα οικονομικά ασθενέστερα άτομα αδυνατούν να ανταποκριθούν στο κόστος της ιδιωτικής παροχής υγείας. Ως συνέπεια της μειούμενης χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, το κάθε νοικοκυριό καλείται να επωμιστεί το κόστος, με αποτέλεσμα ένα ολοένα αυξανόμενο μέρος του προϋπολογισμού να καταλήγει για δαπάνες υγείας.¹³⁸ Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτώμενων ιδιωτών γιατρών, μεγάλο μέρος των ιατρικών αναγκών των νοσούντων ατόμων, που προέρχονται από τα χαμηλά στρώματα της κοινωνικής και οικονομικής κλίμακας, μένει χωρίς αντιμετώπιση.

138. Για το θέμα αυτό βλ. επίσης Κεφάλαιο 8.

Από την καθημερινή εμπειρία στους χώρους εργασίας, οι ερωτώμενοι γιατροί εκτιμούν ότι η κρίση συσχετίζεται με καρδιαγγειακές νόσους (εμφράγματα αντρών ηλικίας 40 ετών και άνω), ψυχιατρικές νόσους για άντρες και γυναίκες 20 ετών και άνω (κατάθλιψη, στρες), κατάχρηση ουσιών από άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας (αλκοόλ, ναρκωτικά), αυτοκτονίες (ιδιαίτερα μεταξύ μεσήλικων αντρών και γυναικών) κ.ά. Ιδιαίτέρως ανησυχητικά είναι τα αυξημένα κρούσματα φυματίωσης, κυρίως ανάμεσα στους μετανάστες, τους Ρομά, τους ορεσίβιους Πομάκους και τους ομογενείς Πόντιους. Αύξηση παρατηρείται και στις πνευμονοπάθειες, εξαιτίας της αιθαλομίχλης στα μεγάλα αστικά κέντρα.¹³⁹ Επιπλέον, μια ερωτώμενη γιατρός αναφέρει ότι, κατά την τελευταία δεκαετία, έχει αυξηθεί σημαντικά η συχνότητα εμφάνισης της αντιδραστικής κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής, ιδιαίτερα μεταξύ των εφήβων.

Η επιδείνωση της υγείας επιβεβαιώνεται από την αύξηση των προσελεύσεων στις δημόσιες μονάδες υγείας. Επικαλούμενος στοιχεία του ESY.net (2012), ένας ερωτώμενος γιατρός αναφέρει ότι η προσέλευση στα δημόσια νοσοκομεία έχει αυξηθεί μεσοσταθμικά κατά 25% από την εκδήλωση της κρίσης και μετά. Οι εκτιμήσεις για την αύξηση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και των τακτικών και επείγουσών εισαγωγών κυμαίνονται από 30-65% και από 20-40% αντίστοιχα. Τα στοιχεία αυτά αφορούν, κυρίως, άτομα που προέρχονται από τα χαμηλά και τα μεσαία εισοδηματικά στρώματα (άνεργοι, συνταξιούχοι, μετανάστες). Αντίθετα, η πλειονότητα των ερωτώμενων αναφέρει ότι η προσέλευση στα απογευματινά ιατρεία έχει μειωθεί εξαιτίας της γενικότερης οικονομικής κατάστασης της χώρας.

Η ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου, μέσω των απογευματινών ιατρείων, βρίσκει αρκετή απήχηση στους ερωτώμενους γιατρούς, αν και ορισμένοι θέτουν αυστηρές προϋποθέσεις για τη συνέχιση του τρόπου αυτού λειτουργίας, όπως ο δημόσιος και δωρεάν χαρακτήρας της υγειονομικής περίθαλψης, το σταθερό ωράριο και οι προσλήψεις ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Η θετική στάση απέναντι στην έως τώρα λειτουργία των απογευματινών ιατρείων έγκειται στο ότι συμβάλλει στον περιορισμό των «λίστων της ντροπής» για την αναμονή χειρουργικών επεμβάσεων. Ωστόσο,

139. Η αιθαλομίχλη αυτή προκαλείται από την καύση θερμαντικών υλικών που περιέχουν τοξικές ουσίες και βλαβερά μικροσωματίδια.

ένας ερωτώμενος γιατρός εκφράζει την τολμηρή άποψη ότι «όλα τα νοσοκομεία της χώρας θα έπρεπε να εφημερεύουν κάθε μέρα». Αντίθετα, η παραχώρηση κλινών σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ως τεχνοκρατικό μέτρο για την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ, αντιμετωπίζεται αρνητικά από τους ερωτώμενους γιατρούς, καθώς θεωρούν ότι το κράτος φορολογεί ήδη αρκετά, ώστε να είναι σε θέση να παρέχει δωρεάν κάλυψη της υγείας σε όλους ή ότι εάν γίνει αυτό θα οδηγήσει στη δημιουργία «ασθενών δύο ταχυτήτων». Σε αυτή τη βάση, ένας ερωτώμενος γιατρός χαρακτηριστικά αναφέρει «υπάρχουν ασθένειες, όχι ασθενείς».

Η λειτουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ένα από τα πιο ακανθώδη ζητήματα του δημόσιου συστήματος υγείας. Η σοβαρότητα των περιστατικών σε συνδυασμό με την αναμονή για κλίνη ΜΕΘ συνιστά μια εκρηκτική κατάσταση που εγκυμονεί κινδύνους για τους ασθενείς, ιδιαίτερα μεταξύ των βαριά πασχόντων. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ερωτώμενων γιατρών, άλλες ΜΕΘ λειτουργούν πλήρως και άλλες μόνο μερικώς, κυρίως εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού. Ορισμένοι γιατροί αποδίδουν το πρόβλημα της αναμονής για κλίνη ΜΕΘ σε ορισμένα νοσοκομεία στην κακή διαχείριση των υφιστάμενων κλινών, π.χ. ασθενείς με μικρότερη ανάγκη δεσμεύουν κλίνες που θα έπρεπε να είναι διαθέσιμες από ασθενείς με μεγαλύτερη ανάγκη.

Γενικότερα, ο μέσος χρόνος αναμονής για επεμβάσεις και θεραπείες σε ορισμένες κλινικές δημόσιων νοσοκομείων κυμαίνεται από 1 έως 1 ½ μήνα, με τις μεγαλύτερες καθυστερήσεις να παρατηρούνται στα ορθοπεδικά περιστατικά, λόγω έλλειψης υλικών. Ωστόσο, ένας ερωτώμενος υποστηρίζει ότι σε διάφορα νοσοκομεία παρατηρείται το φαινόμενο της καθυστέρησης της επέμβασης λόγω «μη χρηματισμού των γιατρών» ή ότι σε άλλα, συχνά, γίνονται επεμβάσεις και νοσηλίες που δε χρειάζονται, οι οποίες και καθυστερούν άλλες που είναι απαραίτητες. Από την άλλη μεριά, σύνηθες φαινόμενο τείνει να καταστεί η αναβολή χειρουργείων εξαιτίας της έλλειψης υλικών. Αναφορικά με τον μέσο χρόνο αναμονής στα επείγοντα περιστατικά τις ημέρες της εφημερίας των νοσοκομείων, οι ερωτώμενοι γιατροί εκτιμούν ότι κυμαίνεται από 1 έως 4 ώρες. Ο μεγάλος χρόνος αναμονής αποδίδεται στο ότι τα συγκεκριμένα νοσοκομεία είναι τα μόνα που εφημερεύουν, καθώς και στο γεγονός ότι τα επείγοντα περιστατικά δέχονται περιπτώσεις ασθενών που δεν χαρακτηρίζονται «επείγουσες» (π.χ. «ένα απλό κρουαλόγημα»).

Κατά παρόμοιο τρόπο, οι ερωτώμενοι ιδιώτες γιατροί αναγνωρίζουν ότι, σε συνθήκες κρίσης, δυσχεραίνεται η πρόσβαση των ασθενών ακόμη και στο δημόσιο τομέα υγείας, πόσο μάλλον στον ιδιωτικό. Η μείωση της επισκεψιμότητας στα ιδιωτικά ιατρεία εκτιμάται ότι υπερβαίνει το 50% σε σχέση με τα προ-κρίσης επίπεδα. Σύμφωνα με την πλειονότητα των ερωτώμενων ιδιωτών γιατρών, πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας τόσο του δημόσιου τομέα λόγω εγγενών προβλημάτων όσο και του ιδιωτικού λόγω οικονομικού κόστους.

10.3.3 Η «υπολειμματικότητα» της (δημόσιας) πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και το υγειονομικό πρόβλημα των ανασφάλιστων

Μια χτυπητή περίπτωση όπου η υποχρηματοδότηση έχει προκαλέσει σωρεία οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και, κατά συνέπεια, στην υπέρμετρη επιβάρυνση της νοσοκομειακής φροντίδας ιδίως αναφορικά με τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (βλ. επίσης ΕΣΔΥ, 2013). Η έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), αμιγώς εξωνοσοκομειακής φύσης, αναγνωρίζεται ως ένα από τα καίρια προβλήματα του συστήματος υγείας. Παρά τις κατά καιρούς δημόσιες εξαγγελίες για την ανάπτυξη της ΠΦΥ μέσω των κέντρων υγείας και των οικογενειακών γιατρών, «τα σχέδια παρέμειναν στα χαρτιά», καθώς απουσίαζε τόσο η κοινωνική συναίνεση όσο και η πολιτική βούληση κατά την κρίσιμη μεταπολιτευτική περίοδο. Ως συνέπεια, το ΕΣΥ μετατράπηκε σε καθημερινό αποδέκτη χιλιάδων περιστατικών, δίχως το αναγκαίο «φιλτράρισμα» με γνώμονα τη σοβαρότητα και την κρισιμότητα των περιστατικών αυτών.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η ΠΦΥ συνδέεται στενά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη ευαίσθητων ομάδων του πληθυσμού, όπως, για παράδειγμα, οι ανασφάλιστοι. Ασφαλώς, το υγειονομικό πρόβλημα των ανασφάλιστων υπήρχε και προ κρίσης, όμως, διογκώθηκε ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια (βλ. επίσης Γάτος, 2015). Οι τακτικές των νοσοκομείων ποικίλουν ως προς την περίθαλψη των ανασφάλιστων: ορισμένα παρέχουν δωρεάν περίθαλψη, με γνώμονα το επείγον της ασθένειας, και στη συνέχεια παραπέμπουν τους ανασφάλιστους στις διευθύνσεις πρόνοιας και σε φιλανθρωπικούς οργανισμούς· άλλα περιθάλλουν τους ανασφάλιστους και σε δεύτερο χρόνο αποστέλλουν τους λογαριασμούς μέσω ταχυδρομείου· τέλος, άλλα αποφεύγουν εντελώς την περίθαλψη των ανασφάλιστων, ιδιαίτερα όταν το κόστος είναι πολύ υψηλό, διότι απαιτούν την πληρωμή των νοσηλίων από τον ασθενή.

Οι απόψεις των ερωτώμενων γιατρών (και φαρμακοποιών) ποικίλουν ως προς την αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος των ανασφαλιστών. Ορισμένοι θεωρούν ότι το ζήτημα μπορεί να αντιμετωπιστεί με νομοθετική πρωτοβουλία, προκειμένου να διευκολυνθεί η δωρεάν περίθαλψη των ανασφαλιστών (έστω και με το κριτήριο του επείγοντος της ασθένειας) ή, ευρύτερα, με την επιστροφή στην κοινωνική ασφάλιση μέσω της ένταξης στην αγορά εργασίας αλλά και την καταπολέμηση της «μαύρης» εργασίας. Αντίθετα, άλλοι θεωρούν ότι το πρόβλημα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί, καθώς το σύστημα υγείας δεν μπορεί να εξυπηρετήσει τους ήδη ασφαλισμένους («το σύστημα έχει φρακάρει»).

Σε αυτό το πλαίσιο, η ενίσχυση της ΠΦΥ θεωρείται ενδεδειγμένη λύση για την «αναζωογόνηση» του δημόσιου συστήματος υγείας. Η ενίσχυση αυτή προϋποθέτει την αύξηση του αριθμού των γενικών γιατρών, καθώς και την αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών, στο πλαίσιο της προώθησης του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Εξίσου σημαντική κίνηση θεωρείται η σύσταση Κέντρων Υγείας στις μεγάλες πόλεις και η επαρκής στελέχωση και αναβάθμιση των υφιστάμενων μονάδων στην περιφέρεια. Ακόμη, τονίζεται η ανάγκη για την προσθήκη ειδικού προσωπικού και εξοπλισμού, για την παροχή μεγαλύτερου φάσματος υπηρεσιών από τις μονάδες της ΠΦΥ.

Επισημαίνεται, επίσης, η ανάγκη καλύτερης εκπαίδευσης και ειδίκευσης των γιατρών, προκειμένου να είναι σε θέση να «φιλτράρουν» ποια περιστατικά πραγματικά χρειάζονται περαιτέρω νοσηλεία, διερεύνηση και αγωγή και ποια όχι. Σε αυτό το πλαίσιο, προτείνεται η ανάπτυξη της ειδικότητας της «επείγουσας ιατρικής» στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ακόμη, προτείνεται η σύσταση υγειονομικών υπηρεσιών, με στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στα σχολεία και τους χώρους άθλησης και η καθιέρωση γιατρών εργασίας στους χώρους δουλειάς, ιδίως στις βιομηχανικές μονάδες. Τέλος, ορισμένοι ερωτώμενοι θεωρούν επιλογή προς τη σωστή κατεύθυνση την αύξηση των σταθμών του ΕΚΑΒ και τη βελτίωση των οδικών δικτύων.

Παρομοίως, οι ιδιώτες γιατροί θεωρούν ότι η ενίσχυση της ΠΦΥ αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για τη διέξοδο από τα προβλήματα που ταλανίζουν το δημόσιο σύστημα υγείας. Οι προτάσεις τους τονίζουν την ανάγκη ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας της παρεχόμενης περίθαλψης σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας, τη διασύνδεση και το συντονισμό της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, την ανακατανομή του ανθρώπινου δυναμικού καθώς

επίσης και την παροχή δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τα Κέντρα Υγείας. Ιδιαίτερα για τα Κέντρα Υγείας τονίζεται ότι είχαν εξοπλιστεί με υλικοτεχνικό εξοπλισμό (π.χ. ακτινολογικό, χειρουργικό κ.λπ.), αλλά μετατράπηκαν σε «κέντρα υπερσυνταγογράφησης», με το προσωπικό (γιατροί – νοσηλευτές) να προσφέρει λιγότερο από τον αναλογούντα όγκο δουλειάς. Από την άλλη μεριά, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων αδυνατούν να εξυπηρετήσουν το συνολικό αριθμό των ασθενών που απευθύνεται σε αυτά. Οι προτάσεις των ιδιωτών γιατρών για την αποτελεσματική στροφή στην ΠΦΥ περιλαμβάνουν επίσης τη σύσταση Κέντρων Υγείας στα αστικά κέντρα, την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού με γνώμονα πληθυσμιακά κριτήρια, τη συγκρότηση κλιμακίων γιατρών για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών απομακρυσμένων περιοχών, τη σύσταση αστικών πολυϊατρείων εκτός νοσοκομειακών μονάδων κ.λπ.

Ωστόσο, η ΠΦΥ είναι προνομιακό πεδίο κερδοφορίας για τον ιδιωτικό τομέα υγείας, δηλαδή για μεγάλους ομίλους (π.χ. διαγνωστικά κέντρα, πολυϊατρεία, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων), γιατρούς που ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα και δεν έχουν τη δυνατότητα να ενταχθούν στο ΕΣΥ, αλλά και γιατρούς εντός του δημόσιου συστήματος που διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία (π.χ. γιατροί των πρώην μονάδων του ΙΚΑ, πανεπιστημιακοί γιατροί). Η ΠΦΥ των δημόσιων μονάδων υγείας πλαισιώνεται από ένα «σύστημα», το οποίο αντλεί πρωτογενώς ιδιωτική πελατεία και αντιστέκεται σε κάθε αλλαγή. Τα προβλήματα της ΠΦΥ καλλιεργούνται, επίσης, από την έλλειψη πολιτικής βούλησης για αποτελεσματική μεταρρύθμιση, την ανεπαρκή στελέχωση (από αγροτικούς και ειδικευόμενους γιατρούς), την έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού, την έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών, την ανασφάλεια ιδιωτών γιατρών που παραπέμπουν τους ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία κ.ο.κ.

Αρκετοί ερωτώμενοι διατυπώνουν ενδοιασμούς σχετικά με τη μεταφορά της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τον ΕΟΠΠΥ στο ΠΕΔΥ (συμπεριλαμβανόμενων και των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ) (Ν.4238/2014) και το διαχωρισμό ανάμεσα σε έναν φορέα «αγοραστή υπηρεσιών» και έναν φορέα «προμηθευτή υπηρεσιών». Υποστηρίζουν ότι η εξέλιξη αυτή υπαγορεύεται από «λογιστικές προσεγγίσεις» για τη μείωση των δαπανών και δεν κινείται προς την κατεύθυνση των καλύτερων παροχών υγείας. Το κύριο πρόβλημα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά την υποχρηματοδότηση της δημόσιας παροχής.

Επιπλέον, η αναχρονιστική οργάνωση, τα αργά βήματα προς τον ηλεκτρονικό εκσυγχρονισμό των δομών υγείας και η έλλειψη επενδύσεων προκαλούν μειωμένη απόδοση των ήδη συρρικνωμένων πόρων. Από την άλλη μεριά, η κουλτούρα ατιμωρησίας που έχει εγκατασταθεί στη νοσοτροπία των εμπλεκόμενων στα θέματα υγείας περιπλέκει την κατάσταση στην ΠΦΥ. Μεγάλο μέρος της ευθύνης φέρει ο πολιτικός κόσμος μέσω της ιδεοληψίας «ό,τι δημόσιο κακό, ό,τι ιδιωτικό καλό», κάτι που δεν επιβεβαιώνεται στην πράξη τόσο εγχώρια όσο και διεθνώς. Τέλος, ειδική αναφορά γίνεται και στη συγκεντροποίηση που παρατηρείται σε ιδιωτικούς ομίλους, κυρίως πολυεθνικούς, που προμηθεύουν με υγειονομικό υλικό τις δομές υγείας.

Τα βασικότερα προβλήματα του ΠΕΔΥ εντοπίζονται στην εσκεμμένη υποχρηματοδότηση και τις μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό σε μία χώρα που στατιστικά έχει τους περισσότερους γιατρούς ανά πληθυσμό, σχεδόν σε ολόκληρη την Ευρώπη. Αυτοί που θεωρούν ότι το ΠΕΔΥ ως σύλληψη είναι προς τη σωστή κατεύθυνση τονίζουν την ανάγκη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης, ώστε να λειτουργεί καλύτερα προς όφελος του πληθυσμού, σε σύγκριση με το παλαιότερο σύστημα των πολυϊατρείων. Ο μόνος τρόπος να αποδώσει ο νέος θεσμός είναι η πρόσληψη προσωπικού, δηλαδή η αύξηση της χρηματοδότησης του συστήματος. Ήδη η Ελλάδα υπολείπεται σοβαρά σε πόρους που διαθέτει για δημόσια υγειονομική κάλυψη σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ-28 (σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία της Eurostat, το 2012 η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη σε Μονάδες Αγοραστικής Δύναμης ήταν 1217 ενώ η αντίστοιχη τιμή για την ΕΕ-28 ήταν περίπου 1650¹⁴⁰). Κατά συνέπεια, το πρόβλημα δεν είναι η φιλοσοφία σχεδιασμού του ΠΕΔΥ αλλά η ανεπαρκής στήριξή του με απαραίτητους πόρους και προσωπικό.

10.3.4 Το «πείραμα» του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό εγχείρημα κατά την περίοδο της δομικής προσαρμογής (Ν.3918/2011). Ωστόσο, η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων γιατρών (και νοσηλευτικού προσωπικού) του

140. Όπου βέβαια περιλαμβάνονται και χώρες με εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο κατά κεφαλήν δαπάνης, όπως, για παράδειγμα, η Βουλγαρία και η Ρουμανία με κατά κεφαλήν δαπάνη σε Μονάδες Αγοραστικής Δύναμης 500 και 587 αντίστοιχως.

ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ (γιατρών πρώην πολύ-ιατρείων ΙΚΑ) αντιμετωπίζει κριτικά το εγχείρημα, διότι θεωρεί ότι ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να καλύψει τις βασικές ανάγκες ιατρικής φροντίδας (ιδιαίτερα εξαιτίας της υποχρηματοδότησης). Αντίθετα, η ίδρυση και η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ υποστηρίζεται ότι εξυπηρέτησε τη σκοπιμότητα της απορρόφησης των αποθεματικών των «ευγενών» ταμείων. Βασικά επιχειρήματα που προβάλλονται μέσα από τις κριτικές τοποθετήσεις είναι ότι ο ΕΟΠΥΥ δεν ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις απέναντι στους διάφορους παρόχους υγείας, δεν εξοφλεί τις οφειλές εντός 45 ημερών, όπως ορίζει ο νόμος και δεν διέπεται από εξορθολογισμό – ένας ερωτώμενος αναφέρει ότι ο ΕΟΠΥΥ δαπανά 500 εκατ. ευρώ σε λειτουργικά έξοδα, ενώ την ίδια στιγμή διαθέτει 82 εκατ. ευρώ για επισκέψεις 10 εκατ. ασφαλισμένων.

Αντίθετα, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ θεωρείται μεταρρύθμιση προς τη σωστή κατεύθυνση από τη μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων ιδιωτών γιατρών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, ο ΕΟΠΥΥ συνέβαλε στο να παρακαμφθούν ιδιαιτερότητες και ανισότητες μεταξύ των ταμείων και των ασφαλισμένων, καθώς επίσης και στο να περιοριστούν οι «πολυτελείς» δαπάνες των «ευγενών» ταμείων. Ορισμένοι, πάντως, ιδιώτες γιατροί αντιμετωπίζουν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ με αρνητικό τρόπο, καθώς θεωρούν ότι δεν υπάρχει η αντικειμενική δυνατότητα να γίνουν ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις με ελλειμματικό προϋπολογισμό.

Ωστόσο, ο ΕΟΠΥΥ θεωρείται κατάλληλος φορέας για τη διαχείριση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, εφόσον διατεθούν τα απαραίτητα κονδύλια από την πολιτεία. Αντίθετα, σύμφωνα με την άποψη ενός ερωτώμενου, η ανάθεση της διαχείρισης της χρηματοδότησης στον ΕΟΠΥΥ θα οδηγήσει σε «γιγαντισμό» του συστήματος και, ειδικότερα, σε προβλήματα που άπτονται της δυνατότητας ελέγχου, της διαφάνειας, της ανακατανομής του ανθρώπινου δυναμικού κ.λπ. Οι αμοιβές των ιδιωτών γιατρών, πάντως, από τον ΕΟΠΥΥ χαρακτηρίζονται «άδικες», διότι υποβιβάζουν το ρόλο και τη σημασία της ιατρικής πράξης, καθώς θα έπρεπε να υφίσταται διαχωρισμός της αμοιβής για ιατρική επίσκεψη από την αμοιβή για απλή συνταγογράφηση. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας ερωτώμενος γιατρός:

«Κανείς νοήμων άνθρωπος δεν πιστεύει ότι θα λάβει την αρμόζουσα περίθαλψη από ένα γιατρό ΕΟΠΥΥ, ο οποίος θα λάβει 10 ευρώ ακαθάριστα μετά από πολύμηνη καθυστέρηση».

Παρομοίως, δριμεία κριτική από τη μεριά των γιατρών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ ασκείται στις επιλογές των υπευθύνων για τον καθορισμό των συμβάσεων των ιδιωτών ιατρών με τον ΕΟΠΥΥ. Οι συμβάσεις αυτές χαρακτηρίζονται ως «απαράδεκτες, λαθεμένες, πρωτόλειες, άδικες και αστείες». Η πάγια θέση των γιατρών είναι να μπορούν να συνάπτουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ στο πλαίσιο της οποίας θα λαμβάνουν αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση, σύμφωνα με τη νόμιμη αποζημίωση του κρατικού τιμολογίου (20 ευρώ), η οποία, σημειωτέον, δεν έχει καταργηθεί και ισχύει μέχρι σήμερα.

Γενικότερα, πάντως, το πείραμα του ΕΟΠΥΥ αντιμετωπίζεται με επιφυλακτικότητα ιδιαίτερα από τους γιατρούς του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ, διότι ισοδυναμεί με εξίσωση των παροχών των ασφαλιστικών ταμείων προς τα κάτω και όχι προς τα πάνω. Επιπλέον, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ συνοδεύεται από τη διάλυση των ιατρείων του ΙΚΑ, που λειτουργούσαν ως φορείς ΠΦΥ, αν και με ελλείψεις σε ανθρώπινους και μη πόρους. Παρ' όλα αυτά, η πρόταση για την ενιαιοποίηση του συστήματος υγείας και την ανάθεση στον ΕΟΠΥΥ του ρόλου του διαχειριστή των πόρων του ΕΣΥ γίνεται αποδεκτή από μεγάλη μερίδα των ερωτώμενων γιατρών.

Η πρόταση για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων από ιδιώτες γιατρούς εντός του ΕΣΥ συναντά την άρνηση μεγάλης μερίδας των ερωτώμενων γιατρών. Όπως αναφέρουν ορισμένοι, οι γιατροί του ΕΣΥ είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη και είναι υπεύθυνοι και υπόλογοι για τη φαρμακευτική/χειρουργική αντιμετώπιση και παρακολούθηση των ασθενών τις ημέρες νοσηλείας. Η εκτέλεση ιατρικών πράξεων για μια μέρα, εντός του νοσοκομείου, και εν συνεχεία η αποχώρηση του γιατρού θεωρείται αδιανόητη και στερούμενη νομιμότητας, ενώ δεν καθορίζεται το ποιος θα έχει την ευθύνη για την παρακολούθηση της πορείας του ασθενή τις υπόλοιπες μέρες νοσηλείας, εντός του νοσοκομείου.

Από την έως τώρα λειτουργία των μονάδων υγείας (ΜΥ) του πρώην ΙΚΑ (και νυν ΕΟΠΥΥ),¹⁴¹ οι ερωτώμενοι εκτιμούν ότι η προσέλευση ασθενών στις

141. Ο μεγαλύτερος αριθμός συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε περίπου ένα χρόνο πριν την ίδρυση του ΠΕΔΥ. Κατά συνέπεια, οι ερωτώμενοι αναφέρονται κυρίως στις μονάδες υγείας που λειτουργούσαν υπό τον ΕΟΠΥΥ. Σε δεύτερη φάση, συμεριλήφθηκαν ερωτήματα σχετικά με τη λειτουργία του ΠΕΔΥ, όπως φαίνεται από την παρακάτω ανάλυση.

ΜΥ έχει μειωθεί κατά ένα ποσοστό της τάξης του 20-40% τα τελευταία δύο χρόνια (τέλη 2012, αρχές 2014) και ως κύρια αιτία γι' αυτό προβάλλεται η δυσκολία στο κλείσιμο των ραντεβού. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι συμφωνούν με την άποψη ότι η υποχρηματοδότηση μειώνει τις υπηρεσίες των ΜΥ του πρώην ΙΚΑ (και νυν ΕΟΠΥΥ) και τονίζουν ότι ορισμένα εργαστήρια έχουν κλείσει, λόγω περιορισμού των δαπανών και έλλειψης βασικών υλικών. Οι λύσεις που προτείνονται για την αξιοποίηση των ΜΥ του ΕΟΠΥΥ είναι: αφενός η ένταξη στο ΕΣΥ και αφετέρου η καλύτερη οργάνωση με την κάλυψη γιατρών όλων των βασικών ειδικοτήτων.

Οι εκτιμήσεις των ερωτώμενων σχετικά με τον μέσο χρόνο αναμονής για ραντεβού με γιατρούς βασικών ειδικοτήτων κυμαίνονται από 1 έως 15 ημέρες και από 1 έως 2 μήνες ανάλογα με τη ΜΥ. Η διάρκεια της επίσκεψης είναι μικρή (10 λεπτά), με αποτέλεσμα να χάνεται η επαφή ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, να γίνεται επιφανειακή εκτίμηση-αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή και να περιορίζονται οι γιατροί στο ρόλο του «συνταγογράφου». Η εξέταση των ανασφάλιστων σε πολλές ΜΥ του ΕΟΠΥΥ γίνεται δωρεάν, δίχως, ωστόσο, να χορηγείται πάντοτε θεραπεία. Από αρκετές ΜΥ οι ανασφάλιστοι παραπέμπονται στις δημόσιες υπηρεσίες πρόνοιας ή σε φιλανθρωπικά σωματεία.

Τα βασικότερα προβλήματα σε σχέση με τον ΕΟΠΥΥ εντοπίζονται στην υποχρηματοδότηση, υποστελέχωση, οικονομική υποβάθμιση, απαξίωση του δημόσιου χαρακτήρα, οργανωτικά προβλήματα, περιστολή παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, η υποχρηματοδότηση από το κράτος αποτελεί καίριο πρόβλημα, καθώς ο ΕΟΠΥΥ επωμίζεται θεσμικά μία κολοσιαία κοινωνική αποστολή, την υγειονομική κάλυψη του 90% του ελληνικού πληθυσμού. Κατ' ουσίαν, η αποστολή αυτή χρειάζεται οπωσδήποτε οικονομική στήριξη από την Πολιτεία και ευελιξία στην ανάληψη οικονομικής ενίσχυσης από αυτή.

Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία που χρηματοδοτούν τον ΕΟΠΥΥ από τους παλαιούς κλάδους Υγείας τους αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα ιδιαίτερα μετά το «κούρεμα» των αποθεματικών τους (στο πλαίσιο του PSI, δηλαδή του «κουρέματος» των ομολόγων που κατείχε ο ιδιωτικός τομέας, τον Μάρτιο του 2012) και εξαιτίας της μεγάλης αύξησης της ανεργίας και άρα της μείωσης των εισφορών. Ως εκ τούτου, χρειάζονται πόρους για να σταθούν στο ύψος της αποστολής τους. Όσο οι πόροι αυτοί δεν δίνονται από την Πολιτεία

τόσο τα ασφαλιστικά ταμεία και κατ' επέκταση και ο ΕΟΠΥΥ δεν θα μπορούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους.

Η ανεπάρκεια θεσμών ελέγχου (και σύγχρονης δομής προληπτικού ηλεκτρονικού ελέγχου) έχει ως συνέπεια να υπάρχουν πεδία δραστηριότητας όπως είναι τα τρόφιμα ειδικής σύνθεσης και τα παραϊατρικά εξαρτήματα (π.χ. νεφελοποιητές, ορθοπεδικά, συσκευές) που ακόμη: α) δεν είναι σαφώς διατιμημένα, με συνέπεια να αφήνεται μεγάλο περιθώριο για υπερκοστολογήσεις που αφαιμάσσουν ζωτικούς πόρους, και β) δεν έχει ακόμη απαγορευτεί η ταυτοπροσωπία του παραγωγού (Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας) και του διαθέτη των προϊόντων στον ασθενή (κλασική περίπτωση σύγκρουσης ρόλων και συμφερόντων), με συνέπεια να προκαλείται προκλητή ζήτηση με αδιαφανείς και κερδοσκοπικές μεθόδους που αφαιμάσσουν αδικαιολόγητα ζωτικούς πόρους από τον ΕΟΠΥΥ.

Η υπερβολική δαπάνη για Φάρμακα Υψηλού Κόστους (ΦΥΚ) που διατίθενται και άρα αποζημιώνονται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ αποτελεί εξίσου πρόβλημα. Η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια στη διείσδυση αυτών των φαρμάκων στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη, μια αρνητική πρωτιά που σημαίνει αναίτια σπατάλη εκατοντάδων εκατομμυρίων ευρώ ετησίως. Τα ΦΥΚ σήμερα απορροφούν περίπου 40% της δαπάνης για φάρμακα από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ απορροφούσαν μόλις το 10% πριν 4 χρόνια, μια διαπίστωση που δείχνει μια εικόνα μεγα-διαπλοκής («πάρτι ημετέρων» ως συνήθως αυτό διατυπώνεται).

Τέλος, οι φαρμακευτικές εταιρείες πιέζουν τους γιατρούς να υποκαθιστούν παλαιότερες –αποτελεσματικές– οικονομικές φαρμακευτικές αγωγές με νεότερες –όχι απαραίτητα καλύτερες– πολύ ακριβότερες, χωρίς έλεγχο και κριτήρια. Πρόκειται για μία αφανή πηγή σοβαρής οικονομικής αιμορραγίας του ΕΟΠΥΥ μέσω κερδοσκοπικής διαπλοκής πανεθνικών διαστάσεων, με ηθικό αυτουργό τις φαρμακευτικές εταιρείες, η οποία τείνει να λάβει χαρακτηριστικά φαρμακοοικονομικής επιδημίας.

10.3.5 Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ως «ακρογωνιαίος λίθος» της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας

Τα μέτρα που αποβλέπουν στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κρίνονται αποτελεσματικά στο βαθμό που επιτυγχάνεται ο βασικός στόχος, μολονότι εκφράζονται ορισμένες αντιρρήσεις, με το επιχείρημα της μετακύλισης του κό-

στους στον ασθενή. Επιπλέον, γίνεται λόγος για εγγενείς αδυναμίες των μέτρων αυτών. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν είναι πάντοτε σταθερό και συχνά απαιτείται χειρόγραφη συνταγογράφηση. Η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία δυσχεραίνει το έργο των γιατρών, καθώς οδηγεί σε σύγκρουση γιατρών και φαρμακοποιών και σε αποπροσανατολισμό των ασθενών. Επιπλέον, οι απόψεις μεταξύ των ερωτώμενων διίστανται, καθώς κάποιοι διαβλέπουν πιθανή την αύξηση της θνησιμότητας εξαιτίας της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία, ενώ άλλοι όχι.

Από οικονομικής άποψης παρεμποδίζουν σημαντικά πιθανή ιατρική αυθαιρεσία στην επιλογή φαρμάκου ως απάντηση για συγκεκριμένη πάθηση, μεγάλη πληγή οικονομικής αιμορραγίας τα προηγούμενα χρόνια. Από υγειονομικής άποψης καθιστούν την ιατρική συνταγογράφηση επιστημονικά επαρκέστερη και πιο ακέραιη για την αντιμετώπιση παθήσεων. Το πρόβλημα συνοψίζεται στο ότι η ενσωμάτωση θεραπευτικών οδηγιών στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν έχει προχωρήσει επαρκώς για να καλύψει ικανοποιητικό ποσοστό συνταγογράφησης παθήσεων. Αυτό έχει ως συνέπεια να υφίστανται ακόμα σοβαρά κενά μέσω των οποίων μπορούν να συνταγογραφηθούν αδικαιολόγητα ακριβότερα φάρμακα (όπως π.χ. Φ.Υ.Κ.) από αυτά που χρειάζονται για την αντιμετώπιση μίας πάθησης.

Σε αυτό το πλαίσιο πάντως, ορισμένοι από τους ερωτώμενους υποστηρίζουν ότι ο γιατρός θα πρέπει να μπορεί να επιλέγει το φάρμακο που πιστεύει ότι θα βοηθήσει τον ασθενή και να μη μετατρέπεται ο ασθενής σε «έρμαιο» του φαρμακοποιού. Τα γενόσημα φάρμακα δεν ελέγχονται αποτελεσματικά, με δεδομένες τις ανεπάρκειες των ελεγκτικών μηχανισμών στο χώρο του φαρμάκου. Ο κίνδυνος δημιουργίας μιας Ευρώπης με ασθενείς δύο ταχυτήτων, λόγω αδυναμίας πρόσβασης σε καινοτόμες θεραπείες, είναι υπαρκτός, ιδιαίτερα για ασθενείς με αυτοάνοσα και κακοήθη νοσήματα, άτομα άνω των 60, παραπληγικούς, πρόωρα βρέφη κ.ά. Χαρακτηριστική είναι η αναφορά ορισμένων ερωτώμενων γιατρών ότι οι ελεγκτικοί μηχανισμοί του ΕΟΦ δεν μπορούν να ανταποκριθούν στον όγκο των αδειοδοτήσεων, λόγω έλλειψης δυναμικού, με αποτέλεσμα να ελέγχονται μόνο τα συνοδευτικά έγγραφα των αντιγράφων φαρμάκων και όχι τα ίδια τα φάρμακα!

Επιπλέον, ο προς τα κάτω τιμολογιακός καθορισμός των φαρμάκων έχει ως συνέπεια τη δημιουργία ελλείψεων σε φαρμακαποθήκες, την απόσυρση φαρ-

μάκων από την αγορά λόγω ασύμφορης παραγωγής, την οικονομική ζημία των φαρμακοποιών κ.λπ. Οι καταστάσεις αυτές οδηγούν σε δυσβάσταχτη οικονομική επιβάρυνση, διακοπή της θεραπείας και επιδείνωση της υγείας των ασθενών. Κατά βάση, οι όροι του «παιχνιδιού» καθορίζονται από τις μεγάλες πολυεθνικές επιχειρήσεις στην αγορά του φαρμάκου και, γι' αυτόν το λόγο, μια γιατρός αντιπροτείνει τη δημιουργία κρατικής φαρμακοβιομηχανίας, με σκοπό την παραγωγή ενός σκευάσματος ανά κατηγορία (δραστική ουσία).

Τέλος, η αναγκαιότητα εφαρμογής «θεραπευτικών πρωτοκόλλων» τυγχάνει ευρείας αποδοχής μεταξύ των ερωτώμενων. Η εφαρμογή των πρωτοκόλλων αυτών είναι σχεδόν ανύπαρκτη στην Ελλάδα, μολονότι θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε ευρεία κλίμακα, συμβάλλοντας στη μείωση των δαπανών και ιδίως της φαρμακευτικής δαπάνης. Παρ' όλα αυτά, η πλειονότητα των ερωτώμενων δεν πιστεύει ότι η εφαρμογή «θεραπευτικών πρωτοκόλλων» θα διασφαλίσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κατ' ουσίαν, η περίοδος της κρίσης χαρακτηρίζεται από την εκτεταμένη αναδιάρθρωση της αγοράς του φαρμάκου. Οι συντελούμενες ή/και κυοφορούμενες αλλαγές στο χώρο του φαρμάκου τίθενται στο επίκεντρο της συζήτησης με τους φαρμακοποιούς του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα. Οι αλλαγές αυτές εξετάζονται υπό το πρίσμα των «κακών πεπραγμένων» της τελευταίας δεκαετίας, με ιδιαίτερη έμφαση στην πολύ μεγάλη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Από την επεξεργασία των απαντήσεων των ερωτώμενων φαρμακοποιών προκύπτει ότι η αύξηση αυτή οφείλεται σε πολλούς και σύνθετους παράγοντες.

10.3.6 Οι συσσωρευμένες παθογένειες και η αναδιάρθρωση της αγοράς του φαρμάκου

(α) Η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση

Σε ένα μακροσκοπικό επίπεδο, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση φαρμάκων και εργαστηριακών/κλινικών εξετάσεων σε συνδυασμό με τον υποτυπώδη έλεγχο στη συνταγογράφηση και την εκτέλεση των συνταγών πυροδότησαν την εκτόξευση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ειδικότερα, όπως αναφέρουν ερωτώμενοι φαρμακοποιοί, πολλοί ασθενείς προμηθεύονταν φάρμακα σε διπλάσιες ή και τριπλάσιες ποσότητες από αυτές που τους αναλογούσαν, ενώ «φορτώνονταν», ακόμη και για μια απλή ίωση, με ακριβά φάρμακα, τα οποία θα μπορούσαν να είχαν αποφύγει.

Σε αυτό το πλαίσιο, κρίσιμο ρόλο έπαιξαν οι φαρμακοβιομηχανίες, που συνεννοούνταν με τους γιατρούς –έναντι ανταλλαγμάτων–, με σκοπό την «κατευθυνόμενη συνταγογράφηση». Έτσι, η ασύδοτη προώθηση των προϊόντων της φαρμακοβιομηχανίας σε συνδυασμό με την ανεξέλεγκτη διατίμηση των τιμών των φαρμάκων συνετέλεσαν στην εκτόξευση της δαπάνης. Επιπρόσθετοι παράγοντες, που οδήγησαν σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, ήταν: (α) η χρήση της εμπορικής και μόνο ονομασίας των φαρμάκων, καθώς αυτό δημιούργησε ένα σύστημα διαπλοκής, που αύξησε υπέρμετρα το στοκ στα ράφια των φαρμακείων, (β) η εισαγωγή νέων φαρμάκων υψηλής φαρμακοτεχνίας, αλλά και πολύ μεγάλου κόστους, (γ) η ανορθολογική πολιτική των ασφαλιστικών ταμείων, (δ) η έλλειψη παιδείας των καταναλωτών, που αποδεικνύεται στην πράξη από την «πολυφαρμακία» κ.ά.

Από την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης επωφελήθηκε όλο το κύκλωμα στο χώρο του φαρμάκου, πλην των ασφαλιστικών ταμείων. Οι φαρμακοβιομηχανίες με τον καθορισμό ανεξέλεγκτων τιμών, που διαμορφώνονταν από κοινού με τις εκάστοτε κυβερνήσεις, βγήκαν «οι μεγάλες κερδισμένες». Σημαντικό όφελος αποκόμισε μια κατηγορία γιατρών, μέσα από τη διαπλοκή των φαρμακοβιομηχανιών με τους συνταγογράφους, με σκοπό τη συνταγογράφηση βάσει της εμπορικής ονομασίας και όχι του θεραπευτικού σχήματος. Επιπλέον, οι φορείς του χονδρεμπορίου και του λιανεμπορίου ωφελήθηκαν ιδιαίτερα λόγω των υψηλών τιμών και της αύξησης του τζίρου. Οι χονδρέμποροι προχωρούσαν σε παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων σε χώρες του εξωτερικού, όπου κέρδιζαν από τη διαφορά της τιμής των φαρμάκων, καθώς τα αγόραζαν σε χαμηλή τιμή και τα πωλούσαν σε υψηλή. Επιπλέον, το δίκτυο φαρμακείων-ιατρών επωφελήθηκε με το φαινόμενο της «κατευθυνόμενης συνταγογράφησης» και των «πλαστών συνταγών». Αντίθετα, τα ασφαλιστικά ταμεία ζημιώνονταν συνεχώς και, πολλώ δε μάλλον, όταν γράφονταν πολύ ακριβά φάρμακα σε ανθρώπους που δεν τα χρειάζονταν.

(β) Φαρμακοβιομηχανία, φαρμακαποθήκες και φαρμακεία

Ιδιαίτερα, οι μεγάλες (πολυεθνικές) φαρμακοβιομηχανίες θεωρούνται οι κυρίαρχοι δρώντες στην αγορά του φαρμάκου. Οι βιομηχανίες αυτές ελέγχουν την αγορά μέσα από τη διαμόρφωση της προσφοράς και τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων. Ταυτόχρονα, όμως, η παραγωγή των μεγάλων φαρμακοβιομηχανιών συνιστά το «κέντρο κόστους» για το φάρμακο. Γι' αυτόν το λόγο, οι ερωτώμενοι φαρμακοποιοί υποστηρίζουν ότι το βάρος για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης θα πρέπει να πέσει στις μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες μέσω της μείωσης του περιθωρίου κέρδους τους.

Επιπλέον, τα μεγαλύτερα προβλήματα των παραγωγικών μονάδων εντοπίζονται στον μικρό αριθμό τους, σε σχέση με αυτό που μπορεί να επιτύχει ως απόδοση η χώρα και στο μικρό μερίδιο επί της συνολικής αγοράς που καταλαμβάνουν σήμερα τα εγχωρίως παραγόμενα ή/και συσκευαζόμενα φάρμακα, λαμβάνοντας υπ' όψη τις δυνατότητες του κλάδου. Απειλή επίσης μπορεί να αποτελέσει μία τυφλή πολιτική μείωσης τιμών γενοσήμων ή απελευθέρωσης τιμών σε επίπεδα που να μην μπορούν να ανταγωνιστούν οι εγχώριες παραγωγικές μονάδες με συνέπεια να προκληθεί ανεργία και βιομηχανική αποδυνάμωση της χώρας.

Οι εισαγωγείς (κυρίως πολυεθνικές εταιρείες) είναι διαχρονικά από τη δεκαετία του '90 και μετά οι μεγάλοι ευνοημένοι στο χώρο του φαρμάκου, με όλες τις αρνητικές συνέπειες που συνεπάγεται αυτό για την εθνική οικονομία (πίεση για αύξηση δαπάνης), την απασχόληση (μειωμένη απασχόληση λόγω εξωχώριας παραγωγής) και την καταλληλότητα χάραξης φαρμακευτικής πολιτικής στη χώρα (ισχυρή πολιτική επιρροή).

Οι φαρμακαποθήκες υποφέρουν από τα πολύ μικρά ποσοστά κέρδους –από τα μικρότερα πανευρωπαϊκά– και τον αποκλεισμό τους από τη διανομή μερίδας φαρμάκων (Φαρμάκων Υψηλού Κόστους – ΦΥΚ), κάτι που πλήττει σημαντικά τις προοπτικές επιβίωσής τους και καθιστά τη, νόμιμη πλην κοινωνικά επιζήμια, πρακτική των παράλληλων εξαγωγών ως διέξοδο αναζήτησης ρευστότητας, σε βάρος της επάρκειας φαρμάκων για τον εγχώριο πληθυσμό.

Εκφράζεται η άποψη ότι τα φαρμακεία αποτελούν τον μεγάλο χαμένο των μεταρρυθμίσεων από το 2010 και μετά, ενώ συμβάλλουν σημαντικά στην απασχόληση στο χώρο του φαρμάκου. Σήμερα πάσχουν από: (α) τη σοβαρή μείωση του ποσοστού κέρδους τους στο 15%, το δεύτερο μικρότερο ποσοστό κέρδους πανευρωπαϊκά μετά εκείνου της Ρουμανίας και σαφώς χαμηλότερο του ευρωπαϊκού μέσου όρου, και (β) τη βίαιη κατάργηση μίας σειράς ρυθμίσεων στη λειτουργία τους (ελάχιστες αποστάσεις, ωράριο λειτουργίας, προστασία από συν-λειτουργία με καταστήματα άλλων δραστηριοτήτων, μονο-ιδιοκτησία) που ωστόσο ισχύουν σχεδόν σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Επιπλέον, ανώτατα δικαστικά όργανα (Σ.τ.Ε. και Α.Ε.Δ.) έχουν αποφανθεί αρνητικά για την κατάργηση της τήρησης ελαχίστων αποστάσεων μεταξύ φαρμακείων.

Οι παραπάνω μεταρρυθμίσεις ασκούν πίεση στον κλάδο για ανησυχητική συγκεντροποίηση με σοβαρές συνέπειες για την απασχόληση σε αυτόν, για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη δεοντολογική προσήλωση των

φαρμακοποιών άρα και την προστασία της δημόσιας υγείας, την κατάλληλη διασπορά των φαρμακείων στην επικράτεια. Πιο συγκεκριμένα οι απαντήσεις εστιάζονται στις παρακάτω «πιέσεις-απειλές»: (α) την άναρχη σήμερα δραστηριοποίηση του χώρου των e-pharmacy που απειλεί την ποιότητα των υπηρεσιών, αφήνει διόδους για διακίνηση επικίνδυνων σκευασμάτων, και έτσι απειλεί τη δημόσια υγεία, (β) τον αποκλεισμό των φαρμακείων, στην πράξη, από τη χορήγηση μίας μεγάλης μερίδας φαρμάκων (ΦΥΚ), κάτι που υποβαθμίζει περαιτέρω την προσβασιμότητα των ασθενών στο απαραίτητο φάρμακο, και (γ) την απώλεια υγειονομικής ύλης (βρεφικές φόρμουλες 1ης παιδικής ηλικίας, συμπληρώματα διατροφής) παρά τις αντίθετες αποφάσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας και στις δύο περιπτώσεις, αλλά και τις προειδοποιήσεις διεθνών επιστημονικών φορέων.

(γ) Προβλήματα στην τιμολόγηση των φαρμάκων

Περαιτέρω, οι ερωτώμενοι φαρμακοποιοί αναφέρθηκαν σε σημαντικά προβλήματα τόσο στην αδειοδότηση όσο και στην τιμολόγηση των φαρμάκων, κατά την τελευταία δεκαετία. Η αδειοδότηση γινόταν με αδιαφανή κριτήρια, δίχως ο ΕΟΦ να κάνει ουσιαστικό έλεγχο, λόγω της συρρίκνωσής του.¹⁴² Από την άλλη μεριά, η τιμολόγηση ήταν σε μεγάλο βαθμό ανεξέλεγκτη λόγω της διαπλοκής, με αποτέλεσμα οι τιμές ορισμένων φαρμάκων να είναι υπερβολικά υψηλές, κατόπιν συνεννόησης των εκάστοτε υπουργών υγείας με τους εκπροσώπους των φαρμακοβιομηχανιών. Επιπλέον, η υπερβολικά υψηλή τιμολόγηση καινούριων φαρμάκων συνοδεύτηκε από την απαξίωση κλασικών φαρμάκων, με αποτέλεσμα οι προμηθευτές να τα αποσύρουν από την αγορά λόγω μη εξορθολογισμού των τιμών τους.

Τα προβλήματα σχετικά με τον τιμολογιακό καθορισμό στο χώρο του φαρμάκου περιλαμβάνουν, επίσης, την καθυστέρηση στην έκδοση δελτίων τιμών, με συνέπεια τις αργές αναπροσαρμογές των τιμών των φαρμάκων, τη διατήρηση υψηλών τιμών στα γενόσημα κ.ο.κ. Οι απόψεις των ερωτώμενων δίστανται για την ανάληψη της αρμοδιότητας καθορισμού των τιμών από το Υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΦ. Παρ' όλα αυτά, όλοι αναγνωρίζουν ότι δεν παίζει ρόλο ποιος έχει

142. Η έλλειψη υποδομών ελέγχου της ποιότητας και της βιοϊσοδυναμίας του φαρμάκου αναγκάζει την πολιτεία να δέχεται την πιστοποίηση από όπου και αν αυτή προέρχεται.

αναλάβει την ευθύνη για τον καθορισμό των τιμών, υπό την έννοια ότι όποιος και να είναι υπεύθυνος θα μειώσει τις τιμές των φαρμάκων, όπως ακριβώς υπαγορεύει η Τρόικα.

Τα επανειλημμένα λάθη στον καθορισμό των τιμών πολλών φαρμάκων αποδίδονται στον τρόπο λήψης των αποφάσεων, με κριτήριο μόνο το εμπορικό κέρδος. Επιπλέον, τα λάθη σχετίζονται με την κακή οργάνωση των φορέων καθορισμού των τιμών και την ελλιπή γνώση του αντικειμένου από το στελεχικό δυναμικό. Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το ότι, όταν κάποιο φάρμακο λάβει μια «λάθος» τιμή, απλά η εταιρεία παύει να το στέλνει στις αποθήκες, έως ότου ανέβει πάλι η τιμή του στα επιθυμητά επίπεδα. Έτσι, δημιουργείται μια τεχνητή έλλειψη, καθώς οι αποθήκες δεν βρίσκουν πια τα φάρμακα αυτά και, κατά συνέπεια, και τα φαρμακεία.

Ειδικότερα, η «δυναμική τιμολόγηση» των φαρμάκων¹⁴³ έχει προκαλέσει τριγμούς στην εγχώρια παραγωγή γενόσημων φαρμάκων. Υποστηρίζεται ότι η πρακτική αυτή αποτελεί μια απόπειρα να πληγούν τα εγχώρια γενόσημα, προκειμένου να εισαχθούν γενόσημα αμφιβόλου ποιότητας από τρίτες χώρες. Η αντιμετώπιση των ανισορροπιών που προκαλούν οι διαφορετικές τιμές των γενόσημων στην αγορά του φαρμάκου μπορεί να γίνει μέσα από την καθιέρωση ενιαίας τιμής για γενόσημα φάρμακα που έχουν την ίδια βιοϊσοδυναμικότητα. Όσον αφορά την ποιότητα των γενόσημων φαρμάκων, ορισμένοι ερωτώμενοι φαρμακοποιοί εγείρουν αρκετές ενστάσεις ως προς τις προδιαγραφές παραγωγής των επιχειρήσεων –ιδιαίτερα αυτών που δραστηριοποιούνται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου–, αλλά και ως προς το σύστημα ελέγχου της ποιότητας των γενόσημων φαρμάκων από τον ΕΟΦ, ο οποίος, όπως επισημαίνεται, αδυνατεί να θωρακίσει τη δημόσια υγεία.

Αν και οι τιμές των φαρμάκων με μεγάλη κυκλοφορία στην ελληνική αγορά είναι από τις χαμηλότερες πανευρωπαϊκά, παρατηρείται μία διογκούμενη νοσηρή κατάσταση υποκατάστασης παλαιότερων φαρμάκων από νεότερα χωρίς δι-

143. Δηλαδή η εφαρμογή του συστήματος όπου μόνο τα πρώτα τρία γενόσημα που θα κυκλοφορήσουν αμέσως μετά τη λήξη της προστασίας του πρωτότυπου φαρμάκου θα παίρνουν την τιμή που ισχύει κατά την ημέρα κυκλοφορίας τους, ενώ τα επόμενα τρία που θα κυκλοφορήσουν, θα λάβουν τιμή κατά 10% μικρότερη, ενώ επιπλέον μείωση επίσης 10% θα έχει η τιμή της επόμενης τριάδας κ.ο.κ.

καιολογημένη κλινική υπεραξία λόγω απουσίας κριτηρίων κόστους / αποτελέσματος στην κοστολόγηση. Αυτό έχει ως συνέπεια να κατασπαταλούνται απαραίτητοι πόροι και έτσι να μειώνεται σημαντικά η όποια οικονομική ωφέλεια προκύπτει από άλλες πολιτικές εξορθολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως μεταξύ άλλων και η διείσδυση γενοσήμων.

Επιπλέον, οι ερωτώμενοι επισημαίνουν ότι πρέπει να μειωθούν οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων όταν χάνουν την πατέντα τους στα επίπεδα των τιμών που διατίθενται τα γενόσημα, κάτι που σήμερα δεν ισχύει. Ακόμη πρέπει να διατηρηθεί η ενιαία τιμή στα γενόσημα και να αποφευχθεί με κάθε τρόπο η απελευθέρωση της τιμής τους, ώστε να προστατευθεί η Πολιτεία από τα αναπόφευκτα φαινόμενα συγκεντροποίησης μέσω εκμετάλλευσης δεσποζουσών θέσεων στην οποία θα προβούν μεγάλες πολυεθνικές εταιρείες γενοσήμων, όπως είναι φυσικό να συμβεί σε ένα καθεστώς πλήρους απελευθέρωσης. Επίσης, τονίζεται ότι πρέπει να γίνει ακόμη αυστηρότερη η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και να δοθούν κίνητρα στους φαρμακοποιούς να χορηγούν γενόσημα, όπως για παράδειγμα η αύξηση περιθωρίων κέρδους στα γενόσημα με τίμημα εξώθηση για μικρότερους τζίρους ανά φαρμακείο που είναι μία αμφοτεροβαρώς συμφέρουσα κατάσταση με όλους νικητές και χωρίς χαμένους. Η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία θωρακίζει την Πολιτεία από τον κίνδυνο προκλητής ζήτησης. Εξάλλου οι φαρμακοποιοί δεν μπορούν να προκαλέσουν ζήτηση αφού δεν συνταγογραφούν αλλά οι γιατροί μπορούν και έτσι πρέπει να απαγορεύεται σε αυτούς να επιλέγουν μάρκα και να επιτρέπεται μόνο να επιλέγουν φάρμακο (δηλαδή, δραστική ουσία). Ακόμη τονίζεται ότι πρέπει να συνταχθούν Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης, βάσει των Συστάσεων του WHO και ανεξάρτητα από τα λεγόμενα των φαρμακευτικών εταιρειών ως κατευθυντήριες συστάσεις προς τους γιατρούς ώστε να αποφευχθεί η χρήση φαρμάκων εκτός ενδείξεων και να παταχθεί το νοσηρό φαινόμενο της εμπορικής υποκατάστασης (αντικατάσταση φαρμάκου με παρόμοιο που είναι όμως ακριβότερο). Τέλος, πρέπει να αυστηροποιηθεί σημαντικά η αδειοδότηση γενοσήμων ώστε να εξασφαλιστεί ότι αυτά που κυκλοφορούν νόμιμα στην Ελλάδα προσφέρουν ακριβώς αυτό που λένε, ως προς την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια.

Οι ερωτώμενοι φαρμακοποιοί τονίζουν εμφατικά ότι η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία αποτελεί διεθνώς το μοναδικό επιστημονικά και φαρμακο-οικονομικά κατάλληλο τρόπο χορήγησης φαρμάκων στον ασθενή. Η συ-

νταγογράφηση με βάση εμπορικές μάρκες: (α) προκαλεί αδικαιολόγητη πρόσθετη δαπάνη, (β) νοθεύει τη δεοντολογική ακεραιότητα των γιατρών καθιστώντας τους περισσότερο ευάλωτους στις εταιρείες που θέλουν να χειραγωγούν την επιλογή φαρμάκων για κερδοσκοπικούς σκοπούς, (γ) προκαλεί σύγχυση στους ασθενείς (οι εμπορικές μάρκες είναι πολλαπλάσιες των φαρμάκων σε πλήθος αφού ένα φάρμακο μπορεί να βρίσκεται σε περισσότερες της μίας εμπορικές μάρκες εν αγνοία του ασθενούς) και κατ' επέκταση αδικαιολόγητη ταλαιπωρία στην εύρεση του φαρμάκου (υποβάθμιση της πρόσβασης), (δ) πιέζει οικονομικώς τα φαρμακεία υποχρεώνοντάς τα να διαθέτουν πολύ περισσότερους πόρους για αποθεματοποίηση κουτιών φαρμάκων προς άμεση διάθεση, από αυτούς που αληθινά χρειάζονται, και (ε) παρεμποδίζει τη διασυνοριακή χορήγηση φαρμάκων και την ενιαιοποίηση των κανόνων χορήγησης. Η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία απαλείφει όλες τις παραπάνω αναχρονιστικές παθογένειες και προσφέρει καλύτερης ποιότητας φαρμακοθεραπεία και μάλιστα με πολύ χαμηλότερη δαπάνη. Όπως επισημαίνει ένας ερωτώμενος, δεν μπορεί ένα σύγχρονο σύστημα υγείας να λειτουργήσει αποτελεσματικά χωρίς συνταγογράφηση με δραστική ουσία.

Όσον αφορά τις παράλληλες εξαγωγές, για τις οποίες έγινε αναφορά προηγουμένως, οι ερωτώμενοι εκτιμούν ότι αυτές σημείωσαν δραστική αύξηση κατά ποσοστό της τάξης του 10-20% λόγω του λαθεμένου τρόπου τιμολόγησης και της συνεχιζόμενης μείωσης των τιμών, ακόμη και στα φθηνά φάρμακα. Οι εξαγωγές αυτές γίνονται κυρίως από θυγατρικές πολυεθνικών και φαρμακαποθήκες και εσχάτως από φαρμακεία, που διαπλέκονται λόγω των συνεχιζόμενων μειώσεων των τιμών των φαρμάκων. Τα λάθη τιμολόγησης, με απώτερο στόχο την απόσυρση των φθηνών φαρμάκων και την αντικατάστασή τους από ακριβά, οδηγούν σε καθυστερήσεις, ελλείψεις και αποσύρσεις φαρμάκων. Επιπλέον, ζημιώνονται περισσότερο τα ασφαλιστικά ταμεία και αυξάνεται η φαρμακευτική δαπάνη, ενώ δημιουργείται κλίμα σύγχυσης, αναξιοπιστίας και «φοβίας» στους ασθενείς.

Αναφορικά με την ανατιμολόγηση των φαρμάκων, οι ερωτώμενοι φαρμακοποιοί υποστηρίζουν ότι αυτή δεν θα πρέπει να γίνεται συχνά. Σε σταθερό περιβάλλον η ανατιμολόγηση θα πρέπει να ξεπερνά κατά πολύ τον ένα χρόνο, ενώ σε ασταθές περιβάλλον δικαιολογείται και μικρότερος χρόνος. Ένα χρονικό διάστημα κοντά στο έτος, πάντως, θεωρείται αποτελεσματικότερο, γιατί γίνεται έλεγ-

χος του στοκ και περιορισμός των απωλειών, καλύτερος προγραμματισμός παραγγελιών από αποθήκες και φαρμακεία και, κατά συνέπεια, περιορίζονται οι ελλείψεις φαρμάκων, με απτό όφελος για τους ασθενείς.

Η εισαγωγή των αποκαλούμενων «καινοτόμων» φαρμάκων συνιστά μια από τις σημαντικές αλλαγές στο χώρο του φαρμάκου. Λόγω του γεγονότος αυτού, η εγχώρια παραγωγή φαρμάκων αντιστοιχεί πλέον στο 18%-20% επί του συνόλου της παραγωγής, όταν κάποτε το φάρμακο της ελληνικής βιομηχανίας κατείχε το 70%-80% της αγοράς. Ουσιαστικά, το κράτος υποτιμούσε τα παλιά αποτελεσματικά φάρμακα σε υπερβολικό βαθμό και με μεγάλη συχνότητα, καθιστώντας ασύμφορη τη διακίνησή τους και οδηγώντας στην αντικατάστασή τους από νεότερα και ακριβότερα. Ωστόσο, ερωτώμενοι φαρμακοποιοί αναφέρουν ότι η πρακτική αυτή είχε ως βασικό στόχο το κέρδος και ελάχιστα εξυπηρέτησε την καινοτομία. Παρ' όλα αυτά, η Τρόικα καθυστερεί την αδειοδότηση των καινοτόμων φαρμάκων, καθώς επιθυμεί τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Οι επιπτώσεις στους ασθενείς μπορεί να είναι ολέθριες, καθώς οι πάσχοντες από σοβαρές νόσους πρέπει να λάβουν άμεσα τα φάρμακα αυτά. Οι μηχανισμοί που λειτουργούν στην αγορά των καινοτόμων φαρμάκων εξυπηρετούν την κερδοφορία, κάτι που συνεπάγεται, όμως, τον αποκλεισμό κάποιων ομάδων από την πρόσβαση στο κοινωνικό αγαθό της υγείας.

(ε) Απελευθέρωση τιμών και φαρμακευτική δαπάνη

Η απελευθέρωση τιμών στα φάρμακα (συνταγογραφούμενα ή μη) φέρνει αυξήσεις τιμών σε βάρος του πολίτη. Η απελευθέρωση διάθεσης φέρνει περαιτέρω αυξήσεις τιμών αλλά γεννά και σοβαρούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία. Στα φάρμακα (συνταγογραφούμενα ή μη), η αγορά είναι πολύ συγκεντροποιημένη: (α) ελάχιστες εταιρείες (παραγωγοί και Κάτοχοι Άδειας Κυκλοφορίας ΚΑΚ) ελέγχουν την πλειοψηφία της αγοράς σε μερίδια τεμαχίων, (β) οι εταιρείες (παραγωγοί και ΚΑΚ) αποτελούν μονοπώλια στη μεγάλη πλειοψηφία κινήσιμων φαρμάκων, μέσω πατεντών, και (γ) οι εταιρείες (παραγωγοί και ΚΑΚ) καρπώνονται θεσμικά τη μερίδα του λέοντος της συνολικής δαπάνης σε αυτά (σε λιανικές τιμές διάθεσης), και μάλιστα τα τελευταία χρόνια η μερίδα αυτή έχει ανησυχητικά αυξηθεί (από 63% το 2009 σε κοντά 70% και παραπάνω το 2014, μείον τις τυχόν κρατήσεις).

Συνεπώς, στα φάρμακα (συνταγογραφούμενα και μη) σε οικονομικούς όρους δεν υπάρχει υγιής αγορά ή υγιής ανταγωνισμός. Υπάρχει συγκεντροποίηση και

ολιγοπωλιακή εικόνα. Αυτή η κατάσταση παρατηρείται παντού διεθνώς, δηλ. δεν αποτελεί ελληνική μόνο ιδιαιτερότητα. Μία απελευθέρωση τιμών δεν θα λειτουργήσει σε περιβάλλον υγιούς ανταγωνισμού, με συνέπεια, όπως είναι φυσικό, να μην οδηγήσει σε μειώσεις τιμών αλλά σε αυξήσεις μακροπρόθεσμα, μέσω κατάχρησης δεσπόζουσας θέσης. Το παραπάνω το έχει ήδη επισημάνει τόσο η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας όσο και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Το ίδιο έχουν επίσης επισημάνει και διεθνείς εταιρείες επεξεργασίας δεδομένων πωλήσεων και συγκρίσεων στατιστικών στοιχείων φαρμάκων (για παράδειγμα η IMS Health, όπως επεσήμαναν ορισμένοι ερωτώμενοι).

Κατά συνέπεια, σε αμιγώς οικονομικούς όρους, η τυχόν απελευθέρωση της τιμής τους θα οδηγήσει σε αυξήσεις τιμών. Κάτι που άλλωστε έχει αποδειχθεί πέραν πάσης αμφιβολίας και με βάση συγκρίσεις τιμών μεταξύ χωρών που έχουν ρυθμισμένη τιμή και διάθεση φαρμάκων και χωρών που δεν έχουν. Άλλωστε αυτό το νοσηρό φαινόμενο εμπειρικά παρατηρήθηκε και στην Ελλάδα αμέσως μετά τη μερική απελευθέρωση στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΥ.ΣΥ.ΦΑ), που επιβλήθηκε την περασμένη άνοιξη (Ν. 4254/2014). Αποτέλεσε δε σκάνδαλο που δεν απασχόλησε τα ΜΜΕ (κάποια πολύ κινησίμα μη υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενα φάρμακα ακρίβυναν σε ποσοστά κοντά στο 30-40% σε ελάχιστες ημέρες μετά τη μερική απελευθέρωση) και εξέθεσε σοβαρά την τότε ηγεσία του Υπουργείου Ανάπτυξης και του Υπουργείου Υγείας που την επέβαλαν.

Η πλήρης απελευθέρωση της διάθεσής των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. θα επιτείνει το φαινόμενο αυτό (αύξηση τιμών). Συγχρόνως θα δημιουργήσει σοβαρούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία από κακή χρήση φαρμάκων, εφόσον τα πολυκαταστήματα και τα σούπερ-μάρκετ: (α) έχουν μακρύ βεβαρημένο ποινικό μητρώο με στρεβλώσεις του ανταγωνισμού και χειραγώγηση τιμών, και (β) εξωθούν σε επικίνδυνη υπερκατανάλωση (πολυφαρμακία) μέσω μεθόδων marketing, κάτι που απειλεί τη δημόσια υγεία σε σημαντικό βαθμό και μάλιστα σε σημείο ώστε σε κάποιες χώρες όπου είχε από παλιά απελευθερωθεί η διάθεσή τους να ξεετάζονται πλέον μέτρα επαναπεριορισμού της. Κατά συνέπεια, τόσο η απελευθέρωση στην τιμή των φαρμάκων (συνταγογραφούμενων και μη) όσο και η διάθεσή τους είναι καταστάσεις που πρέπει να αποφεύγονται με κάθε τρόπο και αυστηρότητα, κάτι για το οποίο άλλωστε έχουν κρούσει τον κώδωνα του κινδύνου διάφοροι φορείς εγχωρίως και διεθνώς.

Τα φάρμακα διαχρονικά υπερκοστολογούνται στην εργοστασιακή τους τιμή από τις φαρμακευτικές εταιρείες διεθνώς, άρα και εγχωρίως, τόσο σε σύγκριση με το κόστος παραγωγής τους όσο και σε σύγκριση με τα έξοδα έρευνας και ανάπτυξης που δίνονται για αυτά. Άλλη στρέβλωση που προκαλεί αδικαιολόγητη υπερκοστολόγηση φαρμάκων στην εργοστασιακή τιμή είναι η ύπαρξη αποκλειστικών δικαιωμάτων χρήσης για υπερβολικά μεγάλο χρονικό διάστημα (+15 έτη), κάτι που καθιστά την υπερπροστατευμένη αυτή αγορά μονοπωλιακή, και έτσι απολύτως αντι-ανταγωνιστική (με όρους υγιούς ανταγωνισμού).

Στον αντίποδα, οι υπόλοιποι απαραίτητοι κρίκοι της αλυσίδας του φαρμάκου μέχρι να φτάσει με ασφάλεια το φάρμακο στον ασθενή και να γίνει σωστή χρήση του (διανομείς-αποθήκες και φαρμακεία) υπαμείβονται δραματικά, δηλαδή εισπράττουν υπερβολικά χαμηλό μερίδιο από τη συνολική δαπάνη για φάρμακα για να καλύψουν τις ανάγκες επαρκούς λειτουργίας τους. Συνεπώς, όντως είναι πολύ πιθανό θεωρητικά να μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες σε φάρμακα του ελληνικού πληθυσμού με ένα ποσό του ύψους των 2 δισ. ευρώ, σε σημερινές τιμές, αλλά όχι έτσι όπως είναι διαρθρωμένη και οργανωμένη η αλυσίδα του φαρμάκου σήμερα. Στο σημερινό περιβάλλον κάτι τέτοιο θα σήμαινε πράγματι ανεπαρκή κάλυψη του πληθυσμού, δηλαδή αρνητικές συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού λόγω σοβαρής στρέβλωσης/ασυμμετρίας στην ανακατανομή των πόρων για φάρμακα, δηλαδή οικονομικής αδυναμίας να λειτουργήσουν επαρκώς η διανομή και η τελική χορήγηση φαρμάκων από τις αντίστοιχες δομές (αποθήκες, φαρμακεία).

Όσο για τη σύνδεση της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό επί του ΑΕΠ της χώρας (1% εν προκειμένω για την Ελλάδα βάσει μνημονιακής δέσμευσης), αυτή η σύνδεση αποτελεί μία παντελώς φαρμακο-οικονομικά παράλογη επιλογή, που προκαλεί σοβαρά προβλήματα ανεπαρκούς κάλυψης του πληθυσμού με φάρμακα. Τονίζεται δε από τους ερωτώμενους ότι σε σύγκριση με αυτό το «αυθαίρετα προσδιοριζόμενο πλαφόν» υπάρχουν καταλληλότεροι και ιδιαίτερα ικανοποιητικοί δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης του πόσο είναι επαρκές να δαπανά μια χώρα για φάρμακα χωρίς να προκαλείται ούτε σπατάλη ούτε αρνητικές συνέπειες στον πληθυσμό. Άλλωστε, όπως τονίζεται από ορισμένους ερωτώμενους, και στο ίδιο το πρωτότυπο κείμενο του Μνημονίου που πρωτοεισήγαγε θέμα σύνδεσης φαρμακευτικής δαπάνης και ΑΕΠ υπήρξε λαθροχειρία και νόθευση των αριθμητικών υπολογισμών του μέσου ευρωπαϊκού όρου σύνδεσης, κάτι

που ούτως ή άλλως καθιστά αναξιόπιστη και απορριπτέα τέτοιου είδους σύνδεση, ως νοθευμένη στη βασική τεκμηρίωση της φιλοσοφίας της (σε σύγκριση με άλλες χώρες).

10.3.7 Απειλές και προκλήσεις από τις εν εξελίξει μεταρρυθμίσεις στην αγορά φαρμάκου

Με το ξέσπασμα της κρίσης σοβαρό πρόβλημα στο χώρο της υγείας συνιστούν οι ελλείψεις σε φάρμακα, και ειδικά όταν αυτά είναι ανα αντικατάστατα, με συνέπεια να απειλείται η ίδια η ζωή των ασθενών. Οι ελλείψεις εντοπίζονται κυρίως στα φθηνά και μεσαίας τιμής φάρμακα λόγω εξαγωγών, αλλά και σε ακριβότερα που δεν έχουν πάρει την αιτούμενη τιμή και συνήθως αποσύρονται από τις πολυεθνικές εταιρείες. Καθημερινά παρατηρούνται ελλείψεις σε πάνω από 100 κωδικούς φαρμάκων, όπως για παράδειγμα: αντικαρκινικά, αντιψυχωσικά, νευρολογικά, αντιπηκτικά, αντιβιοτικά, αντιφλεγμονώδη, αντιπυρετικά κ.ά. Οι κατηγορίες αυτές φαρμάκων εκτιμάται ότι θα εμφανίσουν τις μεγαλύτερες ελλείψεις στο άμεσο μέλλον. Από την ημέρα που εκδηλώθηκε η κρίση, στο χώρο του φαρμάκου γίνεται ένας καθημερινός αγώνας από τα φαρμακεία, τις φαρμακαποθήκες και τις φαρμακευτικές εταιρείες για την ανεύρεση φαρμάκων, τα οποία κρίνονται απαραίτητα για την υγεία των ασθενών. Ωστόσο, η «αντικειμενική» κοστολόγηση που ακολουθείται μοιραία θα οδηγήσει στην έλλειψη ορισμένων εξ αυτών, αφού θα είναι ασύμφορη η «αγορά» για τις φαρμακευτικές εταιρείες. Επιπλέον, η διάθεση ακριβών φαρμάκων για σοβαρές παθήσεις από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων δημιούργησε σωρεία προβλημάτων στους ασθενείς, όπως: ελλείψεις, λίστες αναμονής και ταλαιπωρία («*τριτοκοσμικές συνθήκες*» όπως αναφέρουν οι ερωτώμενοι).

Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα είναι η ανεπαρκής χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να μην καλύπτονται επαρκώς και να υπάρχουν μεγάλες καθυστερήσεις στις πληρωμές των φαρμακείων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το γεγονός αυτό γεννά προβλήματα, καθώς οι φαρμακοποιοί αγοράζουν και προπληρώνουν τα φάρμακα την ίδια στιγμή που εισπράττουν «κουρεμένα» τιμολόγια μετά από αρκετούς μήνες. Επιπλέον, οι φαρμακοποιοί προπληρώνουν την εφορία, καθώς φορολογούνται για εισοδήματα που δεν έχουν εισπράξει, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο δύσκολη την επιβίωση των φαρμακείων τους.

Ο κίνδυνος του «λουκέτου» είναι πολύ πιθανός για αρκετούς δρώντες στην αγορά του φαρμάκου. Ορισμένες πολυεθνικές επιχειρήσεις μπορεί να κλείσουν λόγω μειωμένου ενδιαφέροντος, φαρμακαποθήκες λόγω αυξημένων χρεών των πελατών τους και φαρμακεία λόγω μεγάλων καθυστερήσεων πληρωμών, επανειλημμένων μειώσεων τιμών και ποσοστού κέρδους, και χρεών προς τις φαρμακαποθήκες και την εφορία. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ερωτώμενων, 15-20 φαρμακαποθήκες είχαν κλείσει μέχρι τις αρχές του 2013, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κώλυμα στην προμήθεια φαρμάκων, καθώς τα φαρμακεία αναζητούν εναγωνίως φαρμακαποθήκες και προσπαθούν να επιβιώσουν με άσχημη πιστωτική πολιτική. Επιπλέον, οι ερωτώμενοι αναφέρουν ότι τα φαρμακεία που έχουν κλείσει είναι λίγα μέχρι στιγμής, αλλά κινδυνεύουν να κλείσουν πολλά περισσότερα. Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας έρευνας του Πάνελ Φαρμακευτικού Συλλόγου, το 37-39% των φαρμακείων πανελλαδικά ήταν ήδη στο «κόκκινο» το 2013 και απειλούνταν από τον κίνδυνο «λουκέτου».

Οι κύριοι παράγοντες που έχουν δημιουργήσει τη ρευστή αυτή κατάσταση μπορούν να συνοψισθούν ως εξής: ελλείψεις φαρμάκων, καθυστερήσεις πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία, έλλειψη ρευστότητας των καταναλωτών, αύξηση του αριθμού των φαρμακείων, μείωση του ποσοστού κέρδους, υπερφορολόγηση, υποτιμήσεις φαρμάκων με συνακόλουθη οικονομική ζημία, κακή πιστωτική πολιτική από πολυεθνικές εταιρείες, απώλεια επαγγελματικής ύλης (π.χ. βρεφικό γάλα και συμπληρώματα διατροφής) κ.ά. Η κατάσταση αυτή εκτιμάται, μάλιστα, ότι θα επιδεινωθεί περισσότερο, διότι με την αύξηση της ανεργίας και τη μείωση των εισοδημάτων μειώνονται τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων, κάτι που συνεπάγεται αδυναμία εξόφλησης δαπανών και «ασφυξία» στο «κύκλωμα φαρμάκου».

Επιπλέον, τονίζεται ότι τα φαρμακεία έχουν υποστεί κούρεμα «rebate», το όποιο, μάλιστα, είχε και αναδρομική ισχύ για το έτος 2012. Σημαντικό είναι και το γεγονός ότι συχνά τα φαρμακεία «δανείζουν τα φάρμακα στους ασφαλισμένους», χωρίς αυτοί να τα πληρώσουν μέχρι να προσκομίσουν τη συνταγή από το γιατρό. Το φαρμακείο, όμως, πρέπει να προπληρώσει τα φάρμακα αυτά και, μάλιστα, να περιμένει πολλούς μήνες μέχρι να εισπράξει τα χρήματα από το κράτος. Όπως επεσήμανε ένας φαρμακοποιός:

«Καμία άλλη ειδικότητα στο χώρο της υγείας δεν δανείζει κάτι στους

ασφαλισμένους, αλλά, αντίθετα, απαιτεί προπληρωμή ή και «φακελάκι» για να τους εξυπηρετήσει».

Αναφορικά με το διευρυμένο ωράριο, οι φαρμακοποιοί το αντιμετωπίζουν ως «δούρειο ίππο» για τη διάσπαση του κλάδου. Σε συνθήκες οικονομικής ανέχειας, οι κυβερνώντες δημιουργούν κλίμα διχασμού για να περάσουν τα υπόλοιπα μέτρα. Ειδικότερα, το διευρυμένο ωράριο ευνοεί τα μεγάλα και εξοντώνει τα μικρά φαρμακεία, ενώ στοχεύει σε εξυπηρέτηση από υπαλλήλους και όχι από το φαρμακοποιοί. Επιπλέον, το διευρυμένο ωράριο δεν έχει νόημα από τη στιγμή που επαρκούν τα εφημερεύοντα και διανυκτερεύοντα φαρμακεία. Πράγματι, υπάρχουν φαρμακεία που λειτουργούν με το διευρυμένο ωράριο, με αποτέλεσμα το ένα να παρασύρει το άλλο λόγω ανταγωνισμού και να δημιουργείται μια άνευ προηγουμένου σύγχυση στα εφημερεύοντα και τα διανυκτερεύοντα φαρμακεία. Ωστόσο, τα περισσότερα από αυτά τα φαρμακεία λειτουργούν στο κέντρο των πόλεων και, κυρίως, ως εμπορικά καταστήματα πώλησης καλλυντικών και όχι ως φαρμακεία. Όσον αφορά το μέτρο που προτείνει ο ΦΣΑ για το ωράριο εφημεριών των φαρμακείων, αυτό αποσκοπεί στο να ανακόψει τον καιροσκοπισμό ορισμένων και να προστατεύσει την πλειοψηφία των φαρμακοποιών από τον αθέμιτο ανταγωνισμό. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας ερωτώμενος:

«η κοινωνία της αγοράς είναι η κοινωνία της ζούγκλας και του κοινωνικού αυτοματισμού».

Περαιτέρω, ερωτώμενοι για το μέτρο της ασφαλιστικής τιμής του φαρμάκου, οι φαρμακοποιοί απαντούν ότι οι ασφαλισμένοι δεν θα έχουν εύκολη πρόσβαση σε ακριβά φάρμακα, καθώς σε ορισμένα από αυτά, η ασφαλιστική τιμή έχει θεσπιστεί πολύ πιο κάτω από τη λιανική τιμή, με αποτέλεσμα το πληρωτέο ποσό από «την τσέπη» του ασθενούς να είναι ιδιαίτερα αυξημένο. Η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στα φάρμακα μέσω της θέσπισης του λογιστικού τρικ που ονομάζεται «ασφαλιστική τιμή» είναι απλώς ένας υπόγειος τρόπος να φανεί ότι δήθεν μειώνεται περαιτέρω η δαπάνη χωρίς αυτό να συμβαίνει, αφού στην ουσία μετακυλιεται μέρος της, ως επιπλέον κόστος, στις τσέπες των ασφαλισμένων. Το παραπάνω αποτελεί απόρροια της αψυχολόγητης ιδεολογίας ότι:

«ο κόσμος πλήρωνε λίγα για το φάρμακο»,

Κάτι που, όπως επεσήμανε ένας ερωτώμενος, είναι αναληθές:

«αφού ο κόσμος δεν πληρώνει για φάρμακα πρώτη φορά την ώρα που πληρώνει τη συμμετοχή του στο φαρμακείο, εφόσον έχει ήδη πληρώσει τα φάρμακά του και με το παραπάνω με τις εκατοντάδες ασφαλιστικές εισφορές που πλήρωνε για δεκαετίες ως εργαζόμενος και έχουν αποθεματοποιηθεί ως προ-πληρωμή υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Και φυσικά εφόσον οι σταθερότερες και πιο εξελιγμένες ανθρώπινες κοινωνίες λειτουργούν με γνώμονα τον κανόνα της αναδιανομής και της καθολικής αλληλεγγύης πάνω στη βάση των Θεμελιωδών Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, ένα από αυτά είναι και η πρόσβαση στο απαραίτητο φάρμακο χωρίς φυλετικά, εισοδηματικά, θρησκευτικά και άλλα κριτήρια, γενικώς χωρίς καμία απολύτως προϋπόθεση».

Οι ερωτώμενοι φαρμακοποιοί αναγνωρίζουν ότι οι μεγάλοι χαμένοι της αναδιάρθρωσης είναι οι ασθενείς. Ασφαλώς, ο ασθενής πρέπει να συμμετέχει στην δαπάνη για να μην απαξιώνει ή να μην εκμεταλλεύεται δικαιώματα, που απορρέουν από την κοινωνική ιδιότητα του πολίτη. Όπως ανέφερε ένας ερωτώμενος:

«Η συμμετοχή του ασθενή, όμως, πρέπει να εξαρτάται από την πάθησή του και από τις οικονομικές του δυνατότητες και δεν πρέπει να ξεπερνά το 20-25%, ποσοστό πέραν του οποίου μπορεί να υπάρξει κερδοσκοπία. Στην πράξη, όμως, το ύψος της συμμετοχής αυξάνεται ολοένα και περισσότερο με διάφορα τεχνάσματα, υπερβαίνοντας ακόμη και το 50%. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με τους δεδομένους μισθούς και τις συντάξεις, που χαρακτηρίζουν την ελληνική κοινωνία την εποχή της κρίσης, δεν μπορούν να ανταποκριθούν».

Η μείωση του ποσοστού κέρδους φαρμακαποθηκών και φαρμακείων δεν μειώνει τις τιμές των φαρμάκων και κατ' επέκταση δεν έχει επίδραση ούτε επί της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων για φάρμακα. Κατά τη διατύπωση ορισμένων ερωτώμενων, αυτή η μείωση είναι «φαρμακο-οικονομικά άγονη», δηλαδή δεν προσφέρει απολύτως τίποτα ούτε υπέρ του Ασφαλιστικού Συστήματος ούτε υπέρ της τσέπης του ασφαλισμένου. Έχει όμως σοβαρές παρενέργειες σε εθνικό επίπεδο εφόσον αυξάνει το ποσοστιαίο μερίδιο επί της τελικής τιμής που καρπώνονται οι εταιρείες σε βάρος φαρμακαποθηκών και φαρμακείων, με συνέπεια

αυτά τα τελευταία να συμπιέζονται οικονομικά και έτσι να δυσκολεύονται να καλύψουν τα πάγια έξοδά τους και να συνεχίσουν να είναι λειτουργικά. Τέτοια πάγια έξοδα που πληρώνονται από το ποσοστό κέρδους είναι π.χ. η μισθοδοσία των φαρμακείων, τα οποία αποτελούν ταυτόχρονα και τον μεγαλύτερο εργοδότη στο χώρο του φαρμάκου (κοντά στο 60% του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στο χώρο του φαρμάκου από την παραγωγή μέχρι την τελική χορήγηση στον ασθενή μισθοδοτείται από τα φαρμακεία).

10.3.8 Οι απόψεις των εκπρόσωπων συνδικαλιστικών / επιστημονικών φορέων

Οι εκπρόσωποι συνδικαλιστικών/επιστημονικών φορέων αναφέρουν ότι κατά καιρούς συμμετέχουν σε συσκέψεις με υπηρεσιακούς παράγοντες του Υπουργείου ή και με τον ίδιο Υπουργό, για θέματα υγείας. Ωστόσο, τονίζουν με έμφαση ότι οι προτάσεις που διατυπώνουν δεν λαμβάνονται σχεδόν ποτέ υπόψη από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας. Από την άλλη μεριά, μια μικρή μερίδα ερωτώμενων γιατρών ασκεί έντονη κριτική στους συνδικαλιστικούς φορείς και, ιδιαίτερα, ότι εξυπηρετούν συμφέροντα αμιγώς συντεχνιακού χαρακτήρα. Παρομοίως, οι απόψεις δίστανται για τη δυνατότητα παρέμβασης των ιατρικών φορέων και συλλόγων, καθώς αντιμετωπίζονται ως «ευνουχισμένοι» από τους εκάστοτε κυβερνώντες. Υποστηρίζεται ότι θα πρέπει να αλλάξει το νομοθετικό πλαίσιο, προκειμένου η αποδοχή και η εφαρμογή των εισηγήσεων-προτάσεων των δευτεροβάθμιων φορέων (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος [ΠΙΣ], Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος [ΠΦΣ]) να καταστούν δεσμευτικές από τη μεριά της πολιτείας. Αντίθετα, με έντονα κριτική διάθεση, ένας ερωτώμενος ιατρός ισχυρίζεται ότι:

«ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών αποτελεί άχρηστο όργανο, που ουδέποτε δικαιολόγησε την επιστημονική του υπόσταση, ενώ αποτελεί πεδίο για την προώθηση αποκλειστικά και μόνο προσωπικών φιλοδοξιών».

Από την άλλη μεριά, οι ιδιοκτήτες και γιατροί διαγνωστικών κέντρων υποστηρίζουν ότι οι συμβάσεις που πρόκειται να υπογραφούν με τον ΕΟΠΥΥ θα βοηθήσουν σημαντικά την ΠΦΥ. Οι μειώσεις στην κρατική διατίμηση της αποζημίωσης ιατρικών πράξεων από τον ΕΟΠΥΥ θα περιορίσουν τις πολύπλευρες εξετάσεις και τις «πολυτελείς» δαπάνες. Η οικονομική κρίση δεν έχει πλήξει ιδιαίτερα τα διαγνωστικά κέντρα, ενώ δεν εκτιμώνται προβλήματα στη λειτουργία

τους και κλείσιμο κέντρων στο άμεσο μέλλον. Τέλος, οι ερωτώμενοι υποστηρίζουν ότι το πληροφοριακό σύστημα του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ αποτελεσματικό, ενώ θετικής αντιμετώπισης τυγχάνει το «κούρεμα» των οφειλόμενων στα διαγνωστικά κέντρα από τον ΕΟΠΥΥ.

Ορισμένοι ερωτώμενοι διαβλέπουν ένα «παράθυρο ευκαιρίας» μέσα από την κρίση για την αντιμετώπιση χρόνιων δυσκαμψιών και αναποτελεσματικών πρακτικών που χαρακτηρίζουν το δημόσιο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η κρίση θα αποτελέσει αφορμή για ουσιαστική μεταρρύθμιση που θα ενισχύσει τον αποτελεσματικό έλεγχο των δαπανών υγείας. Απέναντι στην άποψη αυτή στέκονται κριτικά αρκετοί γιατροί, οι οποίοι αναφέρουν ότι τα συνοδευτικά φαινόμενα της κρίσης στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας περιλαμβάνουν τη μείωση των δαπανών, την ένταση της ιδιωτικοποίησης, την αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών, το χαμηλά αμειβόμενο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, τις ευέλικτες σχέσεις εργασίας (επικουρικοί, μπλοκάκια κ.λπ.).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια ερωτώμενη γιατρός:

«το καπιταλιστικό σύστημα χρειάζεται κερδοφόρα πεδία επενδύσεων του κοινωνικού πλεονάσματος και ο τομέας της υγείας αποτελεί φιλέτο».

Εδώ και δεκαετίες, η υγεία αποτελεί πεδίο κερδοφορίας για τους επιχειρηματίες που δραστηριοποιούνται στον κλάδο υγείας. Τα τελευταία χρόνια, όμως, η επιχειρηματική λογική έχει διεισδύσει εντός του δημόσιου νοσοκομείου, όπως, για παράδειγμα, μέσω της διαδικασίας της αυτοχρηματοδότησης. Υποστηρίζεται ότι πρόκειται για ένα σχέδιο για τη δημιουργία νοσοκομείων, που θα λειτουργούν ως αυτοχρηματοδοτούμενες επιχειρηματικές μονάδες με ασθενείς-πελάτες, ενώ τα νοσοκομεία που δεν θα αντέξουν στον ανταγωνισμό θα οδηγηθούν σε κλείσιμο. Το σχέδιο αυτό θεωρείται επιταγή της Τρόικας, η οποία ωστόσο θα δυσκολέψει ακόμη περισσότερο τη δυνατότητα για παροχές υγείας υψηλού επιπέδου για το σύνολο του πληθυσμού.

Επιπλέον, ορισμένοι ερωτώμενοι γιατροί έχουν αρνητική στάση απέναντι στο καθεστώς μονιμότητας που διέπει τις σχέσεις εργασίας των δημοσίων υπαλλήλων με το ΕΣΥ. Σύμφωνα δε με την άποψη ενός εξ αυτών:

«η μονιμότητα συντελεί στη δημιουργία φέουδων, στα οποία ισχύει ο νόμος του διευθυντή ή του προϊστάμενου».

Οι υποστηρικτές της άποψης αυτής ζητούν την άρση της μονιμότητας για την πάταξη φαινομένων τέτοιου είδους. Αρκετοί ερωτώμενοι υποστηρίζουν, ακόμη, τη συμμετοχή σε φάρμακα, εξετάσεις και περίθαλψη, ανάλογα με τις εισφορές και το εισόδημα των ατόμων, μέτρα που δεν τυγχάνουν, όμως, καθολικής αποδοχής από τους ερωτώμενους γιατρούς. Όπως σχολιάζει μια γιατρός:

«τα μέτρα αυτά είναι άδικο γιατί εισάγουν το διαχωρισμό και τη διακριτική μεταχείριση μεταξύ των ασθενών».

Απέναντι στη λογική της αποδόμησης, ορισμένοι γιατροί προβάλλουν την ανάγκη για μια μεταρρύθμιση που θα αποβλέπει στον εξορθολογισμό του ΕΣΥ. Ειδικότερα, η μεταρρύθμιση προτείνεται να στραφεί στην ενίσχυση της ευελιξίας των νοσοκομείων σε ό,τι αφορά την ταχύτερη διευθέτηση των περιστατικών, την ανακατανομή του προσωπικού και τη διενέργεια προσλήψεων για την κάλυψη των κενών, τη μείωση της υπερκοστολόγησης των φαρμάκων /αναλωσίμων, την ανάπτυξη της ΠΦΥ, τη διενέργεια ενιαίων προμηθειών και όχι ξεχωριστών διαγωνισμών σε κάθε νοσοκομείο κ.ο.κ. Ωστόσο, υπάρχουν σοβαρά εμπόδια για μια ουσιαστική μεταρρύθμιση που θα έχει ως στόχο να εξορθολογήσει το δημόσιο σύστημα υγείας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας γιατρός του ΕΣΥ:

«Όσο οι διοικήσεις των νοσοκομείων διορίζονται από την πολιτική ηγεσία και τη δεξαμενή των αποτυχόντων πολιτευτών, όσο οι μεταρρυθμίσεις δε λαμβάνουν υπόψη τους την οργάνωση συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσο η μηχανοργάνωση είναι για την Ελλάδα και το ΕΣΥ ένα μακρινό όνειρο, όσο δεν προχωρούν τα έργα των κεντροποιημένων ηλεκτρονικών προμηθειών, η υγεία θα παραμένει εξίσου αναποτελεσματική και δαπανηρή».

Μία από τις υλοποιούμενες μεταρρυθμίσεις αφορά στη συγχώνευση των νοσοκομείων ανά την επικράτεια. Ωστόσο, οι συγχωνεύσεις αυτές γίνονται δεκτές με αρνητικό τρόπο από την πλειονότητα των γιατρών, οι οποίοι θεωρούν ότι θα χειροτερεύσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των κλινών κ.ο.κ. Αντίθετα, άλλοι ερωτώμενοι θεω-

ρούν ότι η συγχώνευση των νοσοκομείων είναι προς τη σωστή κατεύθυνση (ορθή επιλογή), διότι θα διευκολύνει τη διοίκηση και διαχείριση των επιμέρους μονάδων.¹⁴⁴ Ωστόσο, η συγχώνευση αυτή θεωρείται ότι δε γίνεται με γνώμονα το σωστό υγειονομικό χάρτη, αλλά με στόχευση την περιστολή των δαπανών. Τα παραδείγματα των: Κιλκίς-Γουμένισσας, Βέροιας-Νάουσας, Έδεσσας-Γιαννιτσών, Νομού Ηλείας και Νομού Λασιθίου μαρτυρούν ότι θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη και άλλοι λόγοι για τη συγχώνευσή τους, όπως γεωγραφικοί και νοσηρότητα.

Μια κρίσιμη παράμετρος για τη μεταρρύθμιση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αφορά στη διαμόρφωση του υγειονομικού χάρτη της χώρας. Μολαταύτα, το σχέδιο αυτό προσκρούει σε σκοπιμότητες και προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας, που δεν ταυτίζονται πλήρως με την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Η απόπειρα αυτή προϋποθέτει τη διάθεση κονδυλίων, η οποία θεωρείται απίθανη, δεδομένων των οικονομικών συνθηκών της χώρας την εποχή της κρίσης. Από την άλλη μεριά, η συγκρότηση ενός «Χάρτη Υγείας» συνεπάγεται πολιτικό κόστος, λόγω της σύγκρουσης με παγιωμένα συμφέροντα στο χώρο της υγείας.

Εξίσου «καυτό» ζήτημα είναι η και διαδικασία αξιολόγησης του ιατρικού δυναμικού και των νοσοκομείων. Αρκετοί γιατροί είναι υπέρμαχοι της αξιολόγησης, αλλά τονίζουν ότι αυτή δεν θα πρέπει να γίνεται με καταπιεστικό τρόπο. Υπ' αυτή την έννοια, σημασία έχει να υπάρχει το αίσθημα της ελευθερίας στο χώρο της εργασίας και να διασφαλίζεται πρωτίστως η εσωτερική πειθαρχία και δευτερευόντως η εξωτερική. Αντίθετα, για τους πολέμιους της αξιολόγησης, η τελευταία αποτελεί μοχλό για τη δημιουργία αυτοχρηματοδοτούμενων νοσοκομείων-επιχειρήσεων. Τέλος, ένα εύλογο ζήτημα που τίθεται από αρκετούς ερωτώμενους αφορά στο φορέα που θα αναλάβει την ευθύνη της αξιολόγησης, προκειμένου να ικανοποιεί τα κριτήρια της διαφάνειας και της αντικειμενικότητας.

Οι ερωτώμενοι, που είναι ενήμεροι για «ειδικές οικονομικές συμφωνίες» των διοικήσεων των νοσοκομείων με προμηθευτές, υποστηρίζουν ότι τα νοσοκομεία στα οποία εργάζονται οφείλουν μεγάλα ποσά εξαιτίας των συμφωνιών

144. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει συνεργασία του ΕΣΥ με τα στρατιωτικά νοσοκομεία που, κατά την άποψη κάποιων ερωτώμενων, συντελεί στην καλύτερη ιατρική περίθαλψη των πολιτών.

αυτών. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα μεγάλες εταιρείες να αρνούνται τις προμήθειες λόγω μη πληρωμών. Κατά συνέπεια, η μέθοδος αυτή κρίνεται αναποτελεσματική και ασύμφορη, ενώ υποστηρίζεται ότι εμπεριέχει αδιαφανείς οικονομικές δοσοληψίες. Ένας ερωτώμενος περιγράφει το σύστημα στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι συμφωνίες αυτές ως εξής: «Περικοπή → έλλειψη → ειδική συμφωνία → αυξημένο κόστος → κέρδος». Παρ' όλα αυτά, το σύστημα αυτό παρουσιάζεται ως μονόδρομος εξαιτίας των τραγικών ελλείψεων που εμφανίζουν τα δημόσια νοσοκομεία σε πόρους.

Επιπλέον, οι ερωτώμενοι συμφωνούν για τις ΣΔΙΤ, με την προϋπόθεση το Δημόσιο να έχει πάντοτε τον τελευταίο λόγο, να λειτουργούν αξιοκρατικοί ελεγκτικοί μηχανισμοί και να τεκμηριώνεται η καλή πίστη της εκάστοτε ιδιωτικής επιχείρησης. Σε διαφορετική περίπτωση υποστηρίζεται ότι οι ΣΔΙΤ θα αποτελέσουν μια ακόμη ευκαιρία κερδοφορίας για τους επιχειρηματίες υγείας, σε βάρος των εργαζόμενων και των φορολογούμενων. Σύμφωνα με την άποψη ορισμένων ερωτώμενων, πάντως, οι ΣΔΙΤ, όπου εφαρμόστηκαν (π.χ. Ασκληπιείο Βούλας, Ερρίκος Ντυνάν, Παπαγεωργίου), δεν ωφέλησαν. Αντιθέτως, ζημίωσαν το Δημόσιο.

Όσον αφορά, τέλος, τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΚΕΝ) που εφαρμόζονται για την κοστολόγηση της νοσηλείας στο νοσοκομείο, διατυπώνονται αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητά τους καθώς ορισμένες πράξεις είναι αδικαιολόγητα ακριβές και άλλες υπερβολικά φθηνές. Ουσιαστικά, ένας ερωτώμενος κρίνει ότι «δεν υπάρχουν βασικά προβλήματα, απλά το μέτρο των ΚΕΝ δεν λειτουργεί», ενώ ένας δεύτερος αναρωτιέται «αν τα ΚΕΝ αντικατοπτρίζουν το πραγματικό κόστος νοσηλείας».

10.4 Οι απόψεις των «εξυπηρετούμενων» στην περιοχή της Θράκης

Η έρευνα για την αποτύπωση των αναγκών των εξυπηρετούμενων στην περιοχή της Θράκης διενεργήθηκε το χρονικό διάστημα 1/7/2014 έως 22/8/2014 σε Μονάδες Υγείας και ΚΕ.Π.Α. της Αλεξανδρούπολης, της Κομοτηνής και της Ξάνθης (βλ. Ερωτηματολόγιο και Π-1 στο Παράρτημα V).

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 129 άτομα, εκ των οποίων οι 61 είναι άντρες και οι 68 είναι γυναίκες διαφόρων ηλικιακών ομάδων (με την ηλικιακή ομάδα 51-60 να πλειοψηφεί στο δείγμα) (βλ. Πίνακα 10.3 & 10.4).

Πίνακας 10.3: Φύλο

	Συχνότητα	%
Άντρας	61	47,3
Γυναίκα	68	52,7
Σύνολο	129	100

Πίνακας 10.4: Ηλικία

	Συχνότητα	%
Έως 12 ετών	4	3,1
13-25 ετών	6	4,7
26-40 ετών	7	5,4
41-50 ετών	23	17,8
51-60 ετών	33	25,6
61-70 ετών	23	17,8
71-80 ετών	19	14,7
81 ετών και άνω	14	10,9
Σύνολο	129	100,0

Ειδικότερα, το δείγμα αποτελείται από 91 άμεσα ασφαλισμένους, 22 έμμεσα ασφαλισμένους και 16 ανασφάλιστους (βλ. Πίνακα 10.5), ενώ οι ερωτώμενοι διακρίνονται σε 93 εξυπηρετούμενους και 36 συνοδούς στην περίπτωση ατόμων με αναπηρία (περιλαμβάνονται και τέσσερις συνοδοί παιδιών) (βλ. επίσης Πίνακες Π-1-Π-16 στο Παράρτημα V). Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε από συνεργάτρια της ομάδας έρευνας και συμπληρώθηκε από τους εξυπηρετούμενους (ή με τη βοήθεια των συνοδών τους).

Πίνακας 10.5: Ασφαλιστική κάλυψη

	Συχνότητα	%
Άμεσα ασφαλισμένος	91	70,5
Έμμεσα ασφαλισμένος	22	17,1
Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	16	12,4
Σύνολο	129	100

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει ότι βρίσκεται στη σύνταξη (49) και ότι έχει αποκτήσει πρωτοβάθμια εκπαίδευση (79) (βλ. Πίνακα 10.6 & 10.7).

Πίνακας 10.6: Επαγγελματική ιδιότητα

	Συχνότητα	%
Μη ενεργός, άνεργος, μαθητής/φοιτητής, νοικοκυρά	42	32,6
Ιδιωτικός υπάλληλος	11	8,5
Δημόσιος υπάλληλος	9	7,0
Ελεύθερος επαγγελματίας	11	8,5
Αγρότης	7	5,4
Συνταξιούχος	49	38,0
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 10.7: Επίπεδο εκπαίδευσης

	Συχνότητα	%
Δημοτικό	79	61,2
Γυμνάσιο	12	9,3
Λύκειο	25	19,4
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ή μεταπτυχιακές σπουδές)	12	9,3
Σύνολο	128	99,2

Ξεκινώντας από την ερώτηση σχετικά με το φορέα που επισκέπτονται για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, οι εξυπηρετούμενοι δηλώνουν ότι επισκέπτονται κυρίως το νοσοκομείο της περιοχής (34,9%), τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ (31,8%), ιδιώτη ιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ (14%), ή Αγροτικό Κέντρο Υγείας (11,6%). Ειδικότερα οι έμμεσα ασφαλισμένοι δήλωσαν στο σύνολό τους ότι επισκέπτονται τις δημόσιες μονάδες υγείας και οι ανασφάλιστοι αποκλειστικά το νοσοκομείο της περιοχής (βλ. Π-3 & Π-4, Παράρτημα V). Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (79,8%) αναφέρει ότι παρουσιάζονται

σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό στους φορείς που απευθύνονται (νοσοκομεία, πρώην ιατρεία ΙΚΑ) για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας (βλ. Πίνακες 10.8 & 10.9).

Πίνακας 10.8: Έλλειψη γιατρών στα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ ή στο νοσοκομείο

	Συχνότητα	%
Ναι	103	79,8
Όχι	26	20,2
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 10.9: Πού απευθύνεστε για την αντιμετώπιση προβλήματος υγείας;

	Συχνότητα	%
Τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ	41	31,8
Το νοσοκομείο της περιοχής	45	34,9
Ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ	18	14,0
Αγροτικό ΚΥ	15	11,6
Άλλο (π.χ. κοινωνικό ιατρείο)	3	2,3
Σύνολο	122	94,6

Στην ερώτηση για τη συχνότητα επίσκεψης σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας για εξέταση ή και συνταγογράφηση, το 67% των ερωτώμενων απαντούν ότι προσέρχονται κάθε μήνα ή και συχνότερα (βλ. Πίνακα 10.10).

Πίνακας 10.10: Συχνότητα επίσκεψης σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας για εξέταση ή και συνταγογράφηση

	Συχνότητα	%
Κάθε μήνα ή και συχνότερα	67	51,9
Κάθε δύο μήνες	16	12,4
Τρεις-τέσσερις φορές το χρόνο	37	28,7
Σπανιότερα	8	6,2
Σύνολο	128	99,2

Ερωτώμενοι για το βαθμό επισκεψιμότητας σε ιδιώτες γιατρούς κατά τον τελευταίο χρόνο, οι εξυπηρετούμενοι απαντούν ότι επισκέφτηκαν ιδιώτες γιατρούς του ΕΟΠΥΥ με πληρωμή (30,2%), μη συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς με πληρωμή (24,8%), ιδιώτες γιατρούς του ΕΟΠΥΥ χωρίς πληρωμή (12,4%) (βλ. Πίνακα 10.11).

Πίνακας 10.11: Επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο κατά τον τελευταίο χρόνο

	Συχνότητα	%
Ιδιώτες γιατρούς του ΕΟΠΥΥ, χωρίς πληρωμή	16	12,4
Ιδιώτες γιατρούς ΕΟΠΥΥ, με πληρωμή	39	30,2
Μη συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό με πληρωμή	32	24,8
Ιδιώτη γιατρό χωρίς πληρωμή (που δέχεται ανασφάλιστους)	4	3,1
Άλλη απάντηση	33	25,6
Σύνολο	124	96,1

Πίνακας 10.12: Φύλο και επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο κατά τον τελευταίο χρόνο

Ιδιώτες γιατρούς του ΕΟΠΥΥ, χωρίς πληρωμή	Επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο κατά τον τελευταίο χρόνο					Σύνολο	
	Ιδιώτες γιατρούς ΕΟΠΥΥ, με πληρωμή	Μη συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό με πληρωμή	Ιδιώτη γιατρό χωρίς πληρωμή (που δέχεται ανασφάλιστους)	Άλλη απάντηση			
Φύλο	Άνδρας	11	17	10	2	20	60
	Γυναίκα	5	22	22	2	13	64
Σύνολο		16	39	32	4	33	124

Παρόλο που στην πλειονότητά τους οι ερωτώμενοι απαντούν ότι οι συν-πληρωμές και τα «τέλη» αποτελούν σοβαρή οικονομική επιβάρυνση, φαίνεται να αναγκάζονται να επισκέπτονται ιδιώτες γιατρούς με πληρωμή, λόγω ελλείψεων στις δημόσιες μονάδες υγείας. Αυτό δηλώνεται πιο συχνά από τις γυναίκες παρά από τους άνδρες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (βλ. Πίνακα 10.13). Οι ανασφάλιστοι δηλώνουν μεγάλη αδυναμία να επισκεφθούν ιδιώτη γιατρό, και σε μεγάλο αυτό αυτό διατυπώθηκε και από τους έμμεσα ασφαλισμένους. Επίσης,

οι μισοί από τους άμεσα ασφαλισμένους δήλωσαν παρόμοια αδυναμία (βλ. Πίνακα Π-10, Παράρτημα V).

Η συμμετοχή ανά συνταγή και το «τέλος» του ενός ευρώ ανά συνταγή θεωρούνται σημαντική οικονομική επιβάρυνση από το σύνολο σχεδόν των ερωτώμενων (βλ. Πίνακα 10.13 και Π-13, Παράρτημα V).

Πίνακας 10.13: Η συμμετοχή ανά συνταγή και το ένα ευρώ αποτελούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση

	Συχνότητα	%
Ναι	118	91,5
Όχι	10	7,8
Σύνολο	128	99,2
Δεν απαντώ	1	0,8
Σύνολο	129	100

Η πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων γίνεται σε ιδιωτικά μικροβιολογικά εργαστήρια με πληρωμή συμμετοχής από το 65,1% των ερωτώμενων (βλ. Πίνακα 10.14). Περίπου τα δύο τρίτα των άμεσα ασφαλισμένων απευθύνονται σε ιδιωτικό μικροβιολογικό εργαστήριο (με πληρωμή συμμετοχής) και το

Πίνακας 10.14: Πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων

	Συχνότητα	%
Τα μικροβιολογικά εργαστήρια στα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ	2	1,6
Ιδιωτικό μικροβιολογικό εργαστήριο (με πληρωμή συμμετοχής)	84	65,1
Ιδιωτικό μικροβιολογικό με κάλυψη του συνολικού κόστους	2	1,6
Δημόσιο νοσοκομείο	36	27,9
Σύνολο	124	96,1
Άλλη απάντηση / Δεν απαντώ	5	4,0
Σύνολο	129	100

ένα τρίτο στο νοσοκομείο της περιοχής. Οι έμμεσα ασφαλισμένοι απευθύνονται κυρίως σε ιδιωτικό μικροβιολογικό εργαστήριο (με πληρωμή συμμετοχής) ενώ οι ανασφάλιστοι επισκέπτονται τα νοσοκομεία της περιοχής.

Όσον αφορά την επίσκεψη σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο για τη διενέργεια εξετάσεων κατά τον τελευταίο χρόνο, το 62,8% απάντησε ότι επισκέφθηκε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο (βλ. Πίνακα 10.15). Η συντριπτική πλειοψηφία των

Πίνακας 10.15: Επίσκεψη σε ιδιωτικό διαγνωστικό για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων τον τελευταίο χρόνο

	Συχνότητα	%
Ναι	81	62,8
Όχι	48	37,2
Σύνολο	129	100

ερωτώμενων (93,8%) δηλώνει ότι η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων σε ιδιωτικά κέντρα αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση (βλ. Πίνακα 10.16). Με βάση το φύλο, 46% των ανδρών και 48% των γυναικών δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να πληρώσουν τη συμμετοχή στις διαγνωστικές εξετάσεις (βλ. Π-14 στο Παράρτημα V).

Πίνακας 10.16: Η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων ιδιωτικά αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση;

	Συχνότητα	%
Ναι	121	93,8
Όχι	7	5,4
Σύνολο	128	99,2
Δεν απαντώ	1	0,8
Σύνολο	129	100

Αναφορικά με το εισιτήριο των 5 ευρώ που πρέπει να πληρωθεί για μια επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, το 72,1% δηλώνει ότι αποτελεί

οικονομική επιβάρυνση που δυσκολεύει την πρόσβαση (βλ. Πίνακα 10.17). Αυτό αναφέρεται σχεδόν από το σύνολο των έμμεσα ασφαλισμένων, ενώ στο σύνολό τους οι ανασφάλιστοι τονίζουν ότι αδυνατούν να πληρώσουν το «τέλος» αυτό (βλ. Πίνακα Π-7, Παράρτημα V).

Πίνακας 10.17: Το εισιτήριο των 5 ευρώ που χρειάζεται να πληρώσετε για να επισκεφθείτε τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου αποτελεί οικονομική επιβάρυνση που σας δυσκολεύει;

	Συχνότητα	%
Ναι	93	72,1
Όχι	15	11,6
Δεν πληρώνω (άνεργος, ανασφάλιστος)	18	14,0
Σύνολο	126	97,7
Δεν απαντώ	3	2,3
Σύνολο	129	100

Επιπλέον, όσον αφορά την αναβολή επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό λόγω αδυναμίας κάλυψης του κόστους, το 63,6% απαντά ότι έχει αναβάλει επίσκεψη σε γιατρό (βλ. Πίνακα 10.18). Αναβολή επίσκεψης δηλώνουν περίπου τα δύο τρίτα των άμεσα ασφαλισμένων, οι μισοί περίπου από τους άμεσα ασφαλισμένους και σχεδόν το σύνολο των ανασφαλιστών (βλ. Π-8 στο Παράρτημα V). Αδυναμία επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό τον τελευταίο καιρό δηλώνει συχνή το 25,6%, σπάνια

Πίνακας 10.18: Αναβολή επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό λόγω οικονομικής αδυναμίας κάλυψης του κόστους

	Συχνότητα	%
Ναι	82	63,6
Όχι	46	35,7
Σύνολο	128	99,2
Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	1	0,8
Σύνολο	129	100

το 33,3% και καμία το 41,1% των ερωτηθέντων (βλ. Πίνακα 10.19). Όσον αφορά τους άμεσα ασφαλισμένους, συχνή αδυναμία επίσκεψης δηλώνει περίπου το ένα πέμπτο των ερωτηθέντων άμεσα ασφαλισμένων, περίπου το ένα τέταρτο των έμμεσα ασφαλισμένων. Οι ανασφάλιστοι σχεδόν στο σύνολό τους δηλώνουν είτε συχνά, είτε λιγότερο συχνά, αδυναμία να επισκεφθούν ιδιώτη γιατρό (βλ. Π-9 στο Παράρτημα V).

Πίνακας 10.19: Αδυναμία επίσκεψης σε ιδιώτη τον τελευταίο καιρό

	Συχνότητα	%
Ναι, συχνά	33	25,6
Ναι, σπάνια	43	33,3
Όχι	53	41,1
Σύνολο	129	100

Επιπλέον, η διακοπή λήψης φαρμακευτικής αγωγής για οικονομικούς λόγους καταγράφεται σε ένα ποσοστό της τάξης του 32,8% (βλ. Πίνακα 10.20). Αυτό δηλώνεται από το ένα τρίτο περίπου των άμεσα ασφαλισμένων, μικρό αριθμό έμμεσα ασφαλισμένων και πάνω από τους μισούς ανασφάλιστους που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο (βλ. Π-10 στο Παράρτημα V).

Πίνακας 10.20: Διακοπή λήψης φαρμακευτικής αγωγής/θεραπείας γιατί η οικονομική επιβάρυνση ξεπερνά τις οικονομικές δυνατότητές σας

	Συχνότητα	%
Ναι	42	32,6
Όχι	86	66,7
Σύνολο	128	99,2
Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ	1	0,8
Σύνολο	129	100

Τέλος, το 66,7% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι έχει κάνει περικοπές για την κάλυψη κόστους ιατρικής φροντίδας για τον ίδιο ή την οικογένεια, ενώ το 26,4% δηλώνει ότι θα κάνει περικοπές αν χρειαστεί (βλ. Πίνακα 10.21).

Πίνακας 10.21: Περικοπές εξόδων για την κάλυψη κόστους ιατρικής φροντίδας για τον ίδιο ή την οικογένεια

	Συχνότητα	%
Ναι, έχω κάνει	86	66,7
Ναι, αν χρειαστεί θα κάνω	34	26,4
Όχι, δεν έκανα και δεν προβλέπω ότι θα κάνω	9	7,0
Σύνολο	129	100

Το 67% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν κάνει περικοπές σε άλλες κατηγορίες εξόδων για να ανταποκριθούν στο κόστος της περίθαλψής τους ενώ 27% θα κάνουν, αν χρειαστεί. Μόνο 9 άτομα δήλωσαν ότι δεν αναγκάστηκαν να κάνουν περικοπές σε άλλες δαπάνες ούτε πιστεύουν ότι θα προκύψει ανάγκη στο μέλλον. Πάνω από το 50% των άμεσα ασφαλισμένων, τα δύο τρίτα των έμμεσα ασφαλισμένων και όλοι οι ανασφάλιστοι απάντησαν στο ερώτημα αυτό τονίζοντας ότι βρέθηκαν στην ανάγκη να κάνουν περικοπές σε άλλες δαπάνες για να αντεπεξέλθουν στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψής τους (βλ. Πίνακα Π-11, Παράρτημα V).

Οι περικοπές αφορούν δαπάνη για διακοπές (24% των ερωτηθέντων), δαπάνη διασκέδασης (24% των ερωτηθέντων), δαπάνη για αγορά ειδών ένδυσης (25% των ερωτηθέντων), ενώ 14% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν περιορίσει ακόμη και τη δαπάνη για τη διατροφή τους για να καλύψουν το κόστος της περίθαλψής τους (να αγοράσουν τα φάρμακά τους, να πληρώσουν συμμετοχή σε διαγνωστικές/μικροβιολογικές εξετάσεις κ.λπ.)

Συμπερασματικά, οι απαντήσεις των ερωτώμενων (ως επί το πλείστον άτομα τρίτης ηλικίας) αποτυπώνουν τις μεγάλες δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα μέρος του πληθυσμού της Θράκης στην κάλυψη των αναγκών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι ελλείψεις των δημόσιων μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι οικονομικές επιβαρύνσεις που επιβλήθηκαν κατά τα τελευταία χρόνια

περιορίζουν σημαντικά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, οδηγούν σε περικοπή της θεραπευτικής αγωγής σε ορισμένες περιπτώσεις, με αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Ακόμη, χαμηλοσυνταξιούχοι και ανασφάλιστα άτομα αναγκάζονται να περικόψουν βασικές δαπάνες διαβίωσης για να αντιμετωπίσουν το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψής τους.

11. Συμπεράσματα

Η έρευνα αυτή επικεντρώθηκε σε ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων (και προσεγγίσεων) που αφορούν στην υγειονομική (και μακροχρόνια) φροντίδα. Χρησιμοποιήθηκαν ποικίλες πηγές και διάφοροι τρόποι συγκέντρωσης στοιχείων: για τη συγκριτική ανάλυση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα και τα χαρακτηριστικά της μακροχρόνιας φροντίδας· για τις τάσεις εξέλιξης των δαπανών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και τη διάρθρωσή τους· για την αποτύπωση της γεωγραφικής κατανομής των παρεχόμενων υπηρεσιών (κυρίως πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας και μακροχρόνιας φροντίδας) στο σύνολο της χώρας· για την κριτική αποτίμηση των εν εξελίξει μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα της παρατεταμένης κρίσης και λιτότητας και των επιπτώσεων στις ανισότητες στην υγεία· για τη διερεύνηση των απόψεων των «παρόχων» υπηρεσιών υγείας και την αποτύπωση των προβλημάτων κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας· καθώς και για τη διευρυνόμενη συμβολή του εθελοντισμού και των ΜΚΟ στην αντιμετώπιση των ακάλυπτων αναγκών για ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού (ανασφάλιστοι, άτομα και νοικοκυριά που διαβιούν κάτω από το όριο της φτώχειας, μετανάστες κ.ά.).

Αξιοποιήθηκαν τα διαθέσιμα στοιχεία από τις παρακάτω βάσεις δεδομένων (OECD, WHO, Eurostat, Eurobarometer, ΕΛΣΤΑΤ/Σύστημα Λογαριασμών Υγείας), καθώς και τα μικροδεδομένα της EU-SILC και των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛΣΤΑΤ. Επίσης, συγκεντρώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ (και τις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, και νυν ΠΕΔΥ) και αξιοποιήθηκαν στοιχεία για τη γεωγραφική κατανομή και τη διάρθρωση της απασχόλησης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλες τις περιφέρειες της χώρας. Για την αποτύπωση των υφιστάμενων δομών κοινωνικής φροντίδας, συγκεντρώσαμε και επεξεργαστήκαμε στοιχεία για το ανθρώπινο δυναμικό και τους εξυπηρετούμενους στα κέντρα κοινωνικής φροντίδας της χώρας. Παράλληλα, αποτυ-

πώσαμε, σε επαρκή βαθμό, τις μόνιμες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας από μη κυβερνητικές οργανώσεις καθώς και τις ad hoc εθελοντικές δράσεις που κατά τα τελευταία χρόνια έχουν ενισχυθεί σημαντικά. Επίσης, ένα σημαντικό κομμάτι της έρευνας αφορά στην ανάλυση των απόψεων των «παρόχων υπηρεσιών υγείας» που διατυπώθηκαν στο πλαίσιο συνεντεύξεων με ιατρικό προσωπικό και νοσηλευτές του ΕΣΥ, ιδιώτες γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων συμβεβλημένων ή μη με τον ΕΟΠΥΥ, ιατρικό προσωπικό διαγνωστικών κέντρων, και φαρμακοποιούς, σε πόλεις της Κεντρικής και Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης, καθώς και στην Αθήνα. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε δύο φάσεις: Μάρτιος-Μάιος 2013 και Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2014.

Για την ανάλυση των στοιχείων από τις διάφορες πηγές χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής, απλής συσχέτισης μεταβλητών, καθώς και πιο ειδικές οικονομετρικές αναλύσεις σε ό,τι αφορά την εμπειρική εκτίμηση των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης. Οι συζητήσεις με τους «παρόχους» υπηρεσιών υγείας που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο συνεντεύξεων (με βάση ερωτηματολόγια τα οποία συντάξαμε για τις διαφορετικές ομάδες «παρόχων», βλ. Παράρτημα ΙΙ) απομαγνητοφωνήθηκαν και στη συνέχεια έγινε επεξεργασία των απαντήσεων (παρουσίαση και ανάλυση των απόψεων που διατυπώθηκαν) με βάση θεματική ομαδοποίηση αναφορικά με διάφορες διαστάσεις των προβλημάτων στο χώρο της υγείας και των προτεραιοτήτων των υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεων. Παρακάτω συνοψίζουμε τα βασικά σημεία της ανάλυσης στα δέκα κεφάλαια της μελέτης αυτής και διατυπώνουμε ορισμένες προτάσεις.

11.1 Σύνοψη των βασικών θεμάτων και ευρημάτων

Στα δύο πρώτα Κεφάλαια που συνιστούν το Μέρος Α' της μελέτης εξετάσαμε, μέσα από μια συγκριτική προοπτική, τις διαρθρωτικές αλλαγές στο πεδίο της υγείας. Το πρώτο Κεφάλαιο έθεσε ένα πλαίσιο συγκριτικής ανάλυσης των τάσεων μεταρρύθμισης στην υγεία στον ευρωπαϊκό χώρο. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε επιλογές μέτρων πολιτικής οι οποίες εκδηλώνονται ήδη από τις προηγούμενες δεκαετίες, ωστόσο ενισχύονται κατά τα τελευταία χρόνια υπό τις συνθήκες της οικονομικής κρίσης. Αυτές περιλαμβάνουν σημαντικές αναδιατάξεις στη σχέση δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, δημόσιας και ιδιωτικής παροχής καθώς και σε ό,τι αφορά τις ρυθμιστικές λειτουργίες του κράτους στο

πεδίο της υγείας. Από τη μια μεριά, παρατηρούμε στα καθολικού χαρακτήρα συστήματα υγείας (τύπου ΕΣΥ) την ενίσχυση της ιδιωτικής παροχής και χρηματοδότησης, και από την άλλη μεριά στα συστήματα τύπου «κοινωνικής ασφάλισης υγείας», τον περιορισμό της αυτο-ρύθμισης και την ενίσχυση του κρατικού, ιεραρχικού ελέγχου. Επίσης, η διείσδυση, στα παραπάνω συστήματα, κοινών «εργαλείων» για τη συγκράτηση του κόστους (όπως οι Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες, DRGs ή κατά την ελληνική διατύπωση τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, KEN) προβάλλει μια τάση σύγκλισης των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας.

Η οικονομική κρίση και στασιμότητα, η οποία στον ένα ή άλλο βαθμό εξακολουθεί να πλήττει ορισμένες χώρες της Ευρώπης¹⁴⁵ ενισχύει τη δημόσια συζήτηση για τα προβλήματα χρηματοδότησης του τομέα της υγείας υπό δυσχερείς οικονομικές συνθήκες. Πολλοί μελετητές τονίζουν ότι ακόμη και αν διατηρηθούν τα σημερινά επίπεδα δημόσιας δαπάνης για την υγεία στις διάφορες χώρες της Ευρώπης, θα απαιτηθούν περικοπές στις παροχές. Αυτό απορρέει από προβλέψεις σχετικά με τη δημογραφική γήρανση, αλλά πρωτίστως από τις ανοδικές πιέσεις στο κόστος εξαιτίας της αναπτυσσόμενης ιατρικής τεχνολογίας (στο πεδίο των κλινικών εφαρμογών, της φαρμακολογίας και της πληροφορικής). Οι τάσεις εξέλιξης που αναλύονται στο πρώτο Κεφάλαιο θέτουν ένα πλαίσιο επιλογών πολιτικής το οποίο μεταθέτει μέρος των λειτουργιών από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, αν και η κρατική ευθύνη για τη ρύθμιση και τον έλεγχο των συστημάτων υγείας διατηρείται και ενισχύεται.

Μεταξύ των χωρών με εθνικά συστήματα υγείας (ακόμη και σε σύγκριση με τις χώρες της νότιας Ευρώπης), η Ελλάδα μέχρι σήμερα δεν ανέπτυξε ένα πλήρως καθολικό, ολοκληρωμένο σύστημα. Η παράλληλη λειτουργία, πολλαπλών ασφαλιστικών ταμείων χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης από τη μια μεριά, και ενός εθνικού συστήματος υγείας για δευτεροβάθμια φροντίδα από την άλλη (το οποίο εν μέρει χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση και εν μέρει από τη γενική φορολογία) συνέβαλε στο να διατηρούνται και να αναπαράγονται ανισότητες μεταξύ των διαφόρων κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η κρίση επιδείνωσε δραματικά τη λειτουργία του συστή-

145. Για την υστέρηση της Ευρώπης ως προς την οικονομική μεγέθυνση και πώς αυτό επηρεάζει τον τομέα της υγείας βλ. Saltman and Cahn (2013).

ματος καθώς στις συσσωρευόμενες παθογένειες προστέθηκαν και οι δραματικές δημοσιονομικές πιέσεις. Όσο για τη δημόσια κοινωνική φροντίδα, αυτή αποτελεί ένα υπολειμματικό πεδίο κοινωνικής πολιτικής. Επιπλέον, παρά τις προβλέψεις για σημαντική αύξηση των αναγκών για ΜΦ κατά τις επόμενες δεκαετίες λόγω της δημογραφικής γήρανσης, το ζήτημα είτε της θεσμοθέτησης κοινωνικής ασφάλισης για μακροχρόνια φροντίδα για το σύνολο του ενεργού πληθυσμό, είτε της κατοχύρωσης καθολικού δικαιώματος στη ΜΦ (η οποία θα χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία) δεν έχει απασχολήσει τον δημόσιο διάλογο στην Ελλάδα, ενώ η κρίση στενεύει ακόμη περισσότερο τα περιθώρια για μια τέτοια προοπτική.

Στο δεύτερο Κεφάλαιο εξετάσαμε την κλιμάκωση της υγειονομικής κρίσης στον ανεπτυγμένο και λιγότερο ανεπτυγμένο κόσμο. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται και σχολιάζονται υποδηλώνουν ότι ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης, της δημοσιονομικής λιτότητας, της υπολειμματικής κοινωνικής προστασίας και της υποβάθμισης των μικρομεσαίων κοινωνικών στρωμάτων συνιστά μια «εκρηκτική κατάσταση» όξυνσης των ανισοτήτων υγείας σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο.

Υπό το πρίσμα των παραπάνω αναλύσεων, στο Μέρος Β' της μελέτης εξετάσαμε διεξοδικά τις θεσμικές και άλλες μεταρρυθμίσεις στην υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα κατά τα τελευταία χρόνια, τα προβλήματα και τις μεταβολές στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας και τους μηχανισμούς πληρωμών, τις αλλαγές στην αγορά φαρμάκου και τη φαρμακευτική δαπάνη, και τις αναδιατάξεις στις σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού μέσω μηχανισμών ανταγωνισμού και συμπίεξης.

Στο τρίτο Κεφάλαιο επιχειρήσαμε μια κριτική αποτίμηση των εν εξελίξει μεταρρυθμίσεων με βάση τα κριτήρια της ίσης πρόσβασης, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της βιωσιμότητας του συστήματος. Παρουσιάσαμε και σχολιάσαμε διαφόρους δείκτες που αποτυπώνουν τη γεωγραφική διάρθρωση του ιατρικού δυναμικού (για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) και, με βάση τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα, εξετάσαμε τις επιπτώσεις της κρίσης και των μέτρων πολιτικής που εφαρμόστηκαν κατά τα τελευταία χρόνια στις εκβάσεις υγείας. Αν και βέβαια, όπως αναφέρουμε, οι επιπτώσεις αυτές ενδεχομένως θα γίνουν εμφανέστερες στη μακρά διάρκεια. Η ανάλυσή μας έδειξε ότι τα «κέρδη αποδοτικότητας» που έχουν επιτευχθεί μέχρι σήμερα μέσα από αλλαγές σε πολλές παραμέ-

τρος της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας, δεν έχουν χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της καθολικής πρόσβασης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Καινοτομίες στη διαχείριση και παρακολούθηση της συνταγογράφησης και διάθεσης των φαρμάκων, καθώς και στο σύστημα παραπομπών συνέβαλαν στο δραστικό περιορισμό του κόστους. Μαζί με μια σειρά συνοδευτικών μέτρων, η εξοικονόμηση πόρων στον τομέα του φαρμάκου αντιπροσωπεύει σχεδόν τα δύο τρίτα της μείωσης των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Προφανώς, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και το ηλεκτρονικό σύστημα παραπομπών αποτελούν θετικές εξελίξεις που αυξάνουν τη διαφάνεια και περιορίζουν σημαντικά συμπεριφορές που ευνοούν την κατάχρηση των πόρων. Ωστόσο, το διακύβευμα της μεταρρύθμισης στην υγεία δεν θα πρέπει να είναι ο με κάθε τρόπο περιορισμός της δαπάνης, αλλά η συνάρθρωση μέτρων που εκμεταλλεύονται το κέρδος από πλευράς αποτελεσματικότητας προκειμένου να βελτιωθεί η καθολική πρόσβαση, η ισότητα και η ποιότητα των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανάλυσή μας καθιστά φανερή μια πρακτική διολίσθησης προς συρρικνούμενη δημόσια παροχή (προς όφελος του ιδιωτικού τομέα υγείας), και παράλληλα μια ισοπέδωση προς τα κάτω της ποιότητας των δημόσιων παροχών. Κατά πόσο αυτό θα οδηγήσει αμετάκλητα σε υπολειμματική προστασία παραμένει ανοικτό ερώτημα.

Στο τέταρτο Κεφάλαιο εξετάσαμε διεξοδικά και σχολιάσαμε τις θετικές και αρνητικές πλευρές ενός συνόλου μέτρων που αφορούν στη συγκράτηση του κόστους, όπως οι μηχανισμοί πληρωμών μέσω της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ και του ΠΕΔΥ, η εισαγωγή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων (DRGs ή KEN), η θεσμοθέτηση ενός νέου συστήματος ανάθεσης της αμοιβής και κατανομής οικονομικών πόρων των νοσοκομείων σε ανώνυμη εταιρεία (ΕΣΑΝ ΑΕ), η χρήση γενοσήμων, και οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων (με την εισαγωγή της λίστας φαρμάκων, μεταβολές στα ποσοστά κέρδους όλων των εμπλεκόμενων στην αγορά φαρμάκων, τη θεσμοθέτηση της πολιτικής των επιστροφών [rebates] και του μηχανισμού αυτόματης ανάκλησης [clawback]).

Η διερεύνηση της διεθνούς εμπειρίας σχετικά με διάφορες μορφές συμπράξεων αποτελεί το αντικείμενο του πέμπτου Κεφαλαίου. Ειδικότερα σε ό,τι αφορά το θεσμό των ΣΔΙΤ, καταδεικνύεται η αποτυχία σε όλες τις χώρες από τις οποίες υιοθετήθηκε. Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα, οι δεσμεύσεις του «Μνημονίου» για

περικοπή των δημοσίων δαπανών για την υγεία από τη μια μεριά, και η ανάγκη κάλυψης των υγειονομικών αναγκών στο μέλλον, από την άλλη, αναμένεται ότι θα επιτείνουν τη διάθεση των κυβερνήσεων να στραφούν στο θεσμό των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας. Μία άλλη μορφή συμπράξεων που ενδεχομένως να επιδιωχθεί ευρύτερα στο μέλλον είναι η μεταφορά της παροχής συγκεκριμένων εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα μέσω συμπράξεων (όπως για παράδειγμα τα ορθοπεδικά, τα καρδιολογικά και τα οφθαλμολογικά χειρουργεία που θα μπορούσαν να παρέχονται από εξειδικευμένες δομές του ιδιωτικού τομέα και όχι από τις πανεπιστημιακές κλινικές). Αυτό αναμένεται να μειώσει το χρόνο αναμονής για διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων, το χρόνο νοσηλείας των ασθενών, την πιθανότητα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων κ.ο.κ. Ωστόσο, οι συμπράξεις αυτές έχουν υψηλό διοικητικό κόστος και δεν φαίνεται να εξασφαλίζουν ένα σταθερό και ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών. Εξετάζονται επίσης και άλλοι μηχανισμοί ενίσχυσης του ανταγωνισμού στον δημόσιο τομέα της υγείας (όπως οι «οιονεί αγορές») και αποτιμάται η μέχρι τώρα απόδοσή τους σε άλλες χώρες.

Στο έκτο Κεφάλαιο εξετάζουμε τις υπολειμματικού χαρακτήρα δημόσιες υπηρεσίες ΜΦ που παρέχονται ως επί το πλείστον μετά από έλεγχο των πόρων. Οι ανάγκες για ΜΦ των ΑμΕΑ και χρονίως πασχόντων (είτε από κρατικούς ιδρυματικούς φορείς είτε μέσω συμβάσεων του κράτους με ιδιωτικές μονάδες ΜΦ κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα) δεν αρκούν για να καλύψουν τη ζήτηση υπηρεσιών, λόγω της ανεπάρκειας του αριθμού των κλινών και της ραγδαίας συρρίκνωσης του δημόσιου προϋπολογισμού. Επιπλέον, τα χαμηλά επίπεδα αποζημίωσης που καταβάλλονται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης στις ιδιωτικές κλινικές για παροχή υπηρεσιών ΜΦ καταδεικνύουν την ανεπάρκεια των παροχών. Η ιδιωτική ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα είναι αμελητέα, και όσοι απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικούς «οίκους ευγηρίας» και κλινικές), καλύπτουν το κόστος με άμεσες πληρωμές (out-of-pocket). Η προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης (για την τρίτη ηλικία) αποτελεί στοιχείο της κυβερνητικής ρητορείας, ωστόσο, στην πράξη, οι παρεχόμενες υπηρεσίες παραμένουν κατακερματισμένες και στοχευμένες στους πλέον ενδεείς ηλικιωμένους. Επιπλέον, η διατηρούμενη ασάφεια ως προς τα όρια μεταξύ κοινωνικής πρόνοιας και κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. με τη χρήση των πόρων του ΑΚΑΓΕ που προέρχονται από τις εισφορές των συνταξιούχων, για τη χρηματοδότηση ενός

αυστηρά στοχευμένου προγράμματος «Βοήθειας στο Σπίτι») διαστρεβλώνει τα κριτήρια της κοινωνικής δικαιοσύνης και αναδιανομής.

Η ανησυχητική έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό στον τομέα της υγείας και σε κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό για την παροχή κοινωνικής φροντίδας αποτελεί επίσης μείζον πρόβλημα. Δεδομένου ότι η παρατεινόμενη οικονομική κρίση δεν αφήνει πολλά περιθώρια για τη διεύρυνση/ενίσχυση της δημόσιας παροχής, είναι επιτακτική ανάγκη να αναζητηθούν «κέρδη αποδοτικότητας» με καθαρή θετική επίδραση στην αντιμετώπιση των αναγκών, μέσω καλύτερου συντονισμού των υφιστάμενων παροχών σε χρήμα και σε είδος, την ενίσχυση της διασύνδεσης μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας και την ανάπτυξη υποστηρικτικών μέτρων κυρίως για τους άτυπους φροντιστές.

Τα δύο κεφάλαια του Μέρους Γ' εξετάζουν τις ανισότητες στην υγεία, με βάση τα μικροδεδομένα του EU-SILC (Κεφάλαιο 7) και τα μικροδεδομένα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛΣΤΑΤ (Κεφάλαιο 8). Το έβδομο Κεφάλαιο διερευνά τις ανισότητες στην υγεία με βάση δύο μεταβλητές: την (αυτοαναφερόμενη) κατάσταση υγείας και την κάλυψη ή μη των αναγκών για ιατρική φροντίδα. Τα ευρήματα καταδεικνύουν κυρίως τη διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων ως προς την αυτο-εκτιμώμενη κατάσταση υγείας για την περίοδο 2007-2011, με ισχυρές ενδείξεις για την επιδείνωση της κατάστασης υγείας των χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων.

Στο όγδοο Κεφάλαιο εξετάζονται οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία (με τη μορφή άμεσων πληρωμών) και οι αλλαγές στη διάρθρωση των δαπανών αυτών από το 2008 μέχρι το 2013. Το δείγμα των νοικοκυριών των ΕΟΠ ταξινομείται σε δέκα κλιμάκια καταναλωτικής δαπάνης και διερευνώνται οι αλλαγές σε κάθε κλιμάκιο και μεταξύ των δέκα κλιμακίων. Εξετάζεται η επίδραση που έχουν οι δαπάνες αυτές στην ανισότητα και τη φτώχεια. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις ευρύτερες επιπτώσεις της κοινωνικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας στα καταναλωτικά πρότυπα των νοικοκυριών και κατά συνέπεια και στο ύψος και στη σύνθεση των δαπανών υγείας. Παρατηρούμε σημαντική μείωση (σε σταθερές τιμές) της μέσης ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία σε ένα ευρύ φάσμα των χαμηλών και μεσαίων κλιμακίων καταναλωτικής δαπάνης (που, σε μεγάλο βαθμό, αντιστοιχούν στα χαμηλά και μεσαία εισοδηματικά στρώματα). Μικρότερη μείωση παρατηρείται στο χαμηλότερο και στο υψηλότερο δεκατημόριο: στο χαμηλότερο δεκατημόριο, γιατί οι δαπάνες αυτές (κατά το μεγαλύτερο μέρος δαπά-

νες για φάρμακα) αποτελούν ανελαστικά έξοδα που μπορεί να αντισταθμίζεται με περικοπές σε άλλες, περισσότερο ελαστικές, κατηγορίες δαπανών των νοικοκυριών· στο υψηλότερο δεκατημόριο, γιατί ενδεχομένως τα εύπορα νοικοκυριά μπορεί να κάνουν χρήση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Επιπλέον, παρατηρούμε τη σύγκλιση προς τα κάτω της μέσης ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία στα μεσαία εισοδηματικά στρώματα. Σημαντικά μειώνεται η δαπάνη για οδοντιατρική περίθαλψη και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας (δηλαδή πρωτοβάθμια περίθαλψη) σε όλο σχεδόν το φάσμα των εξεταζόμενων κλιμακίων καταναλωτικής δαπάνης. Αντίθετα, είτε διατηρείται σταθερή είτε αυξάνεται η μέση δαπάνη για νοσηλευτική φροντίδα (και για το 10ο δεκατημόριο αποτελεί περίπου το 50% της δαπάνης για την υγεία). Όπως τονίζουμε, ιδιαίτερα για τα χαμηλά και μεσαία εισοδηματικά στρώματα, η μείωση της δαπάνης για πρωτοβάθμια φροντίδα εκφράζει τη στροφή προς δημόσιες υπηρεσίες, από τη μια μεριά, αλλά και αύξηση των ακάλυπτων αναγκών για πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας (σε πρωτοβάθμιο επίπεδο), με αποτέλεσμα να εγκυμονεί ο κίνδυνος έκρηξης της νοσηρότητας στο μέλλον με σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες.

Τέλος, το Μέρος Δ' διερευνά την εθελοντική δράση και το ρόλο των ΜΚΟ στο χώρο της υγειονομικής φροντίδας. Παρουσιάζει επίσης τις απόψεις των «παρόχων» υπηρεσιών υγείας για τα προβλήματα και τις προοπτικές της μεταρρύθμισης καθώς και των εξυπηρετούμενων σχετικά με την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες και το βαθμό κάλυψης των αναγκών για ιατρική περίθαλψη. Στο ένατο Κεφάλαιο εξετάσαμε τις υφιστάμενες σταθερές δομές για την παροχή υπηρεσιών υγείας από τις ΜΚΟ καθώς και τις εθελοντικές δράσεις που αναπτύσσονται τα τελευταία χρόνια στο πεδίο. Παρουσιάσαμε και σχολιάσαμε διάφορες πλευρές της συνεργασίας κράτους και ΜΚΟ και τις προοπτικές ανάπτυξης συνεργασίας στο χώρο της υγείας στο μέλλον. Υπό συνθήκες αναδιάρθρωσης των σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού στο χώρο της υγείας η διάσταση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Στο δέκατο Κεφάλαιο παρουσιάσαμε και σχολιάσαμε τις απόψεις των «παρόχων» υπηρεσιών υγείας για ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων σχετικά με τα προβλήματα οργάνωσης, λειτουργίας, χρηματοδότησης και ρύθμισης του χώρου της υγείας (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, αναδιάρθρωση του χάρτη της υγείας σε όλα τα επίπεδα, πρότυπα συνταγογράφησης, αγορά φαρμάκου κ.λπ.).

Επιλέξαμε να αποτυπώσουμε και να αναλύσουμε τις απόψεις επαγγελματιών του χώρου της υγείας οι οποίοι έχουν μια εποπτική εικόνα των προβλημάτων υγειονομικής περίθαλψης μέσα από την ενεργή συμμετοχή τους σε συνδικαλιστικά όργανα και επιστημονικές οργανώσεις του κλάδου τους. Στόχος μας ήταν να αναδείξουμε τις διαφορετικές οπτικές στον δημόσιο διάλογο μεταξύ των διαφόρων κλάδων του επιστημονικού δυναμικού που απασχολείται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην τελευταία ενότητα του Κεφαλαίου αυτού συνοψίσαμε επίσης τις εκτιμήσεις ενός δείγματος εξυπηρετούμενων (ως επί το πλείστον άτομα τρίτης ηλικίας) για τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας στη Θράκη. Όπως προβάλλεται μέσα από τις απαντήσεις, οι ελλείψεις των δημόσιων μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι οικονομικές επιβαρύνσεις που επιβλήθηκαν κατά τα τελευταία χρόνια περιορίζουν σημαντικά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, οδηγούν σε περικοπή της θεραπευτικής αγωγής σε ορισμένες περιπτώσεις, με αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

Η κλαδική αυτή έρευνα περιέλαβε ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων και παραμέτρων σχετικά με την υγειονομική και μακροχρόνια φροντίδα. Θεωρούμε ότι τα επιμέρους ευρήματα, οι ερμηνείες και οι επισημάνσεις σε όλα τα παραπάνω θεματικά πεδία που περιλαμβάνονται στα δέκα κεφάλαια της μελέτης συμβάλλουν στον δημόσιο διάλογο για τα προβλήματα και τις προοπτικές μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας. Παρακάτω προβαίνουμε πολύ επιλεκτικά σε ορισμένες προτάσεις σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεδομένου ότι αποτελεί κομβικό πεδίο της μεταρρύθμισης στην υγεία. Η αποδοτικότερη οργάνωση και λειτουργία μέσα από ένα ολοκληρωμένο σύστημα σύνδεσης με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη συγκράτηση του κόστους και την ορθολογικότερη διαχείριση παράλληλα με τη βελτίωση της πρόσβασης σε ένα ενιαίο εθνικό σύστημα υγείας.

11.2 Σύντομη αναφορά σε προτάσεις

Κατ' αρχήν, να τονίσουμε ότι η ολοκλήρωση του εγχειρήματος που ξεκίνησε με τη συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων υγείας (ΕΟΠΥΥ) ώστε να δημιουργηθεί ένας ενιαίος φορέας χρηματοδότησης του συστήματος, ο οποίος να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και να διασφαλίζει την καθολική κάλυψη, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος συνιστά επιτακτική ανάγκη. Με τον πρόσφατο

νόμο (4238/2014) ο ΕΟΠΥΥ διατηρεί μόνον την αρμοδιότητα χρηματοδότησης, καθώς όλες οι λειτουργίες παροχής μεταβιβάζονται σε ένα νέο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (το ΠΕΔΥ).

Σε σχέση με αυτά έχουμε να παρατηρήσουμε (και να προτείνουμε) τα παρακάτω.

- Η δημιουργία επάλληλων εθνικών συστημάτων υγείας (ΕΣΥ, ΠΕΔΥ) δεν συμβάλλει στον εξορθολογισμό του συστήματος. Θα ήταν αποτελεσματικότερο να υπαχθούν όλες οι βαθμίδες υγειονομικής περιθαλψης σε ένα ενιαίο εθνικό σύστημα (δηλαδή στο ΕΣΥ). Επιπλέον, ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να λειτουργήσει ως ενιαίος φορέας διαχείρισης του συνόλου των πόρων (από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις εισφορές που καταβάλλονται στα ασφαλιστικά ταμεία) μέσω προγραμματικών συμφωνιών και συμβάσεων με τους παρόχους.
- Ακόμη, θα μπορούσε κανείς να προτείνει τη μετάβαση σε ένα πλήρως καθολικό (και ενιαίο) σύστημα με την κατάργηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, εφόσον αυτά έχουν ήδη συγχωνευθεί στον ΕΟΠΥΥ, και τη χρηματοδότηση του συνόλου των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τη γενική φορολογία. Δεδομένου μάλιστα του μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων, είναι απαραίτητη μια μεταρρυθμιστική τομή προς έναν ενιαίο σχεδιασμό καθολικής κάλυψης του πληθυσμού. Προτείνεται να διατηρηθεί ένας ενιαίος ασφαλιστικός φόρος (που θα επιμερίζεται μεταξύ του εργοδότη και του εργαζόμενου – και από τον οποίο θα απαλλάσσονται όσοι έχουν πολύ χαμηλά εισοδήματα¹⁴⁶), και να ενισχυθεί η κρατική χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας. Ο ασφαλιστικός φόρος θα εισπράττεται κατ' ευθείαν από τον ΕΟΠΥΥ.
- Ο ΕΟΠΥΥ, ως φορέας διαχείρισης της ζήτησης, θα πρέπει να αποκτήσει αρμοδιότητες, καθώς και το απαραίτητο ειδικευμένο προσωπικό σε ό,τι αφορά την τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την εποπτεία της διαδικασίας σύναψης συμβάσεων με τους παρόχους και τον έλεγχο της ποσότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και τον καθορισμό των κριτηρίων πιστοποίησης των παρόχων (με την έννοια της accreditation και όχι απλώς της certification).

146. Υπάρχουν παραδείγματα χωρών στην Ευρώπη από όπου μπορεί κανείς να αντλήσει εμπειρία.

- Ο ΕΟΠΥΥ θα συγκεντρώνει το σύνολο των πόρων για τη δημόσια υγεία και θα τους επιμερίζει στους ετήσιους κλειστούς προϋπολογισμούς των Περιφερειών με βάση έναν αλγόριθμο που θα λαμβάνει υπόψη εκτός από τα πληθυσμιακά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, προτυποποιημένους δείκτες θνησιμότητας και το ποσοστό των χρονίως πασχόντων (που έχουν προταθεί και στο πλαίσιο του διαλόγου για τη μεταρρύθμιση στην υγεία, βλ. Σουλιώτης κ.ά. [2013]), και άλλους παράγοντες όπως, για παράδειγμα, το ποσοστό φτώχειας, το ποσοστό ανεργίας, το ποσοστό μειονοτήτων, υψηλή αναλογία μετακινούμενων πληθυσμών (Roma), κακές συνθήκες στέγασης. Αυτό απαιτεί την ανάπτυξη ενός καλά οργανωμένου πληροφοριακού συστήματος απότυπωσης υγειονομικών αναγκών και επεξεργασίας κοινωνικο-οικονομικών δεδομένων που θα τελεί υπό τη διαχείριση των «Καλλικρατικών» Δήμων και των Περιφερειών (μέσω του οποίου θα επιτυγχάνεται επίσης και η σύνδεση της υγειονομικής με την κοινωνική φροντίδα – έτσι ώστε τα προτεινόμενα δίκτυα ΠΦΥ να συνδέονται με αντίστοιχα δίκτυα παροχής κοινωνικής φροντίδας στο τοπικό επίπεδο).
- Η διαχείριση των κλειστών προϋπολογισμών (σύναψη συμβάσεων με παρόχους) σε επίπεδο Περιφέρειας, θα πρέπει να γίνεται από Διοικητικά Συμβούλια στα οποία θα συμμετέχουν εκπρόσωποι των περιφερειακών υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ, εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας, των συνδικάτων, και της εργοδοσίας (ακόμη, μπορούν να συμμετέχουν εκπρόσωποι ειδικών κατηγοριών χρηστών, π.χ. των συλλόγων χρονίως πασχόντων). Για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του συστήματος σύναψης συμβάσεων προτείνεται η οργάνωση των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας σε “group practices” (ομάδες παρόχων).¹⁴⁷
- Ωστόσο, ένα σημαντικό πρόβλημα σε σχέση με την αποκέντρωση της διαχείρισης του συστήματος υγείας (και τον προτεινόμενο παραπάνω ρόλο του ΕΟΠΥΥ για τον επιμερισμό των πόρων στις Περιφέρειες) που πρέπει να αντιμετωπισθεί αφορά στην αναντιστοιχία ανάμεσα στις 13 Περιφέρειες με εκλεγμένες περιφερειακές/τοπικές αρχές και τις επτά Υγειονομικές Περιφέ-

147. Επίσης η δημιουργία περιφερειακών οργανώσεων των γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (για παράδειγμα, κατά τα πρότυπα των “regional associations of physicians” στη Γερμανία) μπορεί να συμβάλει σε αποδοτικότερη διαχείριση του συστήματος σύνδεσης της ζήτησης με την προσφορά μέσω συμβάσεων.

ρεις. Η αναντιστοιχία αυτή μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην οργάνωση και διαχείριση του συστήματος· για παράδειγμα, η 6η Υγειονομική Περιφέρεια περιλαμβάνει περιοχές από την Πελοπόννησο μέχρι την Ήπειρο που βρίσκονται υπό τη δικαιοδοσία διαφορετικών εκλεγμένων περιφερειακών αρχών.

- Αναφορικά με τον νέο οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΕΔΥ), μια πρόχειρη εκτίμηση των αναγκών φροντίδας υγείας που παρουσιάζουμε στο τρίτο Κεφάλαιο δημιουργεί σοβαρές αμφιβολίες ως προς τις αρχές της καθολικότητας και της ισότητας (για να μην αναφερθούμε στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών). Σύμφωνα με αισιόδοξες εκτιμήσεις, οι μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ, τα εξωτερικά ιατρεία του ΕΣΥ και οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατροί μπορούν να καλύψουν περίπου το 60% των αναγκών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Αυτό υπολείπεται κατά πολύ από την καθολική κάλυψη. Επιπλέον, όπως τονίσαμε, η παραπάνω πρόβλεψη είναι υπερεκτιμημένη, με δεδομένο ότι το ΠΕΔΥ λειτουργεί με λιγότερο από το μισό του ιατρικού προσωπικού των πρώην μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ. Γίνεται έτσι φανερή η ανάγκη για ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας (υπό το ΕΣΥ), με αναδιάρθρωση του δικτύου ΠΦΥ με βάση τα κριτήρια εκτίμησης αναγκών που προαναφέραμε και επαρκή στελέχωση με το απαραίτητο υγειονομικό προσωπικό.
- Τέλος, ο θεσμός της «πύλης εισόδου» (gate keeping) στο σύστημα (μέσω του «οικογενειακού γιατρού» ή «γιατρού αναφοράς») θα πρέπει να εφαρμοσθεί αν και με σχετική ευελιξία, για λόγους που έχουν σχέση με την ελευθερία επιλογής ειδικού γιατρού από την πλευρά των χρηστών, καθώς και με τη γεωγραφική ιδιομορφία συγκεκριμένων περιοχών, π.χ. απομονωμένες περιοχές του νησιωτικού χώρου όπου δεν είναι εύκολο να εφαρμοσθεί ο θεσμός αυτός σε σταθερή βάση.

- Abel-Smith, B. and Mossialos, E. (1994). "Cost containment and health care reform: A study of the European Union", *Health Policy*, 28 (2), pp. 89-132.
- Acerete, B., Stafford, A. and Stapleton, P. (2013). "PPPs in Spain: Critical financial analysis of toll road and healthcare cases", CBS-Sauder-Monash Public-Private Partnership Conference series, Sauder School of Business, University of British Columbia, Vancouver, Canada, June 13-14.
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Health Sector PPP, Portugal*, Lisbon: Governo de Portugal, Ministério da Saúde.
- Adler, E. and Stewart, J. (2010). "Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186 (1), pp. 5-23.
- Adler, E., Boyce, T., Chesney, A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, L. and Syme, L. (1994). "Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient", *American Psychologist*, 49 (1), pp. 15-24.
- Aguiling Dalisay, G. (2005). "International volunteer service: A proposed twin programme in the cycle of national volunteering in the Philippines", *Voluntary Action*, 7 (2), pp. 69-86.
- Ahgren, B. (2010). "Competition and integration in Swedish health care", *Health Policy*, 96, pp. 91-97.
- Akintola, O. (2006). "Gendered home-based care in South Africa: More trouble for the troubled", *African Journal of AIDS Research*, 5 (3), pp. 237-247.
- Albin, B., Hjelm, K., Zhang, W.C. (2010). "Health care systems in Sweden and China: Legal and formal organizational aspects", *Health Res Policy Syst*, 8, p. 20.
- Albrecht, T. (2009). "Privatization processes in health care in Europe: A move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back?" *European Journal of Public Health*, 19 (5), pp. 448-451.
- Allen, P. (2013). "An economic analysis of the limits of market based reforms in the English NHS", *BMC Health Services Research*, 13, pp. 1-10.

- Altenstetter, C. and Busse, R. (2005). "Health care reform in Germany: Patchwork change within established governance structures", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (1-2), pp. 121-142.
- Andersen, R.M., Smedby, B. and Vågerö, D. (2001). "Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas", *Social Science and Medicine* 52 (1), pp. 1195-1204.
- Anell, A. (1996). "The monopolistic integrated model and health care reform: The Swedish experience", *Health Policy*, 37 (1), pp. 19-33.
- Anell, A. (2008). "The health system in Sweden", *Eurohealth*, 14 (1), pp. 10-11.
- Anell, A. (2011). "Choice and privatization in Swedish primary care", *Health Economics, Policy & Law*, 6 (4), pp. 549-569.
- Anell, A., Glenngard, A. and Merkur, S. (2012). "Health systems in transition", *European Observatory on Health Systems and Policies*, 14 (5).
- Anheier, H.K. and Salamon, L.M. (1999). "Volunteering in cross-national perspective: Initial comparisons", *Law and Contemporary Problems*, 62 (4), pp. 43-65.
- Association of British Insurers (2002). "Fact sheet on private medical insurance", ABI, [Online], available at: <http://www.abi.org.uk> (accessed: 29 June 2010).
- Atkinson, A.B. (1983). *The Economics of Inequality*, 2nd edition, Oxford: Clarendon Press.
- Atkinson, A.B. and Bourguignon, F. (eds) (2000). *Handbook of Income Distribution*, volume 1, Amsterdam: North Holland.
- Baker, L.C. and Phibbs, C.S. (2002). "Managed care, technology adoption, and health care: The adoption of neonatal intensive care", *Rand Journal of Economics*, 33, pp. 524-548.
- Barlow, J., Roehrich, J. and Wright, S. (2013). "Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services", *Health Affairs*, 32 (1), pp. 146-154.
- Barrig, M. (1994). "The difficult equilibrium between bread and roses: Women's organisations and democracy in Peru", in Jacqueline, J.S. (ed.), *The Women's Movement in Latin America: Participation and Democracy*, Oxford: Westview Press.
- Barrig, M. (1996). "Women, collective kitchens and the crisis of the state in Peru", in Friedmann, J., Abers, R. and Autler, L. (eds), *Emergencies: Women's Struggles for Livelihood in Latin America*, Los Angeles: UCLA Latin American Center Publications.

- Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*, Cambridge: Polity.
- Beck, B. (2010). "PPP in Sweden and Germany: A comparison", Bachelor of Science Thesis no. 43, Department of Real Estate and Construction Management, Real Estate Economics.
- Beck, U. (1992). *Risk Society*, London: Sage.
- Beck, U. and Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized Individualism and Its Social and Political Consequences*, London: Sage.
- Beck, U. and Lau, C. (2005). "Second modernity as a research agenda: Theoretical and empirical explorations in the 'meta-change' of modern society", *British Journal of Sociology*, 56 (4), pp. 525-557.
- Béland, D. (2009). "Ideas, institutions and policy change", *Journal of European Public Policy*, 16 (5), pp. 701-718.
- Benzeval, M., Bond, L., Campbell, M., Egan, M., Lorenc, T., Petticrew, M. and Popham, F. (2014). *How Does Money Influence Health?*, York: Joseph Rowntree Foundation.
- Berkman, L.F. and Syme, S.L. (1979). "Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents", *American Journal of Epidemiology*, 109, pp. 186-204.
- Bes, M. (2009). "Spanish health district tests a new public-private mix", *Bulletin of the World Health Organisation*, 87, pp. 892-893.
- Bettio, F. and Plantenga, J. (2004). "Comparing care regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10 (1), pp. 85-113.
- Blane, D., Davey Smith, G. and Bartley, M. (1993). "Social selection: What does it contribute to social class differences in health?", *Sociology of Health & Illness*, 15, pp. 2-15.
- Blomqvist, P. (2004). "The choice revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s", *Social Policy and Administration*, 38 (2), pp. 139-155.
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S. and Van Reenen, J. (2010). "The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals", Centre for Economic Performance Discussion Paper 983.
- Blyth, M. (2013). *Austerity: The History of a Dangerous Idea*, Oxford: Oxford University Press.
- Böcken, J., Butzlaff, M. and Eche, A. (eds) (2001). *Reforming the Health Sector*, Bertelsmann Foundation Publishers, Gütersloh, (www.bertelsmann-stiftung.de/medien/pdf/554.pdf).

- Bondi, L. (2004). "A double-edged sword? The professionalisation of counselling in the United Kingdom", *Health and Place*, 10, pp. 319-328.
- Bondi, L. (2005). "Working the spaces of neoliberal subjectivity: Psychotherapeutic technologies, professionalization and counseling", *Antipode*, 37 (3), pp. 497-514.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction*, London: Routledge.
- Boyle, S. (2008). "The health system in England", *Eurohealth*, 14 (1), pp. 1-2.
- Boyle, S. (2011). *Health Systems in Transition; United Kingdom (England): Health System Review 2011*, [Online], available at: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>.
- Brown, L.D. and Amelung, V.E. (1999). "Manacled competition: Market reforms in German health care", *Health Affairs*, 18 (3), pp. 76-91.
- Brunner, E. (1997). "Stress and the biology of inequality", *British Medical Journal*, 314 (7092), pp. 1472-1476.
- Buck, D. and Dixon, A. (2013). *Improving the Allocation of Health Resources in England. How to Decide Who Gets What*, London: The King's Fund. [Online], available at: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/improving-the-allocation-of-health-resources-in-england-kingsfund-apr13.pdf.
- Bundorf, M.K., Schulman, K.A., Stafford, J.A., Gaskin, D., Jollis, J.G. and Escarce, J.J. (2004). "Impact of managed care on the treatment, costs, and outcomes of fee-for-service medicare patients with acute myocardial infarction", *Health Services Research*, 39, pp. 131-152.
- Busse, R. (1999). "Priority-setting and rationing in German health care", *Health Policy*, 50 (1-2), pp. 71-90.
- Busse, R. (2002). "Germany", in Dixon, A. and Mossialos, E. (eds), *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, London: The London School of Economics & Political Science.
- Busse, R. (2008). "The health system in Germany", *Eurohealth*, 14 (1), pp. 5-6.
- Busse, R., Geissler, A. Quentin, W. and Wiley, M. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Cacace, M., Götze, R., Schmidt, A. and Rothgang, H. (2008). "Explaining convergence and common trends in the role of the state in OECD healthcare systems", *Harvard Health Policy Review*, 9 (1), pp. 5-16.
- Calltorp, J. (1999). "Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway", *Health Policy*, 50 (1), pp. 1-22.

- Cantrill, G.C. (1991). "Inducing health care voluntarism through sequential request: Perceptions of effort and novelty", *Health Communication*, 3 (1), pp. 59-74.
- Castles, F. (1993). *Family of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies*, Aldershot: Hants.
- Chandola, T., Brunner, E. and Marmot, M. (2006). "Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study", *British Medical Journal*, 332 (7540), pp. 521-525.
- Clark, D. (2000). "Public service reform: A comparative West European perspective", *West European Politics*, 23 (3), pp. 25-44.
- Cloke, P., Johnsen, S. and May, J. (2007). "Ethical citizenship? Volunteers and the ethics of providing services for homeless people", *Geoforum*, 38, pp. 1089-1101.
- Cloutier-Fisher, D. and Skinner, M.W. (2006). "Levelling the playing field? Exploring the implications of managed competition for voluntary sector providers of long-term care in small town Ontario", *Health & Place*, 12, pp. 97-109.
- Coburn, D. (2004). "Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism and health inequalities", *Social Science & Medicine*, 58, pp. 41-56.
- Coburn, D. and Coburn, E. (2007). "Health inequalities in a neo-liberal global world", in McIntyre, D. and Mooney, G. (eds), *The Economics of Health Equity*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Code of conduct for the international Red Cross and Red Crescent movement and NGOs in disaster relief (1992).
- Code of good practice for NGOs responding to HIV / AIDS (2004).
- Conradson, D. (2003). "Doing organisational space: Practices of voluntary welfare in the city", *Environment and Planning*, 35, pp. 1975-1992.
- Cowell, F.A. (2000). "Measurement of inequality", in Atkinson, A.B. and Bourguignon, F. (eds), *Handbook of Income Distribution*, volume 1, Amsterdam: North-Holland.
- Crack, S., Turner, S. and Heenan, B. (2007). "The changing face of voluntary welfare provision in New Zealand", *Health and Place*, 13, pp. 188-204.
- Craig, G. (2003). "Understanding the NHS in England", *The Pharmaceutical Journal*, 271 (1), pp. 121-123.
- Crisp, N. (2011). *24 Hours to Save the NHS*, Oxford: Oxford University Press.
- Crook, S., Pakulski, J. and Waters, M. (1992). *Post-modernization*, London: Sage.

- Cutler, D. and Leras-Muney, A. (2006). *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*, NBER Working Paper 12352.
- Da Roit, B., Le Biha, B. and Österle, A. (2007). "Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes", *Social Policy and Administration*, 41 (6), pp. 653-671.
- Dahlgren, G. (2014). "Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden", *International Journal of Health Services*, 44 (3), pp. 507-524.
- Davaki, C. and Mossialos, E. (2005). "Plus ça change: Health sector reforms in Greece", *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 30 (1), pp. 143-167.
- Davaki, D. and Mossialos, E. (2006). "Financing and delivering health care", in Petmesidou, M. and Mossialos, H. (eds), *Social Policy Developments in Greece*, Ashgate: Aldershot.
- Davey Smith, G., Neaton, D., Wentworth, D., Stamler, R. and Stamler, J. (1996). "Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial", *American Journal of Public Health*, 86 (4), pp. 486-504.
- Dawson, D. (2001). "The private finance initiative: A public finance illusion?", *Health Economics*, 10, pp. 479-486.
- de Mello e Souza, C. (2008). "Grassroots leadership in the network of healthy communities in Rio de Janeiro, Brazil: A gender perspective", *Gender and Development*, 16 (3), pp. 481-494.
- Delisle, H., Roberts, J.H., Munro, M., Jones, L. and Gyorkos, T.W. (2005). "The role of NGOs in global health research for development", *Health Research Policy and Systems*, 3 (3), pp. 55-65.
- Department of Health, United Kingdom (2003). *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, London: DH Publications Orderline.
- Department of Health, United Kingdom (2008). *Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action*, London: DH Publications Orderline.
- Diderichsen, F. (2000). "Sweden. Special section: Reconsidering the role of competition in health care markets", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (5), pp. 931-935.
- Dixon, A. and Robinson, R. (2002). "The United Kingdom", in Dixon, A. and Mossialos, E. (eds), *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, London: The London School of Economics & Political Science.

- Durkheim, E. (1897). *Suicide*, New York: The Free Press.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Theleritis, C. and Stefanis, C.N. (2012). "Suicidality and the economic crisis in Greece", *The Lancet*, 380 (9839), p. 337.
- EFPIA (2014). *The Pharmaceutical Industry in Figures*, <http://www.efpia.eu> (accessed: 5/9/2015).
- Enthoven, A.C. (1993). "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, 12 (Supplement 1), pp. 24-48.
- Esping-Andersen, G. (1994). *After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order*, Geneva: UNRISD.
- Esping-Andersen, G. (1996). "After the Golden Age? Welfare state dilemmas in a global economy", in Esping-Andersen, G. (ed.), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, London: Sage.
- European Observatory on Health Care Systems (1999). *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- European Observatory on Health Care Systems (2000). *Health Care Systems in Transition: Germany*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- European Observatory on Health Care Systems (2001). *Health Care Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- European Parliament (1998). "Health Care Systems in the EU: A Comparative Study", Public Health and Consumer Protection Series, Working Paper SACO 101 EN 11-1998, http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf (accessed: 12/12/2013).
- Evans, G., Hodge, M. and Pless, B. (1994). "If not genetics then what? Biological pathways and population health", in Evans, G., Barer, L. and Marmor, T. (eds), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Ewig, C. (2006). "Global processes, local consequences: Gender equity and health sector reform in Peru", *International Studies in Gender, State and Society*, 13 (3), pp. 427-455.
- Fafo (2014). *Project Report: NordMod2030*, Oslo: Fafo.
- Federal Ministry of Health, Germany (2001). *Health Care in Germany Including the Health Care Reform 2000*, FMH, [Online], available at: <http://www.bmggesundheits.de/engl/healthcare.htm> (accessed: 16 May 2010).
- Ferrera, M. (1996). "The 'southern model' of welfare in social Europe", *Journal of European Social Policy*, 6 (1), pp. 17-37.

- Ferrera, M. and Rhodes, M. (eds) (2000). *Recasting European Welfare States*, London: Frank Cass.
- Fountoulakis, K.N., Grammatikopoulos, I.A., Koupidis, S.A., Siamouli, M. and Theodorakis, P.N. (2012a). "Health and the financial crisis in Greece", *The Lancet*, 379 (9820), pp. 1001-1002.
- Fountoulakis, K.N., Siamouli, M., Grammatikopoulos, I.A., Koupidis, S.A. and Theodorakis, P.N. (2012b). "Suicidality and the economic crisis in Greece: Authors' reply", *The Lancet*, 380 (9839), pp. 337-338.
- Fountoulakis, K.N., Savopoulos, C., Siamouli, M., Zaggelidou, E., Mageiria, S., Iacovides, A. and Hatzitolios, A.I. (2013). "Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263 (5), pp. 441-444.
- Freeman, R. (2000). *The Politics of Health Care in Europe*, New York: St. Martins Press.
- Freeman, R. and Moran, M. (2000). "Reforming health care in Europe", *West European Politics*, 23 (2), pp. 35-59.
- Fyfe, N.R. and Milligan, C. (2003). "Out of the shadows: Exploring contemporary geographies of voluntarism", *Progress in Human Geography*, 27 (4), pp. 397- 413.
- Gaffney, D., Pollock, A., Price, D. and Shaoul, J. (1999a). "NHS capital expenditure and the private finance initiative: Expansion or contraction?", *British Medical Journal*, 319, pp. 48-51.
- Gaffney, D., Pollock, A., Price, D. and Shaoul, J. (1999b). "PFI in the NHS: Is there an economic case?", *British Medical Journal*, 319, pp. 116-119.
- Gaffney, D., Pollock, A., Price, D. and Shaoul, J. (1999c). "The politics of the private finance initiative and the new NHS", *British Medical Journal*, 319, pp. 249-253.
- Gaki, E., Kontodimopoulos, N. and Niakas, D. (2013). "Investigating demographic, work-related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses", *Journal of Nursing Management*, 21 (3), pp. 483-490.
- Gaskin, D.J. and Hadley, J. (1997). "The impact of HMO penetration on the rate of hospital cost inflation: 1985-1993", *Inquiry*, 34, pp. 205-216.
- Gauld, R.D.C. (2000). "Big bang and the policy prescription: Health care meets the market in New Zealand", *Journal of Health Politics Policy and Law*, 25, pp. 815-844.
- Gaynor, M. et al (2010). "Death by market power: Reform, competition and patient outcomes in the National Health Service", CMPO Working Paper 10/242, <http://www.bris.ac.uk/cmppo/publications/papers/2010/wp242.pdf> (accessed: 10/9/2014).

- Gerdtham, U.G., Lothgren, M., Tambour, M. and Rehnberg, C. (1999). "Internal markets and health care efficiency: A multiple-output stochastic frontier analysis", *Health Economics*, 8, pp. 151-164.
- Geyman, J.P. (2004). *The Corporate Transformation of Health Care*, New York: Springer.
- Giaimo, S. and Manow, P. (1999). "Adapting the welfare state: The case of healthcare reform in Britain, Germany, and the United States", *Comparative Political Studies*, 32 (8), pp. 967-1000.
- Gilardi, F., Flüglister, K. and Luyet, S. (2009). "Learning from others: The diffusion of hospital financing reforms in OECD countries", *Comparative Political Studies*, 42 (4), pp. 549-573.
- Gillam, S. (2001). "Perpetual evolution, a stocktake", in Gillam, S. (ed.), *What Has New Labour Done for Primary Care?*, London: The King's Fund.
- Glenngard, A.H., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A. and Bankauskaite, V. (2005). *Health Care Systems in Transition: Sweden*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Goldfield, N. (2010). "The evolution of Diagnosis-Related Groups (DRGs): From its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital", *Quality Management in Health Care*, 19 (1), pp. 3-16.
- Goldman, M., Sewer, M. and Scever, M. (1981). "Social labeling and the foot-in-the-door effect", *Journal of Social Psychology*, 11 (7), pp. 19-23.
- Graham, H. and Kelly, M. (2004). "Health inequalities: Concepts, framework and policy", Briefing Paper, Health Development Agency.
- Greer, S. (2013). "(Why) Did we forget about history? Lessons for the Eurozone from the failed conditionality debates in the 80s", OSE Research Paper 11.
- Gress, S., Manouguian, M. and Wasem, J. (2007). "Health insurance reform in the Netherlands", CESifo DICE Report 1, Munich: CESifo.
- Griffith, B. (2000). *Private Finance in Health Care: Why not*, National Health Service Consultants' Association, UK.
- Hacker, J.S. (2004a). "Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States", *American Political Science Review*, 98 (2), pp. 243-60.
- Hacker, J.S. (2004b). "Dismantling the health care state? Political institutions, public policies and the comparative politics of health care reform", *British Journal of Political Science*, 34 (4), pp. 693-724.

- Håkansson, S. (2000). "Productivity changes after introduction of prospective hospital payments in Sweden", *Casemix Q.*, 2, pp. 47-57.
- Hanning, M. (1996). "Maximum waiting-time guarantee: An attempt to reduce waiting lists in Sweden", *Health Policy*, 36, pp. 17-35.
- Heidenreich, P.A., McClellan, M., Frances, C. and Baker, L.C. (2002). "The relation between managed care market share and the treatment of elderly fee-for-service patients with myocardial infarction", *American Journal of Medicine*, 112, pp. 176-182.
- Hervey, T.K. (2008). "The European Union's governance of health care and the welfare modernization agenda", *Regulation and Governance*, 2 (1), pp. 103-120.
- Hilbe, M.J. (2009). *Logistic Regression Models*, New York: Chapman and Hall/CRC.
- Hodgkinson, V.A. (2003). "Volunteering in global perspective", in Dekker, P. and Halman, L. (eds), *The Values of Volunteering: Cross-Cultural Perspectives*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- House of Commons - Health Committee (2009). *Health Inequalities: Third Report of Session 2008-09, Volume I. Report, together with formal minutes*, London: The Stationery Office Limited.
- Hurst, J.W. (1991). "Reform of health care in Germany", *Health Care Financing Review*, 12 (3), pp. 73-86.
- Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F. and Kalofonos, H. (2013). "Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care", *Health Policy*, 113 (1-2), pp. 8-12.
- Insurance Europe (2014). *European Insurance in Figures, Statistics N°48, February*, <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/european-insurance-in-figures-2.pdf> (accessed: 10/10/2014).
- Insurance Europe (2015). *European Insurance: Key Facts, August*, <http://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/European%20Insurance%20-%20Key%20Facts%20-%20August%202015.pdf> (accessed: 16/9/2015).
- Jessoula, M. and Pavolini, E. (2013). *Italy: Health and Long-term Care, Cologne: ASISP*, <http://socialprotection.eu/> (accessed: 20/10/2014).
- Joseph, A.E. and Chalmers, A.I. (1996). "Growing old in place: A view from rural New Zealand", *Health and Place*, 1, pp. 79-90.
- Joseph, A.E. and Kearns, R.A. (1996). "Deinstitutionalization meets restructuring: The closure of a psychiatric hospital in New Zealand", *Health and Place*, 2, pp. 179-189.

- Kafetzidakis, I. and Mihiotis, A. (2012). "Logistics in the health care system: The case of Greek hospitals", *International Journal of Business Administration*, 3 (5), pp. 23-32.
- Kaitelidou, D., Tsirona, C., Galanis, P., Siskou, O., Mladovsky, P., Kouli, E., Prezerakos, P., Theodorou, M., Sourtzi, P. and Liaropoulos, L. (2013). "Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece", *Health Policy*, 109 (1), pp. 23-30.
- Karamanoli, E. (2012). "Greece's financial crisis dries up drug supply", *The Lancet*, 379, p. 302.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P. and McKee, M. (2013). "Financial crisis, austerity, and health in Europe", *The Lancet*, 381 (9874), pp. 1323-1331.
- Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapetaneas, N. and Polyzos, N. (2013). "Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis", *Health Policy*, 109 (1), pp. 7-13.
- Kastberg, G. and Siverbo, S. (2007). "Activity-based financing of health care - experiences from Sweden", *International Journal of Health Planning and Management*, 22, pp. 25-44.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. and Glass, R. (1997a). "Social capital and self rated health: A contextual analysis", *American Journal of Public Health*, 89 (8), pp. 1187-1193.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. and Prothrow-Stith, D. (1997b). "Social capital, income inequality and mortality", *American Journal of Public Health*, 87 (9), pp. 1491-1498.
- Keen, J., Light, D.W. and Mays, N. (2001). *Public-Private Relations in Health Care*, London: King's Fund.
- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D., Lochner, K. and Gupta, V. (1998). "Social capital, income inequality, and firearm violent crime", *Social Science Medicine*, (47), pp. 7-17.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2011). "Health effects of financial crisis: Omens of a greek tragedy", *The Lancet*, 378 (9801), pp. 1457-1458.
- Kentikelenis, A. and Papanicolas, I. (2012a). "Economic crisis, austerity and the Greek public health system", *The European Journal of Public Health*, 22 (1), pp. 4-5.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2012b). "Health and the financial crisis in Greece: Authors' reply", *The Lancet*, 379 (9820), p. 1002.

- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2014). "Greece's health crisis: From austerity to denialism", *The Lancet*, 383, pp. 748-753.
- Kettunen, P., Michel, S. and Petersen, K. (eds) (2015). *Race, Ethnicity and Welfare States: An American Dilemma?*, Chletenham: Edward Elgar.
- Kimberley, J.R., de Pouvourville, G. and D'Aunno, T. (2008). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Klein, N. (2007). *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, New York: Metropolitan Books.
- Klein, R. (2005). "The public-private mix in the UK", in Maynard, A. (ed.), *The Public-Private Mix for Health*, Oxford: Radcliffe.
- Klein, R. (2007). "The new model NHS: Performance, perceptions and expectations", *British Medical Bulletin*, 81 (82), pp. 1-12.
- Koen, V. (2000). "Public expenditure reform: The health care sector in the United Kingdom", OECD Economics Department, Working Papers 256, Paris: OECD Publishing.
- Kondilis, E., Smyrnakis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Zdoukos, T., Iliffe, S. and Benos, A. (2012). "Economic crisis and primary care reform in Greece: Driving the wrong way?", *British Journal of General Practice*, pp. 264-265.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. and Benos, A. (2013). "Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case", *American Journal of Public Health*, 103 (6), pp. 973-980.
- Kraus, M., Riedle, M., Mot, E., Willemé, P., Röhling, G. and Czypionka, T. (2010). "A typology of long-term care systems in Europe", Research Report, *ANCIEN Project -Assessing Needs of Care in European Nations*, Brussels: CEPS.
- Laing and Buisson (2009). *Laing's Healthcare Market Review 2009-2010*, London: Laing and Buisson.
- Lash, S. and Urry, J. (1987). *The End of Organized Capitalism*, Cambridge: Polity.
- Le Grand, J. (1999). "Competition, cooperation or control? Tales from the British National Health Service", *Health Affairs*, 18 (3), pp. 27-39.
- Le Grand, J. (2012). "Delivering Britain's public services through 'quasi-markets': What we have achieved so far", Centre for Market and Public Organisation, *Research in Public Policy*, 13.
- Leibfried, S. (1992). "Towards a European Welfare State? On integrating poverty re-

- gimes into the European Community”, in Ferge, Z. and Kolberg, J. E. (eds), *Social policy in a Changing Europe*, Frankfurt: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Leigh, R. (2005). “The evolving nature of international service through United Nations Volunteers”, *Voluntary Action*, 7 (2), pp. 27-34.
- Leister, J.E. and Stausberg, J. (2005). “Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality”, *Health Policy*, 74 (1), pp. 46-55.
- León, S. and Rico, A. (2002). “Sweden”, in Dixon, A. and Mossialos, E. (eds), *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, London: The London School of Economics and Political Science.
- Lewis, R., Smith, J. and Harrison, A. (2009). “From quasi-market to market in the National Health Service in England: What does this mean for the purchasing of health services?”, *Journal of Health Services Research and Policy*, 14 (1), pp. 44-51.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. and Katostaras, T. (2008). “Informal payments in public hospitals in Greece”, *Health Policy*, 87, pp. 72-81.
- Lind, A. (1997). “Gender, development and urban social change: Women’s community action in global cities world”, *Development*, 25 (8), pp. 1205-1223.
- Lukka, P. and Ellis, A. (2001). “An exclusive construct? Exploring different cultural concepts of volunteering”, *Voluntary Action*, 3 (3), pp. 87-109.
- Maarse, H. (2006). “The privatization of health care in Europe: An eight country analysis”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (5), pp. 981-1014.
- Mackenbach, J., Meerding, W. and Kunst, A. (2007). *Economic Implications of Socio-Economic Inequalities in Health in the European Union*, Luxembourg: EC Health and Consumer Protection Directorate- General.
- Magnussen, J., Vrangbaek, K. and Saltman, R. (2009). *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*, Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Malone, J. (2012). “Greek nurses reach crisis point: Austerity measures imposed in Greece are wreaking havoc on health care and the nursing profession”, *Nursing Standard*, 26 (37), p. 18.
- Markowitz, L. and Tice, K.W. (2002). “Paradoxes of professionalization: Parallel dilemmas in women’s organizations in the Americas”, *Gender and Society*, 16 (6), pp. 941-958.

- Marmor, T.R., Freeman, R. and Okma, K.G.H. (eds) (2009). *Comparative Studies and the Politics of Modern Health Care*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Marmot, M. (2002). "The influence of income on health: Views of an epidemiologist", *Health Affairs*, 21 (2), pp. 31-46.
- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. and Stansfeld, S. (1997). "Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence", *The Lancet*, 350 (9073), pp. 235-239.
- Marmot, M., Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. and Feeney, A. (1991). "Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study", *The Lancet*, 337, pp. 1387-1393.
- Martinsen, D.S. and Vrangbaek, K. (2007). "The Europeanization of health care governance: Implementing the market imperatives of Europe", *Public Administration*, 86 (1), pp. 169-184.
- Mason, A., Ward, P. and Street, A. (2011). "England: The healthcare resource group system", in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. and Wiley, M. (eds), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Mays, N. and Dixon, A. (2011). "Assessing and explaining the impact of New Labour's market reforms in understanding New Labour's market reforms of the English NHS", in Mays, N., Dixon, A. and Jones, L. (eds), *Understanding New Labour's Market Reforms of the English NHS*, The King's Fund, <http://www.kingsfund.org.uk/publications/understanding-new-labours-market-reforms-english-nhs> (accessed: 23/6/2014).
- McLellan, A. (2012). "South London's 'failure' leaves the big questions unanswered", *Health Service Journal (HSJ)* (serial online), 26 Jun, <http://www.hsj.co.uk/opinion/leader/south-londons-failure-leaves-the-big-questions-unanswered/5046412.article?referrer=RSS> (accessed: 12/11/2013).
- Mezey, M.D. (ed.) (2001). *The Encyclopedia of Elderly Care*, New York: Springer.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M. and Urponen, H. (1997). "Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population", *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, pp. 517-528.
- Miller, R.L., Seligman, C., Clark, N.T. and Bush, M. (1976). "Perceptual contrast versus reciprocal concessions as mediators of induced compliance", *Canadian Journal of Behavioral Science*, 8, pp. 401-409.

- Milligan, C. (2000). "Breaking out of the asylum: Developments in the geography of mental ill-health – the influence of the informal sector", *Health and Place*, 6, pp. 189-200.
- Milligan, C. (2001). *Geographies of Care: Space, Place and the Voluntary Sector*, Aldershot: Ashgate.
- Mladovsky, P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thonpson, S. and McKee, M. (2012). "Health policy responses to the financial crisis in Europe", *Policy Report*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mohan, J. (2003). "Voluntarism, municipalism and welfare: The geography of hospital utilization in England in 1938", *Transactions of the Institute of British Geographers*, 28, pp. 56-74.
- Molyneux, M. (2002). "Gender and the silences of social capital: Lessons from Latin America", *Development and Change*, 33 (2), pp. 167-188.
- Mossialos, E., Permanand, G., Baete, R. and Hervey, T.H. (eds) (2010). *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- MSPS (2010). *National Health System Spain 2010*, Madrid, National.
- Musgrove, P. (1987). "The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean", *International Journal of Health Services*, 17, pp. 411-441.
- National Board of Health and Welfare (2005). *Health in Sweden: The National Public Health Report*, Stockholm: Epidemiologiskt Centrum.
- Niakas, D. (2013). "Greek economic crisis and health care reforms: Correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, 43 (4), pp. 597-602.
- O'Connor, J. (1973). *The Fiscal Crisis of the State*, London: St James.
- Osborne, D.J. and Bradley, S. (1975). "Blood donor and nondonor motivation: A transnational replication", *Journal of Applied Psychology*, 60, pp. 409-410.
- OECD (2004). *The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems*, Paris: OECD.
- OECD (2005). *Long-term Care for Older People*, Paris: OECD.
- OECD (2008a). *Conceptual Framework and Definition of Long-term Care Expenditure: Revision of the System of Health Accounts*, Paris: OECD.
- OECD (2008b). *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*, OECD Publishing.

- OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, Paris: OECD.
- OECD (2012). *OECD Health Data 2012: Long-Term Care Data*, Paris: OECD.
- OECD (2013). *Greece: Reform of Social Welfare Programmes*, Paris, OECD, retrieved on 20 August 2013 at http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/governance/greece-social-welfare-programmes_9789264196490-en.
- OECD (2014). *Health at a Glance*, Paris: OECD.
- OECD-Eurostat-WHO (2011). *A System of Health Accounts*, Paris: OECD.
- Oliver, A. (2005). "The English National Health Service: 1979-2005", *Health Economics*, 14 (1), pp. 75-99.
- Ortiz, I. and Cummins, M. (2013). "The age of austerity: A review of public expenditures and adjustment measures in 181 countries", Working Paper, New York/Geneva: Initiative for Policy Dialogue and the South Centre.
- Øvretveit, J. (2003). "Nordic privatization and private healthcare", *The International Journal of Health Planning and Management*, 18 (3), pp. 233-246.
- Owens, S. and Kearns, R. (2006). "Competition, adaptation and resistance: (Re)forming health organisations in New Zealand's third sector", in Milligan, C. and Conradson, D. (eds), *Landscapes of Voluntarism: New Spaces of Health, Welfare and Governance*, Bristol: Policy Press.
- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. and Versieck, K. (1998). "Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway", Paper presented at the Conference on "Long-term care of elderly dependent people in the EU and Norway: Modernising and improving EU social protection", London, June.
- Pakulski, J. and Waters, M. (1996). *The Death of Class*, London: Sage.
- Palier, B. and Martin, C. (eds) (2008). *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*, Oxford: Blackwell.
- Papanikolaou, C. (2014). "Implementation of ePrescription in Greece", *ALEC 2014*, Kiruna, 4-5 February.
- Paris Declaration on Aid effectiveness (2005). Paris.
- Patel, L. and Wilson, T. (2004). "Civic service in sub-Saharan Africa", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33 (4), pp. 22-38.
- Patxot, C. (2013). *Spain: Health and Long-term Care*, Cologne: ASISP, <http://social-protection.eu/> (accessed: 20/10/2014).
- Patxot, C., Rentería, E., Scandurra, R. and Souto, G. (2012). *Annual National Report 2012*, Brussels: ASISP Network.

- Perry, W.H. (1983). "The willingness of persons 60 or over to volunteer: Implications for social service", *Journal of Gerontological Social Work*, 5, pp. 107-118.
- Petmesidou, M. (2012). *Health and Long-term Care: 2012 Report*, Cologne: ASISP.
- Petmesidou, M. (2013a). *Health and Long-term Care: 2013 Report*, Cologne: ASISP.
- Petmesidou, M. (2013b). "Is social protection in Greece at a crossroads?", *European Societies*, 15 (4), pp. 597-616.
- Petmesidou, M. (2014a). *Greece: Health and Long-term Care, Update Report*, Cologne: ASISP.
- Petmesidou, M. (2014b). *Health and Long-term Care: Update of the 2014 Report*, Cologne: ASISP.
- Petmesidou, M. and Guillén, A. (2006). " 'Southern style' national health services? Recent reforms and trends in Spain and Greece", *Social Policy and Administration*, 42 (2), pp. 106-124.
- Petmesidou, M. and Guillén, A. (2015). "Economic crisis and austerity in Southern Europe: Threat or opportunity for a sustainable welfare state?", OSE Paper Series, Research Paper 18, Brussels: European Social Observatory.
- Petmesidou, M. and Polyzoidis, P. (2013). "Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Griechenland: Die Orthodoxie in sozialpolitischen Klientelismus", in Gabriel, K. Reuter, H.R, Kurschat, A. and Leibold, S. (eds), *Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Europa*, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Petmesidou, M., Pavollini, E. and Guillén, A. (2014). "South European healthcare systems under harsh austerity: A progress-regression mix?", *South European Society and Politics*, 19 (3), pp. 331-352.
- Piachaud, D. (1993). "The definition and measurement of poverty and inequality", in Barr, N. and Whynes, D. (eds), *Current Issues in the Economics of Welfare*, London: Macmillan.
- Pierson, P. (1993). "When effect becomes cause: Policy feedback and political change", *World Politics*, 45 (4), pp. 595-628.
- Pierson, P. (1996). "The new politics of the welfare state", *World Politics*, 48 (2), pp. 143-179.
- Pierson, P. (2000). "Increasing returns, path dependence and the study of politics", *American Political Science Review*, 94 (2), pp. 251-267.
- Pollock, A. and Dunnigan, M. (2000). "Beds in the NHS: The national bed inquiry exposes contradictions in government policy", *British Medical Journal*, 320, pp. 461-462.

- Pollock, A., Dunnigan, M., Gaffney, D., McFarlane, A. and Majeed, FA. (1997). "What happens when the private sector plans hospital services for the NHS? Three case studies under the Private Finance Initiative", *British Medical Journal*, 314, pp. 1266-1271.
- Pollock, A., Dunnigan, M., Gaffney, D., Price, D. and Shaoul, J. (1999). "Planning the new NHS: Downsizing for the 21st century", *British Medical Journal*, 319, pp. 179-184.
- Polyzos, N. (2012). "A three-year performance evaluation of the NHS hospitals in Greece", *Hippokratia*, 16 (4), pp. 350-355.
- Pommer, E., Woittiez, I. and Stevens, J. (2007). "Comparing care: The care of the elderly in ten EU countries", *SCP-Publication 2007/32*, The Hague: The Netherlands Institute for Social Research.
- Powell, M. (2007). *Understanding the Mixed Economy of Welfare*, Bristol: Policy Press.
- Powell, M. (2008). "Welfare state reforms in the United Kingdom", in Seeleib-Kaiser, M. (ed.), *Welfare State Transformations*, Houndmills, Basingstoke: Palgrave.
- Propper, C. (2010). *The Operation of Choice and Competition in Healthcare: A Review of the Evidence*, 2020 Public Services Trust.
- Propper, C., Burgess, S. and Green, K. (2004). "Does competition between hospitals improve the quality of care", *Journal of Public Economics*, 88, pp. 1247-1272.
- Propper, C., Burgess, S. and Gossage, D. (2008). "Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991-9", *Economic Journal*, 118 (525), pp. 38-170.
- PROTECT (2015). *Drug Consumption Databases in Europe*, http://www.icf.uab.es/ca/pdf/publicacions/DU_inventory_master.pdf (accessed: 8/9/2015).
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work*, Princeton: Princeton University Press.
- Rockliffe, B. (2005). "International volunteering: An evolving paradigm", *Voluntary Action* 7 (2), pp. 35-44.
- Rodrigues, J.M. (1993). "DRGs: Origin and dissemination throughout Europe", in Casas, M. and Wiley, M.M. (eds), *Diagnosis Related Groups in Europe*, Berlin: Springer.
- Rogers, E. (1983). *Diffusion of Innovations*, New York: The Free Press.
- Rothgang, H. (2009). "Converging governance in healthcare systems?", in Dingeldey, I. and Rothgang, H. (eds), *Governance of Welfare State Reform: A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Health, Pension, Labour Market, and Educational Policies*, Cheltenham: Edward Elgar.

- Rothgang, H., Cacace, M., Grimmeisen, S. and Wendt, C. (2010). *The State and Health-care: Comparing OECD Countries*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rothgang, H., Cacace, M. and Schmidt, A. (2006). "Blurring regimes", Paper presented at the 4th ESPAnet Conference at the University of Bremen, 21-23 September.
- Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L. and Schmidt, A. (2008), "The changing public-private mix in OECD health-care systems", in Seeleib-Kaiser, M. (ed.), *Welfare State Transformations*, Houndmills, Basingstoke: Palgrave.
- Rothgang, H., Cacace, M., Grimmeise, S. and Wendt, C. (2005). "The changing role of the state in health care systems", in Leibfried, S. and Zürn, M. (eds), *Transformations of the State?*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Royal College of General Practitioners (2004). "The structure of the NHS", RCGP Information Sheet 8, [Online], available at: http://www.nasgp.org.uk/z_old_handbook/nhs_structure_rcgp_info_sheet.pdf.
- Salamon, L.M. and Sokolowski, W. (2001). *Volunteering in Cross-National Perspective: Evidence from 24 Countries*, Baltimore: The Johns Hopkins Center for Civil Society Studies.
- Saltman, R. and Cahn, Z. (2013). "Restructuring health systems for a era of prolonged austerity", *British Medical Journal*, 347, pp. 17-19.
- Saltman, R., Busse, R. and Figueras, J. (eds) (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Sampson, R.J. and Groves, W.B. (1989). "Community structure and crime: Testing social-disorganization theory", *American Journal of Sociology*, 94, pp. 774-802.
- Sampson, R.J. Raudenbush, S.W. and Earls, F. (1997). "Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy", *Science*, 277, pp. 918-924.
- Samuel, J. (2012). "What do today's recurring global economic and political crises mean for public health policy and practice? Could these crises be the catalyst for a radical shift in direction?", *Journal of Public Health Policy*, 33, pp. 273-278.
- Sandier, S., Paris, V. and Polton, D. (2004). *Health Care Systems in Transition: France, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.*
- Schmidt, A., Cacace, M., Götze, R. and Rothgang, H. (2010). "Explaining health care system change: Problem pressure and emergence of 'hybrid' health care systems", *Journal of health Politics, Policy and Law*, 35 (4), pp. 454-485.

- Schut, E., Sorbe, S. and Høj, J. (2013). "Health care reform and long-term care in the Netherlands", Economics Department Working Paper 1010, Paris: OECD.
- Secretary of State for Health, United Kingdom (2000). *The NHS Plan*, London: HMSO.
- Sherraden, M.S., Stringham, J., Sow, S.C. and McBride, A.M. (2006). "The forms and structure of international voluntary service", *Voluntas*, 17, pp. 163-180.
- Sherwood, K.B. and Lewis, G.J. (2000). "Accessing health care in a rural area: An evaluation of a voluntary medical transport scheme in the English midlands", *Health and Place*, 6, pp. 337-350.
- Sills, D. (1957). *The Volunteer*, Glencoe: Free Press.
- Simonson, S.K. (1987). "Peer counseling in health care", *Social Work in Health Care*, 12 (4), pp. 1-19.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V. and Liaropoulos, L. (2008). "Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins", *Health Policy*, 88 (2-3), pp. 282-293.
- Skinner, M.W. and Joseph, A.E. (2007). "The evolving role of voluntarism in ageing rural communities", *New Zealand Geographer*, 63, pp. 119-129.
- Skinner, M.W. and Joseph, A.E. (2009). "Placing voluntarism within evolving spaces of care in ageing rural communities", *Geojournal*, 6, pp. 59-84.
- Skinner, M.W. and Power, A. (2011). "Voluntarism, health and place: Bringing an emerging field into focus", *Health and Place*, 17, pp. 1-6.
- Skinner, M.W. and Rosenberg, M.W. (2006). "Managing competition in the countryside: Non-profit and for-profit perceptions of long-term care in rural Ontario", *Social Science and Medicine*, 63, pp. 2864-2876.
- Smee, C. (2000). "Special section: Reconsidering the role of competition in health care markets – United Kingdom", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (5), pp. 945-951.
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L. (2015). "Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: Old habits die last...", *European Journal of Health Economics*, forthcoming.
- Stansfeld, A., Bosma, H., Hemingway, H. and Marmot, M. (1998). "Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II study", *Psychosomatic Medicine*, 60 (3), pp. 247-255.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*, London: Oxford University Press.

- Steinmo, S. and Watts, J. (1996). "It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), pp. 329-372.
- Stiglitz, J. (2002). *Globalization and its Discontents*, New York: Norton.
- Stone, D. (2007). "Transfer agents and global networks in the 'transnationalization' of policy", *Journal of European Public Policy*, 11 (3), pp. 545-566.
- Stuckler, D. and Basu, S. (2013). *The Body Economic, Why Austerity Kills: Recessions, Budget Battles and the Politics of Life and Death*, New York: Basic Books.
- Sutton, R. (1994). "The British National Health Service", *Pace*, 17 (1), pp. 1178-1181.
- Swedish Federation of County Councils (2001). "Publicly Financed Ambulatory Care 2000: Offentligt Finansierad Privat Oppen vard 2000", *Länsförsäkringar*, [Online], available at: <http://www.lf.se/sek/tankstatistik.htm> (accessed: 17 July 2010).
- Swedish Institute (2009). *Health Care in Sweden, SI*, [Online], available at: <http://www.sweden.se> (accessed: 12 August 2010).
- Tanner, M. (2008). "The grass is not always greener: A look at national health care systems around the world", *Policy Analysis*, 613 (1), pp. 1-48.
- Timmins, N. (2011). "Treasury struggles to win PFI rebates", *Financial Times*, London, <http://www.ft.com/cms/s/0/7e77b642-39be-11e0-8dba-00144feabdc0.html#axzz1KKQB4z7D> (accessed: 29/03/2013).
- Toth, F. (2010). "Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms", *Health Policy*, 95 (1), pp. 82-89.
- Toth, F. (2013). "The choice of healthcare models: How much does politics matter?", *International Political Science Review*, 34 (2), pp. 159-172.
- Tountas, Y. (2003). "Comparative analysis of health care systems of ten developed countries", *Archives of Hellenic Medicine*, 20 (1), pp. 76-87.
- Townsend, P., Davidson, N. and Whitehead, M. (1986). *The Black Report and the Health Divide*, Harmondsworth: Penguin.
- Tuohy, C.H. (1999). *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*, New York: Oxford University Press.
- UNICEF and WHO (2004). *Low Birth Weight: Country, Regional and Global Estimates*, New York: UNICEF.

- van der Zee, J. and Kroneman, M.W. (2007). "Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs", *BMC Health Services Research*, (7) 94, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/94> [accessed: 30/5/2013].
- van Kersbergen, K. and Vis, B. (2014). *Comparative Welfare State Politics: Development, Opportunities and Reform*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T. and Avendamo, M. (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), pp. 727-731.
- Vrangbæk, K. (2008). "Public-Private partnerships in the health sector: The Danish experience", *Health Economics, Policy and Law*, 3 (2), pp. 141-163.
- Vuori, H. (1984). *Qué es la atención primaria de salud?* (What is primary health care?), Atención Primaria.
- Wendt, C. (2009). "Mapping European healthcare systems: A comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare", *Journal of European Social Policy*, 19 (5), pp. 432-445.
- WHO (2000). *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2002a). *NGOs in WHO reform*, Geneva: WHO.
- WHO (2002b). *Understanding Civil Society Issues for WHO*, Geneva: WHO.
- WHO (2003). *Key Policy Issues in Long-term Care, World Health Organization Collection on Long-Term Care*, Geneva: WHO.
- WHO (2009). *The European Health Report 2009: Health and Health Systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2010). *Priorities for Research on Equity and Health: Implications for Global and National Priority Setting and the Role of WHO to Take the Health Equity Research Agenda Forward*, Geneva: WHO.
- WHO (2011). *Implication of Economic Crises on Mental Health*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2013a). *Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region*, Geneva: WHO.
- WHO (2013b). *Guidance on INN*, [Online], available at <http://www.who.int/medicines/services/inn/innguidance/en/index.html> [accessed: 9 August 2013].
- Wiles, J. (2003). " 'Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context", *Health and Social Care in the Community*, 11, pp. 189-207.

- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London: Routledge.
- Wilkinson, R. and Pickett, K. (2006). "Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence", *Social Science and Medicine*, 62 (7), pp. 1768-1784.
- Williams, J. and Rossiter, A. (2004). *Choice: The evidence*, London: Social Market Foundation.
- Wilsford, D. (1994). "Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way?", *Journal of Public Policy*, 14 (3), pp. 251-283.
- World Federation of Public Health Organizations (1978). *Non Governmental Organizations and Primary Health Care*, Geneva: Institute of Social and Preventive Medicine.
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K. and Kyriopoulos, J. (2013). "Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece", *European Journal of Public Health*, 23 (2), pp. 206-210.
- Αντώνογλου, Δ., Κουφοπούλου, Π. και Βοζίκης, Α. (2013). «Παραοικονομία στην Υγεία: Τάσεις ανά τον κόσμο και προοπτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 12 Οκτωβρίου.
- Βαϊλάκης, Γ., Πλιάκας, Γ. και Τρουλλινός, Θ. (2005). *ΣΔΙΤ, Αυτοχρηματοδοτούμενα, Συγχρηματοδοτούμενα Έργα, Συμβάσεις Παραχώρησης*, Ηράκλειο: ΤΕΕ, Τμήμα Ανατολικής Κρήτης.
- Βακάλη, Ν. (2011). «Ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας: Ρόλος της οικογένειας, κράτους και ιδιωτικού τομέα σε διεθνή προοπτική – Θεωρητικές και πρακτικές διαστάσεις», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Βίτσου, Ε. (2009). *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2009*, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα: IOBE.
- Γάτος, Γ. (2015). «Ανασφάλιστοι 4 στους 10 εργαζόμενους», *Ημερησία*, Αθήνα, σελ.12 (20 Ιανουαρίου 2015).
- Γκίκας-Πανούσης, Σ. (2008). «Σύμπραξη Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) με εστίαση στον τομέα της Υγείας, Μεταπτυχιακή εργασία στη Διοίκηση των Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

- ΔΕΠΑΝΟΜ ΑΕ (2013). <http://www.depanom.gr/default.asp?langid=1> (πρόσβαση: 22/3/2013).
- DOCMED (2014). «Βάρδιες χωρίς καν ορούς και γάζες λόγω τραγικών ελλείψεων», *DOCMED*, 23 Νοεμβρίου, <http://www.docmed.gr/vardies-choris-kan-orous-ke-gazes-logo-tragikon-ellipseon/> (πρόσβαση: 20/11/2014).
- Δρόσος, Μ. (2012). «Αυτοί είναι οι νέοι μισθοί των νοσοκομειακών», *Η Νίκη*, Αθήνα, σελ. 8 (8/11/2012).
- ΕΕ (2013). *Πράσινο Βιβλίο Σχετικά με τις Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα*, http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/businesses/public_procurement/l22012_el.htm (πρόσβαση: 28/3/2013).
- ΕΛΣΤΑΤ (2011). *Δελτίο Τύπου: Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Πανεπιστημίου Αθηνών για την Εφαρμογή του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας σε Εθνικό επίπεδο* (11/1/2011), Πειραιάς.
- ΕΛΣΤΑΤ (2013α). *Δελτίο Τύπου: Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011* (Προσωρινές εκτιμήσεις), (24/4/2013), Πειραιάς.
- ΕΛΣΤΑΤ (2013β). *Οδηγίες προς τους Ερευνητές της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2013*, Πειραιάς; Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΛΣΤΑΤ (2014). *Δελτίου Τύπου, Έρευνα Οικογενειακών προϋπολογισμών 2013*, Πειραιάς; Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΟΠΥΥ (2014). *Τροποποίηση Μεγεθών του προς Έγκριση Προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ Έτους 2015 Κατόπιν Παρατηρήσεων του Υπ. Υγείας, Απόφαση Νο 1145*, http://www.peef.gr/images/stories/peef_files/proiologismos%20εοργυ%202015.pdf (πρόσβαση: 1/9/2015).
- ΕΣΔΥ (2012). *Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας: Το Εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)*, http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Ανασυγκρότηση%20και%20Χρηματοδότηση%20της%20Ασφάλισης%20Υγείας_final.pdf (πρόσβαση: 7/2/2014).
- ΕΣΔΥ (2013). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «Πύλη Εισόδου» των Διαρθρωτικών Αλλαγών στην Υγεία*, Αθήνα: ΕΣΔΥ.
- Esping-Andersen, G. (2006). *Οι Τρεις Κόσμοι του Καπιταλισμού της Ευημερίας*, επισημονική επιμέλεια Πετμεζίδου, Μ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2013α). *Μακροχρόνια Φροντίδα* [Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_el.htm, πρόσβαση 8/3/2013].

- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2013β). *Δημόσια Υγεία*, http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/orphan_drugs/index_el.htm (πρόσβαση: 12/9/2013).
- Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ ΑΕ (2013). <http://www.idika.gr/> (πρόσβαση: 11/7/2013).
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (2014). *Θεραπευτικό Πρωτόκολλο Συνταγογράφησης (ΘΠΣ)*, <http://www.e-healthnet.gr/tps/DetailAnnouncement.aspx?xmid=5> (πρόσβαση: 14/6/2014).
- Interamerican (2014). *Δελτίο Τύπου: «Ανάπτυξη των Συμπράξεων της INTERAMERICAN με την Τοπική Αυτοδιοίκηση για Άμεση Ιατρική Βοήθεια»*, 31 Μαρτίου, <http://www.interamerican.gr/default.asp?pid=176&rID=750&la=1> (πρόσβαση: 20/6/2014).
- IOBE (2011). *Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου*, Αθήνα.
- IOBE (2013). *Αναπτυξιακές Προοπτικές της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας*, Αθήνα.
- Καραγιάννη, Σ. και Πεμπετζόγλου, Μ. (2008). «Δημοσιονομικές επιπτώσεις των ΣΔΙΤ: Η περίπτωση της Ελλάδας», 3ο Διεθνές Συνέδριο της Επιστημονικής Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, 24-25 Οκτωβρίου.
- Κονδύλης, Η., Αντωνοπούλου, Λ. και Μπένος, Α. (2008). «Συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία: Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (4), σελ. 496-508.
- Κουρής, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (2008). «Ο μεταβαλλόμενος ρόλος του κράτους στο ελληνικό σύστημα υγείας: Ο ιδιωτικός τομέας υγείας σε ρόλο οδηγού;», 3ο Διεθνές Συνέδριο της Επιστημονικής Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, 24-25 Οκτωβρίου.
- Κουρλιμπίνη, Β. (2015). *Φαρμακευτικές: Απέτυχε η Πολιτική για τα Γενόσημα*, Capital.gr, 4 Σεπτεμβρίου, <http://www.capital.gr/story/3059331> (πρόσβαση: 5/9/2015).
- Ματσαγγάνης, Μ. (1992). «Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βρετανία: Η περίπτωση των προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1 (1), σελ. 41-50.

- Ματσαγγάνης, Μ. (2001). «Σημείωμα για την οικονομική ανάλυση του τομέα υγείας», *Οικονομική της υγείας* (Σεμινάριο), Πανεπιστήμιο Κρήτης, εαρινό εξάμηνο ακαδημαϊκού έτους 2001-02.
- Μητράκος, Θ. και Τσακλόγλου, Π. (2003). «Οικονομική ανισότητα και φτώχεια στην Ελλάδα: Δομή και διαχρονικές μεταβολές», στο Βενιέρης, Δ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.), *Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και Προοπτικές*, Αθήνα: Εξάντας.
- Μπαμπούνης, Α. (δήμαρχος Σίφνου) (2014). Προσωπική τηλεφωνική συνέντευξη, 19/6/2014.
- Μπούκα, Ν. (2014). «Γυμνά από γιατρούς τα πολυϊατρεία του ΠΕΔΥ», *Εφημερίδα Μακεδονία*, 1/9/2014.
- Μπουλουτζά, Π. (2013). «ΟΟΣΑ: Τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας πληρώνουν οι Έλληνες», *Καθημερινή*, 25 Σεπτεμβρίου, <http://www.ygeianet.gr/box/cal/39001.pdf> (πρόσβαση: 13/12/2013).
- Μπουλουτζά, Π. (2014α). «Στροφή στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας», *Καθημερινή*, 1 Νοεμβρίου, <http://www.eurocapital.gr/index.php/permalink/62695.html> (πρόσβαση: 1/1/2014).
- Μπουλουτζά, Π. (2014β). «Βάρδια στην κλινική με ένα λευκοπλάστ», *Καθημερινή*, 23 Νοεμβρίου, <http://www.kathimerini.gr/793145/article/epikai-rothta/ellada/vardia-sthn-klinikh-me-ena-leykoplasmata> (πρόσβαση: 2/1/2015).
- Μπουλουτζά, Π. (2015). «Ανω του 1,5 δισ. το έλλειμμα του ΕΟΠΥΥ», *Καθημερινή*, 1 Σεπτεμβρίου, <http://www.kathimerini.gr/829136/article/epikairothta/ellada/anw-toy-15-dis-to-elleimma-toy-eopyy> (πρόσβαση: 3/9/2015).
- Νταλάκου, Β. (2008). *Μελέτη Περίπτωσης: Η Συμπεριφορά των «Κατεργάριδων» και των «Ιπποτών» κατά τις Μεταρρυθμίσεις του Βρετανικού Συστήματος Ιατρικής Φροντίδας*, ΕΑΠ.
- Ιός (2007). «Στην Ελλάδα ο άγγλος ασθενής», *Ελευθεροτυπία*, <http://www.iospress.gr/ios2007/ios20071216.htm> (πρόσβαση 10/04/2013).
- Οικονόμου, Χ. (2012). *Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα: Ο Ρόλος και η Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Επιστημονική Εκθεση 7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Οικονόμου, Χ. (2013). «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία...», *Foreign Affairs*, 21 Νοεμβρίου, <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show> (πρόσβαση: 1/9/2015).

- ΟΟΣΑ (2012). «Ελλάδα: Επιθεώρηση της Κεντρικής Διοίκησης», Προϋπολογισμός, Κεφάλαιο 4, http://www.oecdilibrary.org/governance/oecd-public-governance-reviews_9789264179158-el (πρόσβαση: 10/10/2014).
- Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος (2012). Το υπ. αριθμ. 3432/2012 έγγραφο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου προς τους φαρμακευτικούς συλλόγους της χώρας σχετικά με τα rebates.
- Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας (2013α). Εφαρμογή Εθνικών Λογαριασμών Υγείας 2003-2011 με τη Μεθοδολογία του ΟΟΣΑ-SHA, Αθήνα.
- Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας (2013β). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας: Δαπάνες Υγείας (διαφάνειες), Αθήνα.
- Παπαθεοδώρου, Χ. (2004). «Εννοιολογικά και μεθοδολογικά ζητήματα στη μέτρηση της οικονομικής ανισότητας: Τι επίδραση έχουν οι εναλλακτικές παραδοχές και ερμηνείες;», στο Πετμεζίδου, Μ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.), *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Αθήνα: Εξάντας.
- Παπαθεοδώρου, Χ. (2008). «Ο δημόσιος διάλογος για τη φτώχεια στην Ελλάδα και η νομιμοποίηση των κυρίαρχων εθνικών και υπερεθνικών πολιτικών», στο Αγγελίδης, Μ., Γράβαρης, Δ. και Σακκάς, Δ. (επιμ.), *Κοινωνική Θεωρία και Πολιτική Ευθύνη*, Αθήνα: Gutenberg.
- Παπαθεοδώρου, Χ. και Δαφέρμος, Γ. (2010). *Δομή και Τάσεις της Οικονομικής Ανισότητας και της Φτώχειας στην Ελλάδα και την ΕΕ: 1995-2008*, Επιστημονική Εκθεση 2, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπαθεοδώρου, Χ. και Μωυσίδου, Α. (2011). *Υγειονομική Περίθαλψη και Ανισότητα στην Ελλάδα: Η Διανεμητική Επίδραση του Συστήματος Υγείας*, Μελέτη 16, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπαθεοδώρου, Χ. και Πετμεζίδου, Μ. (2005). «Ανισότητα, αναδιανομή και καθεστώς ευημερίας: Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε.», στο Αργείτης, Γ. (επιμ.), *Οικονομικές Αλλαγές και Κοινωνικές Αντιθέσεις στην Ελλάδα: Οι Προκλήσεις στις Αρχές του 21ου αιώνα*, Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.
- Παρασκευόπουλος, Χ. (2008). «Κράτος ή/και «οιονεί αγορές; Η εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στους χώρους της δημόσιας υγείας και της δημόσιας εκπαίδευσης», *Βήμα Ιδεών*, 5 Δεκεμβρίου, <http://www.vimaideon.gr//Article.aspx?d=20081205&nid=10654925&sn=ΚΥΡΙΟ ΤΕΥΧΟΣ&spid=1478> (πρόσβαση: 9/10/2014).

- Παρασκευόπουλος, Χ. (2011). «Διαφθορά, ανισότητα και εμπιστοσύνη: Φαύλοι κύκλοι, ενάρετοι κύκλοι και δημόσια πολιτική», *Επιστήμη & Κοινωνία*, 26, σελ. 111-132.
- Πετμεζίδου, Μ. (2004). «Ο διάλογος για την παγκόσμια φτώχεια», στο Πετμεζίδου, Μ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.), *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Αθήνα: Εξάντας.
- Πετμεζίδου, Μ. (2014). «Από τη “χρυσή εποχή” στην εποχή της κρίσης» (πρόλογος), στο Esping-Andersen, G. (2014), *Οι Τρεις Κόσμοι του Καπιταλισμού της Ευημερίας*, Αθήνα: Τόπος.
- Πετροπούλου, Ε. (2014). «Στα 1.400 ευρώ το κόστος για ...την υγεία μας», *Ημερησία*, 24 Σεπτεμβρίου, <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26510&subid=2&pubid=113353812> (πρόσβαση: 1/9/2015).
- Πολύζος, Ν. (επιμ.) (2013). «Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης των μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ», *Έκθεση Μελέτης*, Κομοτηνή: ΔΠΘ.
- Πουλόπουλος, Χ. (2014). *Κρίση, Φόβος και Διάρρηξη της Κοινωνικής Συνοχής*, Αθήνα: Τόπος.
- Σακελλάρης, Α. και Παπαδόπουλος, Π. (2014). *Για το Ν/Σ του Υπουργείου Υγείας για ΕΣΑΝΑΕ*, <http://www.ygeianet.gr/box/cal/44793.pdf> (πρόσβαση: 1/11/2014).
- Σίσκου, Ο. (2006). *Εκτίμηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα*, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο.
- Σκαρμούτσος, Γ. (επιτελικό στέλεχος συντονισμού υπηρεσιών βοήθειας Interamerican) (2014). Προσωπική τηλεφωνική συνέντευξη, 20/6/2014.
- Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ. και Κυριόπουλος, Γ. (2012). *Το Νοσηλευτικό Προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα Κατάσταση και Τρέχουσες Προκλήσεις*, Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδάκη, Μ., Τσαντήλας, Π., Τρισώνη, Μ. και Ψαλτοπούλου, Θ. (2013). Βασικά σημεία της πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, <http://www.care.gr/post/7924/i-protasi-tis-task-force-gia-ton-eorpyy> (πρόσβαση 10/10/2013).
- ΣΦΕΕ (2012). *Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2012*, Αθήνα: ΣΦΕΕ-ΙΟΒΕ.
- Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας – ΥΑΚΠ (2013). *Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση*, <http://www.e-syntagografisi.gr/> (πρόσβαση: 11/7/2013).

- Υπουργείο Οικονομικών (2013). *Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014*, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας (2013). *Ανακοίνωση Υπουργείου Υγείας Αναφορικά με την Θετική Λίστα*, 26 Μαρτίου.
- ΥΓΚΑ (2011α). *Πόρισμα-Πρόταση Επιτροπής ΥΓΚΑ για τη Διερεύνηση Εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ*, Αθήνα.
- ΥΓΚΑ (2011β). *Ανακοίνωση ΥΓΚΑ Σχετικά με τα ΚΕΝ (18/10/2011)*.
- ΥΓΚΑ (2012α). *Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011*, Αθήνα.
- ΥΓΚΑ (2012β). *Στοιχεία Ιαν.-Μαρτ. 2012, Παρουσίαση Γενικού Γραμματέα ΥΓΚΑ*, 19 Απριλίου.
- ΥΓΚΑ (2014α). Υπ. αριθμ. Υ3/Γ.Π./οικ. 23726 εγκύκλιος για τη διαδικασία εφαρμογής του Ν. 4238/2014 - Διευκρινήσεις για την έναρξη λειτουργίας των Μονάδων Υγείας του ΠΕΔΥ.
- ΥΓΚΑ (2014β). Υπ. αριθμ. Υ3α/Γ.Π.οικ. 34408 εγκύκλιος για τη διαδικασία εφαρμογής του Ν. 4238/2014 - Διευκρινήσεις για τα Κέντρα Υγείας και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους στο πλαίσιο ένταξης και λειτουργίας τους στο ΠΕΔΥ.
- Φούρα, Γ. (2011). «Πώς διπλασιάστηκε το κόστος περιθάλψης», *Καθημερινή*, 18 Δεκεμβρίου, <http://www.kathimerini.gr/445845/article/epikairothta/ellada/pws-diplasiasthke-to-kostos-perithalyps> (πρόσβαση: 1/9/2015).
- Φωστηροπούλου, Ε. (2013). *Εφαρμογή των DRGs-Κεν στην Ελλάδα: Ανάλυση και Κριτική Προσέγγιση, Αδυναμίες Εφαρμογής: Η Οπτική Γωνία των Ιατρών*, Άνοικτο Πανεπιστήμιο Κύπρου, <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1370> (πρόσβαση: 1/9/2015).
- Χατζητόλιος, Α., Ζαμπίτης, Π., Σανίδας, Α., Ζαφειρόπουλος, Α. και Ασλανίδης, Ι. (2007). «Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας», *Ιατρικό Βήμα*, Φεβρουάριος-Μάρτιος.

Άλλες πηγές

Α. Νόμοι, οδηγίες και λοιπά κείμενα

- (2000). Ερμηνευτική ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με τις συμβάσεις παραχώρησης στο κοινοτικό δίκαιο (2000/C 121/02), Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:121:0002:0013:EL:PDF> (πρόσβαση: 28/3/2013).

- (2004). Οδηγία 2004/18/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31ης Μαρτίου 2004 περί συντονισμού των διαδικασιών σύναψης δημόσιων συμβάσεων έργων, προμηθειών και υπηρεσιών, Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, <http://www.infosoc.gr/NR/rdonlyres/CEE51E5F-6978-4679-B057-605018574023/319/D200418EK.pdf> (πρόσβαση: 28/3/2013).
- (2005). Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο νόμου «Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα» της 3ης Αυγούστου 2005. Αθήνα: Βουλή των Ελλήνων.
- AEMY AE (2013). <http://www.aemy.gr/web/guest/profile>
- Αιτιολογική έκθεση Ν. 3871/2010
- Αιτιολογική έκθεση Ν. 3892/2010
- Αιτιολογική έκθεση Ν. 4238/2014
- ΕΛΣΤΑΤ. Ετήσιοι εθνικοί λογαριασμοί, διάφορα τεύχη.
- ESY.net (2012). Ετήσια στοιχεία της λειτουργίας νοσοκομείων και κέντρων υγείας, (Νοέμβριος 2013).
- ΚΥΑ αριθμ. Υ4ε/130675 (ΦΕΚ 2115 Β'/14.10.2008) Αύξηση τιμολογίου νοσηλίων Ιδιωτικών Κλινικών της χώρας.
- ΚΥΑ αριθμ. ΔΥΓ3/οικ.104893 (ΦΕΚ 2141 Β'/2011) Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α' του Ν. 3816/2010.
- ΚΥΑ αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ. 2466 ΚΥΑ (ΦΕΚ 58 Β'/2011) Τροποποίηση της υπ. Αριθμ. Φ80000/ΟΙΚ.8755/892/2010 (ΦΕΚ 417 Α') ΚΥΑ «Καθορισμός εφαρμογής αντικειμενικών κριτηρίων για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του Καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων βάσει των διατάξεων του άρθρου 12 παρ. 1 περ. β του νόμου 3816/2010 (ΦΕΚ 6 Α').
- ΚΥΑ αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.104747 (ΦΕΚ 2883 Β'/2012) Τροποποίηση της υπ' αριθμ.Φ.42000/οικ.2555/353/2012 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 497 Β'/2012) «Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ. 42000/οικ. 12485/1481/2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1814 Β'/2012).
- Ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15 Α'/1997). Σύσταση Κλάδου Ασφάλισης Αγροτών και άλλες διατάξεις.
- Ν. 2646/98 (ΦΕΚ 236 Α'/20.10.1998), Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.

- N. 2889/01 (ΦΕΚ 37 Α΄/2.3.2001), Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 2955/01 (ΦΕΚ 256 Α΄/2.11.01), Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥ και άλλες διατάξεις, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 3204/03 (ΦΕΚ 296 Α΄/23.12.2003), Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 3370/05 (ΦΕΚ 176 Α΄/11.7.2005), Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 3329/05 (ΦΕΚ 81 Α΄/4.4.2005), Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 3389/05 (ΦΕΚ 232 Α΄/22.9.2005), Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 3457/2006 (ΦΕΚ 93 Α΄/2006). Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης.
- N. 3790/2009 (ΦΕΚ 143 Α΄/2009). Εταιρεία ιδιωτικών πλοίων αναψυχής, επιβολή ειδικού φόρου και έκτακτης εισφοράς στα πλοία αναψυχής, ρύθμιση φορολογικών θεμάτων, θεμάτων του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους και λοιπές διατάξεις.
- N. 3816/2010 (ΦΕΚ 6 Α΄/2010). Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις.
- N. 3871/2010 (ΦΕΚ 141 Α΄/2010). Δημοσιονομική Διαχείριση και Ευθύνη.
- N. 3892/2010 (ΦΕΚ 189 Α΄/2010). Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.
- N. 3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α΄/2011). Σύστημα Προμηθειών Υγείας και Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.
- N. 4046/2012 (ΦΕΚ 28 Α΄/2012) Εγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας.
- N. 4052/2012 (ΦΕΚ 41 Α΄/2012). Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοι-

νωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Εγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (ΕΤΧΣ), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.

- N. 4093/2012 (ΦΕΚ 222 Α'/2012). Εγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016 – Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016.
- N. 4238/2014 (ΦΕΚ 38 Α'/2014). Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.
- N. 4286/2014 (ΦΕΚ 194 Α'/2014). Γενικές διατάξεις τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων – σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρείας συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία».
- N. 4238/14 (ΦΕΚ 38 Α'/17.2.2014), Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 4286/14 (ΦΕΚ 194 Α'/19.9.2014), Γενικές διατάξεις για τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων – σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία» – Προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012/39/ΕΕ της επιτροπής της 26ης Νοεμβρίου 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- N. 4336/2015 (ΦΕΚ 94 Α'/2015). Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης.
- ΠΔ 346/98 (ΦΕΚ 230 Α'/12.10.1998). Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας για τις δημόσιες συμβάσεις υπηρεσιών προς τις διατάξεις της Οδηγίας 92/50/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 18ης Ιουλίου 1992, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- ΠΔ 18/00 (ΦΕΚ 15 Α'/3.2.2000). Τροποποίηση του Π.Δ. 346/98 (Α' 230) «Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας για τις δημόσιες συμβάσεις υπηρεσιών προς τις διατάξεις της Οδηγίας 92/50/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 18ης Ιουλίου 1992» σε συμμόρφωση με τις διατάξεις της Οδηγίας 97/52/ΕΚ της 13ης Οκτωβρίου 1997, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.

- ΦΕΚ 99 Β'/1998 Ορισμός Νοσηλίου Νοσοκομείων.
- ΦΕΚ 740 Β'/2010 Αριθμ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.63696 Κατάλογος μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ).
- ΦΕΚ 1702 Β'/2011 Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ.
- ΦΕΚ 2150 Β'/2011 Συμπλήρωση της Υ4α/οικ. 85649/2011 ΚΥΑ «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ».
- ΦΕΚ 2456 Β'/2011 Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
- ΦΕΚ 3035 Β'/2012 Υπ. αρ. 110034 απόφαση «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Claw back) έτους 2013» κ.ά.
- ΦΕΚ 3054 Β'/2012 Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456 Β'/2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233 Β'/2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει.
- ΦΕΚ 946 Β'/2012 Αριθ. Υ4α/οικ.18051: Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702 Β'/2011), όπως μετέπειτα τροποποιήθηκε με την αριθ. Υ4α/οικ.13740/2012 κοινή υπουργική απόφαση «Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ. 85649/2011 κοινής υπουργικής απόφασης "Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ" (ΦΕΚ 1702 Β'/2011)» (ΦΕΚ 940 Β'/2012).
- ΦΕΚ 1789 Β'/2013 Υπ. αρ. οικ. 14025 απόφαση «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Claw back) έτους 2013 δαπανών νοσηλείας, διαγνωστικών εξετάσεων και φυσικοθεραπείας».
- ΦΕΚ 2045 Β'/2013 Αντικατάσταση της υπ' αριθμ. οικ. 14025/2013 απόφασης του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1789 Β') «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (claw back) έτους 2013 δαπανών νοσηλείας, διαγνωστικών εξετάσεων και φυσικοθεραπείας» και Τροποποίηση της υπ' αριθμ. οικ. 110034/2012 απόφασης του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 3035 Β'), με τίτλο «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Claw back) έτους 2013».
- ΦΕΚ 1530 Β'/2014 Υπ. αριθμ. οικ. 49515 Απόφαση. Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων.
- ΦΕΚ 64 Β'/2014 Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων.

ΦΕΚ 1117 Β'/2015 Υπ. αριθμ. Γ5:34043 Απόφαση. Αντικατάσταση των παραγράφων 1 και 2 και των παραρτημάτων της υπ' αριθμ. Υ9/οικ. 53768/ΦΕΚ 1796/Β'/2014 υπουργικής απόφασης με θέμα «Καθορισμός ελάχιστων ποσοσטיαίων ορίων συνταγογράφησης φαρμάκων δραστικών ουσιών οι οποίες δεν τελούν υπό καθεστώς προστασίας και καθορισμός ορίου δαπάνης συνταγογράφησης φαρμάκων», που αφορά στον καθορισμό ορίου δαπάνης συνταγογράφησης φαρμάκων.

Β. Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων

ΕΛΣΤΑΤ, www.statistics.gr

Eurostat, ec.europa.eu/eurostat

OECD, www.oecd.org

ΣΔΙΤ, www.sdit.mnec.gr

WHO, www.who.int

(I-A) Συνοπτική παρουσίαση των θεσμικών αλλαγών στο πλαίσιο της «συμφωνίας διάσωσης»¹⁴⁸

1 Μεταρρύθμιση στην κοινωνική ασφάλιση και την υγεία με το «Μνημόνιο Ι»

Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, προβλέπεται η εφαρμογή του συστήματος διπλογραφικού λογιστικού ελέγχου¹⁴⁹ των χρήσεων σε νοσοκομεία, η περιοδική δημοσίευση των ελεγμένων ισολογισμών, καθώς και αναβάθμιση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης, με στόχο την επίβλεψη των δαπανών υγείας (**Νόμος 3845/2010**). Συγχρόνως, προωθείται η δημιουργία συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΣΗΣ)¹⁵⁰ για τη διαχείριση των φαρμάκων και την παρακολούθηση των συνταγών των γιατρών, το οποίο ευνοεί τη χρήση και κατανάλωση των γενόσημων φαρμάκων (**Νόμος 3892/2010**).

148. Στη σύνταξη των κειμένων του Παραρτήματος 1 συνέβαλε η Αγγελική Μωυσίδου.

149. Γεγονός που σημαίνει ότι ο προηγούμενος Νόμος 3697/2008 περί Ενίσχυσης της διαφάνειας του Κρατικού Προϋπολογισμού, ελέγχου των δημοσίων δαπανών, μέτρων φορολογικής δικαιοσύνης και άλλων διατάξεων δεν εφαρμόστηκε επιτυχώς ως προς το ζήτημα αυτό.

150. Ιατροί, φαρμακοποιοί, καθώς και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας διαμέσου των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, οφείλουν να εγγράφονται ως χρήστες του ΣΗΣ, το οποίο διαχειρίζεται ο Φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης-ΗΔΙΚΑ ΑΕ.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Επιπλέον, με το νόμο **3008/2011** συμπληρώνεται ότι οι ιατροί του ΕΟΠΥΥ εκτός ωραρίου εργασίας τους, καθώς και οι μη συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιατροί μπορούν να συνταγογραφούν φαρμακευτικά σκευάσματα ή παρακλινικές εξετάσεις μέσω του ΣΗΣ, οι οποίες θα εκτελούνται αποκλειστικά σε συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ διαγνωστικά κέντρα.

Με αυτό τον τρόπο το ΣΗΣ δύναται να παρέχει υποστήριξη της Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) για τον έλεγχο και την εκκαθάριση των συνταγών και παραπεμπτικών, αλλά και την εν γένει παρακολούθηση των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης και υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπλέον, η συγκέντρωση και συνεχής αξιολόγηση των στατιστικών πληροφοριών δίνει τη δυνατότητα για συντονισμένη εποπτεία των δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όλων των φορέων και κλάδων ασθένειας.¹⁵¹

Στο πλαίσιο εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας, η Κυβέρνηση υποχρεούται να προβεί σε άμεσο διαχωρισμό του κλάδου υγείας από τον κλάδο συνταξιοδότησης, σε απλοποίηση του υπερβολικά κατακεραματισμένου συστήματος και ακολούθως σε συγκέντρωση του συνόλου των υγειονομικών δραστηριοτήτων υπό την αποκλειστική αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Αναφορικά με τον τομέα ασφάλισης, στο Μνημόνιο Ι δηλώνεται ρητά ότι η ασφαλιστική μεταρρύθμιση κρίνεται αναγκαία, ώστε το συνταξιοδοτικό σύστημα να διατηρήσει τη βιωσιμότητά του και να μην περιέλθει σε αδυναμία πληρωμών. Ως εκ τούτου, προβλέπεται η συγχώνευση των 13 ταμείων που προέκυψαν από τη συγχώνευση με βάση νομοθεσία του 2008, σε 4 ταμεία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΕΤΑΑ), η οριοθέτηση της ηλικίας συνταξιοδότησης στα 65 έτη, αυξανόμενη παράλληλα με το προσδόκιμο ζωής,¹⁵² η αποθάρρυνση για θεμελίωση πρόωρης συνταξιοδότησης, η ενίσχυση της σύνδεσης μεταξύ εισφορών και παροχών, μέσω ενιαίων κανόνων που θα ισχύουν κατ' αναλογία για όλους της εργαζόμενους, καθώς και ο περιορισμός των επαγγελματιών που συγκαταλέγονται στον κατάλογο των βαρέων και ανθυγιεινών.

Να σημειωθεί ότι η Κυβέρνηση είχε ήδη ξεκινήσει κύκλο μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στον τομέα ασφάλισης. Ειδικότερα, ο **Νόμος 3655/2008** στοχεύει στη βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, μέσω διοικητικών και οργανωτικών αλλαγών. Προωθείται η συγχώνευση των

151. Η δημιουργία και τήρηση της βάσης δεδομένων ΣΗΣ πραγματοποιείται με την επιφύλαξη των διατάξεων του Ν. 2472/1997 σχετικά με «την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» (ΦΕΚ 50 Α').
152. Το νέο ασφαλιστικό σύστημα προβλέπει επίσης μια σύνταξη κοινωνικού χαρακτήρα με εισοδηματικά κριτήρια για όσους πολίτες βρίσκονται πάνω από την κανονική ηλικία συνταξιοδότησης, ώστε να παρέχεται ένα δίχτυ ασφαλείας, συμβατό ωστόσο με τη βιωσιμότητα των δημοσίων οικονομικών.

συνταξιοδοτικών ιδρυμάτων, έτσι ώστε ο αριθμός της θα μειωθεί σε 13 ενοποιημένα ταμεία (έναντι των προηγούμενων 92 ταμείων).¹⁵³ Έτσι, συγκροτούνται 5 μεγάλα ταμεία κύριας ασφάλισης: 1) το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-TEAM), συμπεριλαμβανομένου του αριθμού ταμείων των τραπεζοϋπαλλήλων και των δημοσίων υπαλλήλων των οργανισμών κοινής ωφελείας, 2) το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων των Αυτοαπασχολούμενων Εργαζομένων (ΟΑΕΕ), το οποίο συνενώνεται με το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Προσωπικού Εμπορικής Ναυτιλίας (ΝΑΤ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και κάποια άλλα μικρότερα ταμεία, 3) το Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ) που ενσωματώνει δικηγόρους, γιατρούς και μηχανικούς, 4) το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ-ΜΜΕ), το οποίο προκύπτει από τη συγχώνευση των υφιστάμενων μικρότερων ταμείων για τους εργαζομένους στα ΜΜΕ, και 5) ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) που καλύπτει τους αγρότες και γεωργικούς εργάτες.

Συγχρόνως, σχηματίζονται 8 επικουρικά ταμεία στον κλάδο επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας¹⁵⁴: 1) Το Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ), 2) το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών Ιδιωτικού Τομέα (ΤΕΑΙΤ), 3) το Ταμείο Πρόνοιας Ιδιωτικού Τομέα (ΤΑΠΙΤ), 4) το Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ), 5) το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων (ΤΕΑΔΥ), 6) το Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων (ΤΠΔΥ), 7) ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και 8) το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Απασχολούμενων στα Σώματα Ασφαλείας (ΤΕΑΠΑΣΑ).

Δεδομένων των δημογραφικών τάσεων, ο Νόμος προβλέπει τη σύσταση του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ), με σκοπό τη διασφάλιση της επάρκειας των συντάξεων για τις νέες γενεές. Η δημιουργία αποθεματικών για τη χρηματοδότηση των κλάδων σύνταξης των Φορέων Κοινωνικής

153. Μολονότι σταδιακά προωθείται η υιοθέτηση κοινών κανονισμών προς όλα τα ταμεία, τα περισσότερα από αυτά συνεχίζουν να διατηρούν τα διακριτικά τους χαρακτηριστικά, ενώ δεν προβλέπονται σημαντικές αλλαγές στον τρόπο χρηματοδότησής τους (κυρίως μέσω εισφορών εργοδότη-εργαζόμενου).

154. Ο Νόμος ορίζει ως ανώτατο όριο για τις επικουρικές συντάξεις το 20% των συντάξιμων αποδοχών. Τα ταμεία που υπερβαίνουν αυτό το όριο θα πρέπει να προχωρήσουν σε σταδιακή μείωση από το 2013 και έπειτα.

Ασφάλισης (από 1.1.2019 και έπειτα) μπορεί να προκύψει από έσοδα αποκρατικοποιήσεων Δημόσιων Επιχειρήσεων και Οργανισμών, από μέρος του ΦΠΑ, καθώς και από κοινωνικούς πόρους που καταβάλλουν οι ΦΚΑ.

Συγχρόνως, ο Νόμος θέτει αυστηρότερα κριτήρια επιλεξιμότητας για πρόωρη συνταξιοδότηση και προωθεί την παραμονή των ηλικιωμένων στην αγορά εργασίας με την παραχώρηση χρηματικής προσαύξησης στη σύνταξή τους. Επιπλέον, αυξάνεται το ηλικιακό όριο συνταξιοδότησης των γυναικών με ανήλικα τέκνα ή παιδιά με αναπηρία από 50 σε 55 έτη¹⁵⁵ ενώ η ηλικία συνταξιοδότησης για τις γυναίκες που μπήκαν στην αγορά εργασίας μέχρι και το 1992, και συμπληρώνουν 35 έτη εργασίας, αυξάνεται σταδιακά στα 60 έτη.

Παράλληλα, ο Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ)¹⁵⁶ καθιερώνεται υποχρεωτικά ως αριθμός εργασιακής και ασφαλιστικής ταυτοποίησης όλων των πολιτών της χώρας από την 1.6.2009¹⁵⁷. Ο ΑΜΚΑ χορηγείται από την ΗΔΙΚΑ ΑΕ και ακολούθως οι αρμόδιοι φορείς υποχρεούνται να διατηρούν συνεχώς ενημερωμένη τη βάση δεδομένων του Εθνικού Γενικού Μητρώου όλων των ασφαλισμένων και συνταξιούχων της χώρας, αλλά και το Εθνικού Γενικού Μητρώου εργοδοτών.

Λαμβάνοντας υπόψη τις προβλεπόμενες αυξήσεις της δαπάνης κοινωνικής ασφάλισης, οι **Νόμοι 3863/2010** και **3865/2010**, οι οποίοι έπονται του Μνημονίου Ι, στοχεύουν στη δραστική συγκράτηση των συνταξιοδοτικών δαπανών, καθώς και στην εξασφάλιση οικονομικής και λογιστικής αυτοτέλειας στα ταμεία υγειονομικής ασφάλισης. Με τους νόμους αυτούς εισάγεται μια διαρθρωτική αλλαγή στο σύστημα συνταξιοδότησης: από ένα «βισμαρκικού» τύπου αναδιανεμητικό σύστημα, σε ένα σύστημα διαφορετικών πυλώνων (multi-pillar system). Στο πλαίσιο αυτό, το Δημόσιο εγγυάται πλέον μόνον μία ελάχιστη βασική σύνταξη (πρώτος πυλώνας) – η οποία ορίζεται στα 360 ευρώ, αν και, σύμφωνα με διασαφήνιση του σχετικού άρθρου, μπορεί να μειωθεί περαιτέρω εφόσον

155. Η διάταξη αυτή ισχύει και στην περίπτωση χήρου ή διαζευγμένου πατέρα, ο οποίος έχει αναλάβει την επιμέλεια των παιδιών.

156. Ο ΑΜΚΑ έχει καθιερωθεί με το άρθρο 64 του ν. 2084/1992. Αργότερα συμπληρώθηκε το άρθρο 20, παράγραφος 8 του ν. 2556/1997, το άρθρο 39 του ν. 2676/1999 και το άρθρο 62, παράγραφος 8 του ν. 3518/2006.

157. Εντός μίας πενταετίας, ο ΑΜΚΑ οφείλει να αντικαταστήσει τον παλαιό Αριθμό Μητρώου.

αυτό κρίνεται αναγκαίο με δημοσιονομικούς όρους. Η διατύπωση που συμπεριλήφθηκε στο νόμο, σχετικά με το ότι το Δημόσιο εγγυάται τη διασφάλιση «αξιοπρεπούς σύνταξης για κάθε δικαιούχο», αποτελεί μια γενικόλογη αναφορά χωρίς δεσμευτικό περιεχόμενο.

Έτσι, από 1.1.2015 καθιερώνεται βασική¹⁵⁸ μηνιαία σύνταξη της όλου, ύψους 360 ευρώ (με έναρξη εφαρμογής το 2010). Δικαιούχοι της είναι αφενός οι ασφαλισμένοι των οργανισμών κύριας ασφάλισης (πλην ΟΓΑ), οι τακτικοί υπάλληλοι και λειτουργοί του Δημοσίου, οι στρατιωτικοί και οι τακτικοί υπάλληλοι των Ν.Π.Δ.Δ. και οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμίδας, ανεξαρτήτως χρόνου υπαγωγής στην ασφάλιση, που θεμελιώνουν συνταξιοδοτικό δικαίωμα από την 1.1.2015, και αφετέρου οι ανασφάλιστοι και όσοι έχουν πραγματοποιήσει λιγότερες από 4.500 ημέρες ή 15 έτη ασφάλισης σε ασφαλιστικούς οργανισμούς κύριας ασφάλισης ή το Δημόσιο και συγχρόνως πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια¹⁵⁹.

Ο δεύτερος πυλώνας περιλαμβάνει την ανταποδοτική (κύρια) σύνταξη, η οποία υπολογίζεται με βάση της εισφορές που καταβάλλονται καθόλο τον εργασιακό βίο. Η πλήρης εφαρμογή των νέων κανόνων αφορά όσους εντάσσονται σε φορείς κύριας ασφάλισης (πλην ΟΓΑ) από 1.1.2011 και οι οποίοι θεμελιώνουν δικαίωμα σύνταξης μετά την 1.1.2015.

Επισημαίνεται ότι πριν από την 1.1.2011 όσοι έχουν υπαχθεί για πρώτη φορά στην ασφάλιση οποιουδήποτε φορέα κύριας ασφάλισης ή Δημοσίου και θεμελιώνουν δικαίωμα σύνταξης γήρατος ή αναπηρίας μετά την 1.1.2015 δικαιούνται τμήμα σύνταξης που αντιστοιχεί στο χρόνο ασφάλισής τους έως 31.12.2010, το οποίο υπολογίζεται με βάση τα ποσοστά και τις συντάξιμες αποδοχές ή ασφαλιστικές κατηγορίες όπως αυτές ίσχυαν πριν από τη μεταρρύθμιση του 2010, καθώς και τμήμα σύνταξης που αντιστοιχεί στο χρόνο ασφάλισής τους από 1.1.2011 έως την ημερομηνία συνταξιοδότησής τους με βάση της νέους κανόνες.

158. Με τον όρο «βασική σύνταξη» εννοούμε το ποσό της σύνταξης που δεν αναλογεί σε ασφαλιστικές εισφορές και χορηγείται μετά την 1.1.2015, με τις αντίστοιχες προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος.

159. Οι δυνάμει συνταξιούχοι οφείλουν να έχουν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας τους, το ατομικό τους εισόδημα να μην ξεπερνά τα 5.040 ευρώ, το οικογενειακό τους τα 10.080 ευρώ και να διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα για τουλάχιστον δεκαπέντε έτη, μεταξύ του 15ου και του 65ου έτους της ηλικίας τους.

Παράλληλα, από το 2012 και μετά προβλέπεται ανακαθορισμός και των ηλικιακών ορίων συνταξιοδότησης ανά τριετία με βάση τη μεταβολή του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού της χώρας, με σημείο αναφοράς την ηλικία των 65 ετών.¹⁶⁰ Επιπλέον, δημιουργείται το ενιαίο σύστημα ελέγχου συντάξεων, το οποίο διαχειρίζεται η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ ΑΕ.), ενώ οι μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ εντάσσονται και λειτουργούν σε ενιαίο πλαίσιο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες, υπό την εποπτεία του Συμβουλίου Συντονισμού.

Σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές για την αναβάθμιση του ΕΣΥ εισάγονται με το **Νόμο 3868/2010**. Ειδικότερα, προβλέπεται η καθιέρωση ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας¹⁶¹, η επέκταση του ωραρίου των εξωτερικών ιατρείων, καθώς και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου, με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας του Συστήματος. Επιπλέον, επιβάλλεται η καταβολή του ποσού των 3 ευρώ¹⁶² για της της υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων. Πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργίας των νοσοκομείων, οι δαπάνες για ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις καλύπτονται από τις συμβάσεις που συνάπτονται αφενός με τους ασφαλιστικούς φορείς και αφετέρου με της ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Να σημειωθεί ότι η στροφή των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης για σύναψη συμβάσεων με τα δημόσια νοσοκομεία, και όχι τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, μπορεί να συμβάλει τόσο στη μείωση του κόστους για τα ασφαλιστικά ταμεία όσο και στη δημιουργία μιας πρόσθετης πηγής εσόδων για το ΕΣΥ.

Συγχρόνως, οι διατάξεις του Νόμου 3868/2010 επιδιώκουν μείωση των υπερωριών¹⁶³ των νοσοκομειακών γιατρών, με αποτέλεσμα ασφυκτικές πιέσεις

160. Με το Μνημόνιο III το όριο ήδη αυξήθηκε στα 67 έτη από 1.1.2013.

161. Οι Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών είναι υπόχρεοι για το σχεδιασμό και την εποπτεία της ολοήμερης λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

162. Το ποσό αυτό αυξήθηκε σε 5 ευρώ από τον Ιανουάριο του 2011.

163. Ωστόσο, ο **Νόμος 3754/2009** ορίζει ρητά ότι οι απαραίτητες εφημερίες, στις οποίες δεν εφαρμόζονται ελαστικά ωράρια και ελαστικές σχέσεις εργασίας, οφείλουν να επιτελούνται από το προσωπικό του Ε.Σ.Υ., με στόχο την ασφαλή και ομαλή λειτουργία των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση, ο Νόμος προσδιορίζει το ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών (επτάωρο, συνεχές, πρωινό και πενήντημερο), τις αποζημιώσεις των εφημεριών, τη φορολόγησή τους, τις εικοσιτετράωρες αναπαύσεις, καθώς και τα επιδόματα βιβλιοθήκης.

τόσο στα κεντρικά όσο και σε περιφερειακά νοσοκομεία, στα οποία σημειώνεται ανεπάρκεια ιατρικού προσωπικού. Παράλληλα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε ζητήματα λογοδοσίας και υποστήριξης του πολίτη με τη σύσταση του «Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη», του «Συμβουλίου Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» και της «Εθελοντικής Ομάδας Υγείας-Κοινωνικής Φροντίδας».

Σημαντικό σημείο του Νόμου αποτελεί και η αναφορά στους προηγούμενους Νόμους 3730/2008 και 3370/2005 σχετικά με τα μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους¹⁶⁴ από την 1.9.2010, σύμφωνα με τους κανονισμούς της ΕΕ. Συγχρόνως, απαγορεύεται αυστηρά η κάθε είδους διαφήμιση ή προώθηση προϊόντων καπνού σε όλους τους εξωτερικούς, υπαίθριους και εσωτερικούς χώρους, με εξαίρεση τα σημεία πώλησης.¹⁶⁵

Μια σημαντική αλλαγή εισάγεται με το **Νόμο 3918/2011**, ο οποίος προβλέπει τη σύσταση του «Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥ-Υ).¹⁶⁶ Ακολουθούν η έγκριση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ Β' 2456/2011), με πρώτιστο σκοπό την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης όλου του πληθυσμού¹⁶⁷ σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας που στοχεύει σε πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των πολιτών.¹⁶⁸

Ειδικότερα, ο ΕΟΠΥΥ δύναται να συμβάλλει στη μείωση των δαπανών και

164. Διευκρινίζεται ότι χώροι διασκέδασης και καζίνο, άνω των 300 τ.μ. με ζωντανή μουσική, εξαιρούνται από την παραπάνω απαγόρευση.

165. Ορίζονται αυστηρά πρόστιμα για τους παραβάτες καπνιστές (50 έως 500 ευρώ), τους υπεύθυνους διαχείρισης και λειτουργίας των χώρων-καταστημάτων (500 έως 10.000 ευρώ), για όσους πωλούν προϊόντα καπνού και αλκοόλ σε ανήλικους (500 έως 10.000 ευρώ), και όσους αδιαφορούν στην απαγόρευση διαφήμισης ή προώθησης προϊόντων καπνού (500 έως 10.000 ευρώ).

166. Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) και τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

167. Στο **ΦΕΚ 3054/2012** διορθώνεται το άρθρο 1 του ΦΕΚ Β'2456/2011 και πλέον αναφέρεται στην ισότιμη πρόσβαση «όλων των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ», και όχι «όλου του πληθυσμού», όπως οριζόταν προηγουμένως. Επιπλέον, εντάσσονται σχεδόν όλα τα ταμεία στον ΕΟΠΥΥ.

168. Στο άρθρο 3 αναφέρονται λεπτομερώς οι κατηγορίες των πολιτών-δικαιούχων

συγχρόνως στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ενσωματώνει λοιπόν τις υπηρεσίες¹⁶⁹ καθώς και το προσωπικό από τον Κλάδο Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τους Κλάδους Υγείας του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ, ως τις παροχές σε είδος¹⁷⁰.

Αρμοδιότητες του ΕΟΠΥΥ είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασφαλισμένους, συνταξιούχους, καθώς και στα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, η διαχείριση των διατιθέμενων εισροών, η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η διαμόρφωση κριτηρίων και όρων για τη σύναψη συμβάσεων παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ή με συμβεβλημένους ιατρούς.

Παράλληλα, καθορίζονται οι υγειονομικές παροχές σε είδος, η έκταση, το ύψος, η διαδικασία χορήγησής τους, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης.¹⁷¹ Παρόχους υπηρεσιών υγείας μπορούν να αποτελέσουν φυσικά πρόσωπα (γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές και άλλοι

που υπάγονται στον ΕΟΠΥΥ, γεγονός που αναιρεί άμεσα τον αρχικά διακηρυγμένο καθολικό χαρακτήρα της διάταξης (ΦΕΚ 2456/2011, σελ. 35014).

169. Με ρυθμίσεις που ακολουθούν (βλ. **ΦΕΚ 3010/2011**) οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας των εντασσόμενων Φορέων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΟΠΑΔ) μεταφέρονται στον ΕΟΠΥΥ από την 1.1.2012. Στο εξής, οι Περιφερειακές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΥΠΑΔ) έχουν την αρμοδιότητα συγκέντρωσης και ελέγχου των δικαιολογητικών, αλλά και εκκαθάρισης των δαπανών που αφορούν τις παροχές υγείας. Ωστόσο, η χορήγηση ασφαλιστικής ενημερότητας, καθώς και η έκδοση βιβλιαρίων ασθένειας παραμένει στη δικαιοδοσία των ασφαλιστικών φορέων.

170. Ως παροχές υγείας σε είδος καταγράφονται η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οι διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, οι παρακλινικές εξετάσεις, η φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, η φαρμακευτική περίθαλψη, η οδοντιατρική και στοματολογική περίθαλψη, η ειδική αγωγή και λοιπή περίθαλψη, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, οι δαπάνες μετακίνησης ασθενών, η μαιευτική περίθαλψη και το επίδομα τοκετού, η νοσηλεία στο εξωτερικό, η αποκατάσταση της υγείας, η παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, τα επιδόματα λουτροθεραπείας και αεροθεραπείας.

171. Στο **ΦΕΚ 3100/2011** καθορίζονται οι τιμές των ιατρικών πράξεων με αναλυτικό τρόπο και διευκρινίζεται ότι σε περίπτωση που κάποια από τις περιγραφείσες ιατρικές πράξεις είναι κοστολογημένη δύο ή περισσότερες φορές με ίδια ή παρεμφερή ονομασία, θα ισχύει η ανώτερη τιμή κοστολόγησης.

επαγγελματίες υγείας) ή νομικά πρόσωπα (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, πολυϊατρεία, και τμήματα εξωτερικών ιατρείων ιδιωτικών κλινικών).

Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει μνεία στο Νόμο **4025/2011**, ο οποίος αναφέρει ότι ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας κρίνεται υποχρεωτικός και διεξάγεται από εξουσιοδοτημένο φορέα. Αντίστοιχος έλεγχος οφείλει να διεξάγεται και στις δημόσιες μονάδες υγείας από εσωτερικούς ελεγκτές. Παράλληλα, προβλέπεται η συγχώνευση των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας (ΜΚΦ) και η ακόλουθη υπαγωγή τους στις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες με γεωγραφικά κριτήρια. Όσον αφορά τις δαπάνες των δικαιούχων περίθαλψης στα φάρμακα, ο Νόμος καθορίζει ποσοστό συμμετοχής 25% της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου. Σε φάρμακα που χορηγούνται για θεραπεία χρόνιων ή εξαιρετικά σοβαρών παθήσεων δύναται να υπάρξει μείωση του ποσοστού συμμετοχής στο 10% ή ακόμη και 0% της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου.

2 Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015

Αντίθετα με τις αρχικές προβλέψεις των «δανειστών» για αντιστροφή του οικονομικού κλίματος το 2011, η ύφεση βαθιάνει, η ανεργία αυξάνεται (ενώ παράλληλα αυξάνεται και ο πληθωρισμός) και το δημόσιο χρέος διογκώνεται. Η κοινωνική δυσaréσκεια ενισχύεται και γενικεύονται οι αντιδράσεις από τους επαγγελματικούς κλάδους.¹⁷² Ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τις εργασιακές σχέσεις, στο Πολυνομοσχέδιο για τα εργασιακά και τις ΔΕΚΟ (15 Δεκεμβρίου 2010) δηλώνεται ρητά η υπερίσχυση των επιχειρησιακών συμβάσεων έναντι των κλαδικών, ωστόσο διατηρείται, προς το παρόν, το ύψος του βασικού μισθού της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης, αν και οι πιέσεις από τη μεριά της «τρόικας» για σημαντικές μειώσεις παραμένουν ισχυρές. Παράλληλα θεσπίζεται 12μηνη περίοδος εργα-

172. Η οικονομική ύφεση είναι διάχυτη στην κοινωνία, με αποτέλεσμα τη δημιουργία και ενίσχυση ποικίλων κινημάτων διαμαρτυρίας (ενδεικτικά, κίνημα «Δεν Πληρώνω» και το «Κίνημα των Αγανακτισμένων»). Τα μέλη τους ως επί το πλείστον δεν σχετίζονται με πολιτικά κόμματα, αλλά είναι «ανεξάρτητοι» πολίτες που εκφράζουν την αντίδρασή τους ενάντια στην επιδείνωση των συνθηκών ζωής τους. Ως χώροι δράσης ορίζονται οι πλατείες των μεγάλων πόλεων της χώρας.

σίας, κατά την οποία η σύμβαση δύναται να καταγγελθεί άνευ προειδοποίησης και αποζημίωσης απόλυσης.¹⁷³

Δεδομένου ότι διαπιστώνεται μεγάλη απόκλιση της ελληνικής οικονομίας από της διακηρυγμένους στόχους, καθώς και σημαντική υστέρηση εσόδων, ακολουθεί το «Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015» (29 Ιουνίου 2011), το οποίο εισάγει μια σειρά νέων μέτρων λιτότητας και περιεκτών αφενός για την περιστολή των δημόσιων δαπανών και αφετέρου για την αύξηση των κρατικών εσόδων. Βασικούς στόχους του αποτελούν η συρρίκνωση των μισθολογικών και λειτουργικών δαπανών, η εισαγωγή νέων δραστικών φορολογικών μέτρων, καθώς και η ίδρυση Οργανισμού Αποκρατικοποιήσεων¹⁷⁴.

Ειδικότερα, οι διατάξεις του Μεσοπρόθεσμου Προγράμματος προβλέπουν αλλαγή φορολογικής κλίμακας με επιβάρυνση όσων έχουν δηλωμένο εισόδημα άνω των 8.000 ευρώ, έκτατη εισφορά για όσους έχουν δηλωμένο εισόδημα άνω των 12.000 ευρώ, κατάταξη προϊόντων και υπηρεσιών εστίασης σε υψηλότερη κλίμακα του ΦΠΑ, καταβολή ετήσιου τέλους για τους ελεύθερους επαγγελματίες, καταβολή ειδικής εισφοράς Συνταξιούχων Επικουρικής Ασφάλισης, αύξηση στο ποσοστό παρακράτησης του Λογαριασμού Αλληλεγγύης Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΛΑΦΚΑ) σε συντάξεις άνω των 1.450 ευρώ, καθώς και καταβολή ειδικής εισφοράς αλληλεγγύης για την καταπολέμηση της ανεργίας. Συγχρόνως, καταργούνται δημόσιοι οργανισμοί, τίθεται σε εφαρμογή το μέτρο της εργασιακής εφεδρείας και μειώνεται κατά 20% ο μισθός των εργαζομένων άνευ επαγγελματικής εμπειρίας, σύμφωνα με το όριο που έθετε η Εθνική Συλλογική Σύμβαση.

Ωστόσο, η αναποτελεσματική διευθέτηση του ελληνικού χρέους σε συνδυασμό με την ανάγκη για θωράκιση του ευρώ επιβάλλουν τη σύγκληση της Συνόδου Κορυφής της ΕΕ, η οποία αποφασίζει να παράσχει νέα δανειοδότηση¹⁷⁵ στη

173. Για τις ΔΕΚΟ, το ποσό των 4.000 ευρώ τίθεται ως πλαφόν στις μεικτές αποδοχές των εργαζομένων, ενώ προβλέπεται παράλληλη μείωση κατά 10% σε μισθούς που ξεπερνούν τα 1.800 ευρώ.

174. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, οι αποκρατικοποιήσεις δύναται να επιφέρουν στο Δημόσιο έσοδα 50 δισ. ευρώ.

175. Η Συμφωνία για νέα δανειοδότηση ανέρχεται στο ποσό των 158 δισ. ευρώ, εκ των οποίων τα 109 δισ. ευρώ προέρχονται από την ΕΕ και το ΔΝΤ, τα 37 δισ. ευρώ από τον ιδιωτικό τομέα και τα 12 δισ. ευρώ από την επαναγορά ομολόγων.

χώρα και να εγκρίνει 15ετή έως 30ετή επιμήκυνση των ομολόγων που λήγουν (21^η Ιουλίου 2011).¹⁷⁶

Παρ' όλα αυτά, η διόγκωση των δαπανών και η συρρίκνωση των εσόδων του κράτους, σε συνδυασμό με την άρνηση της «Τρόικας» για καταβολή της 6^{ης} δόσης του δανείου από το α' πακέτο διάσωσης, ωθούν την Κυβέρνηση να λάβει σειρά έκτακτων συμπληρωματικών μέτρων λιτότητας (Σεπτέμβριος 2011). Αυτά ορίζουν μείωση αφορολόγητου ορίου της 5.000 ευρώ,¹⁷⁷ καταβολή έκτακτου φόρου κατοικίας («χαράτσι») με ποινή τη διακοπή ηλεκτροδότησης σε περίπτωση μη καταβολής του φόρου αυτού, επέκταση της εργασιακής εφεδρείας σε μη καταργηθέντες οργανισμούς, εφαρμογή ενιαίου μισθολογίου, νέες περικοπές σε μισθούς Δημοσίου, συντάξεις και εφάπαξ, καθώς και άνοιγμα των κλειστών επαγγελμαμάτων.

3 Μνημόνιο II (Νόμος 4046/2012) και θεσμικές αλλαγές στην υγεία

Η αντιμετώπιση της κρίσης χρέους στην Ευρωζώνη παραμένει αναποτελεσματική, γεγονός που οδηγεί σε έκτακτη σύγκληση της Συνόδου Κορυφής και ακολούθως σε απόφαση για κούρεμα του ελληνικού χρέους κατά 50% και καταβολή συμπληρωματικού πακέτου στήριξης ύψους 130 δισ. ευρώ (27 Οκτωβρίου 2011).¹⁷⁸ Ωστόσο, η Σύνοδος Κορυφής κρίνει αναγκαία τη δημιουργία προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής έως το έτος 2021, καθώς και σύσταση ειδικού μηχανισμού μόνιμης εποπτείας για την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στη χώρα.

Υπό συνθήκες έντονων αντιδράσεων εντός και εκτός Βουλής και έπειτα από μία ατελέσφορη απόπειρα του Πρωθυπουργού για διενέργεια δημοψηφίσμα-

176. Μολοντί η ανωτέρω συμφωνία προξενεί συγκρατημένη αισιοδοξία στην ελληνική αποστολή, δεν συμβαίνει το ίδιο και με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ, τα οποία δηλώνουν απροθυμία συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα οικονομικής στήριξης προς την Ελλάδα άνευ εγγυήσεων. Συγχρόνως, οι οίκοι αξιολόγησης Fitch και Moody's σπεύδουν να υποβαθμίσουν τη χώρα σε καθεστώς περιορισμένης χρεοκοπίας.

177. Σχεδόν κάτω από το όριο της φτώχειας (το οποίο για το 2010 ανερχόταν σε περίπου στα 500 ευρώ μηνιαίως για ένα άτομο).

178. Μολοντί η Κυβέρνηση διάκειται θετικά στις αποφάσεις της Συνόδου Κορυφής, οι δυνάμεις της Αντιπολίτευσης τις ταυτίζουν με το ενδεχόμενο ελεγχόμενης χρεοκοπίας.

τος¹⁷⁹ με θέμα τη νέα δανειακή σύμβαση και την παραμονή της χώρας στην Ευρωζώνη (31 Οκτωβρίου 2011), ακολουθεί ο σχηματισμός Κυβέρνησης Συνεργασίας μεταξύ ΠΑ.ΣΟ.Κ, Ν.Δ. και ΛΑ.Ο.Σ., η ανάθεση της ηγεσίας στον Λουκά Παπαδήμο και η ορκωμοσία της Κυβέρνησης (6 έως 11 Νοεμβρίου 2011).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, προκειμένου να πραγματοποιηθεί το κούρεμα του χρέους και να καταβληθεί το νέο πακέτο οικονομικής στήριξης (Μνημόνιο ΙΙ), η χώρα υποχρεούται να εφαρμόσει σειρά μέτρων που απαιτεί η «Τρόικα». Τα νέα αυτά μέτρα, τα οποία τελικά εγκρίνονται από την Κυβέρνηση Συνεργασίας (9 Φεβρουαρίου 2012), προβλέπουν κατάργηση φοροαπαλλαγών, αύξηση αντικειμενικών αξιών ακινήτων, κατάργηση Οργανισμών Εργατικής Κατοικίας και Εστίας, μείωση του κατώτατου μισθού κατά 22% και για τους νέους μέχρι 25 ετών άνευ εργασιακής εμπειρίας κατά 32%, υποχρεωτική κατάργηση 150.000 θέσεων εργασίας στον δημόσιο τομέα έως το 2015 (εκ των οποίων 15.000 θέσεις εντός του 2012), κατάργηση κλαδικών συμβάσεων και αντικατάστασή τους από ατομικές ή επιχειρησιακές συμβάσεις εργασίας, άρση μονιμότητας σε ΔΕΚΟ, άμεση κατάργηση ή συγχώνευση 200 εφοριών και νέες περικοπές στον τομέα συντάξεων, υγείας, άμυνας και διοικητικών λειτουργιών.

Προς την ίδια κατεύθυνση που χάραξε το Μνημόνιο Ι, η Κυβέρνηση οφείλει να συνεχίσει την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων «εκσυγχρονισμού» και στο σύστημα υγείας, με στόχο τη διατήρηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία σε χαμηλά επίπεδα, και συγκεκριμένα έως 6% του ΑΕΠ, παρέχοντας ωστόσο καθολική πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη.

Συγκεκριμένα, ο **Νόμος 4046/2012** (Μνημόνιο ΙΙ) κρίνει αναγκαία τη μείωση της δημόσιας δαπάνης για εξωνοσοκομειακά φάρμακα, η οποία δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 1% του ΑΕΠ έως το τέλος του 2014. Ειδικότερα, για το έτος 2012 οι προβλεπόμενες μεταβολές στις διαδικασίες τιμολόγησης, συνταγογράφησης και αποζημίωσης των φαρμάκων προβλέπεται ότι μπορεί να συμβάλουν σε μείωση κατά 1 δις. ευρώ στις εξωνοσοκομειακές φαρμακευτικές δαπάνες. Ομοίως, η εισαγωγή του αυτόματου μηχανισμού τριμηνιαίας επανείσπραξης/επιστροφής χρημάτων (rebate) επί του κύκλου εργασιών των φαρμακευτικών παραγωγών

179. Συγχρόνως, ανακοινώνεται το πάγωμα της εκταμίευσης της 6ης δόσης από το α' πακέτο διάσωσης έως τη διεξαγωγή του δημοψηφίσματος.

μπορεί να λειτουργήσει ως εγγυητής για τη διατήρηση της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης εντός των ορίων του προϋπολογισμού.

Παράλληλα, προωθείται η χρήση των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά¹⁸⁰, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με κριτήριο τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία των προϊόντων, καθώς και μέσω της ανάπτυξης ανταγωνισμού στην αγορά για τα γενόσημα φάρμακα, με τη μείωση της τιμής τους.¹⁸¹

Συγχρόνως, απαιτείται η συγκέντρωση όλων των υγειονομικών διαδικασιών και ευθυνών λήψης αποφάσεων υπό το Υπουργείο Υγείας, ώστε να επιτευχθεί μείωση της κατακερματισμένης δομής της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας, μείωση των διοικητικών δαπανών, ενίσχυση και ενοποίηση του δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εξορθολογισμός του νοσοκομειακού δικτύου και εν γένει βελτίωση της συνοχής της πολιτικής υγείας. Ως μέρος της της διαδικασίας συγκέντρωσης, τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας έχουν συγχωνευτεί στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και υπόκεινται πλέον στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας.¹⁸² Ο ΕΟΠΥΥ οφείλει πλέον να συνάπτει συμβάσεις για την αγορά υπηρεσιών από μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), καθώς και ιδιωτικούς παρόχους, με κριτήριο τον οικονομικά αποδοτικότερο τρόπο. Υπολογίζεται ότι η χρήση του αναθεωρημένου συστήματος πληρωμών από τον ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό με τη βέλτιστη αξιοποίηση του προσωπικού¹⁸³ και τη μείωση του κόστους των υπερωριών οδηγούν σε εξοικονόμηση 100 εκατομμυρίων ευρώ στο συνολικό κόστος κοινωνικής ασφάλισης που συνδέεται με τους μισθούς και τις αμοιβές των ιατρών για το έτος 2012.

180. Προβλέπεται ότι βαθμιαία η κατανάλωση των γενόσημων φαρμάκων θα αυξηθεί έως 35% του συνολικού όγκου των φαρμάκων που πωλούνται στα φαρμακεία μέχρι το έτος 2012 και έως 60% μέχρι το τέλος του 2013. Αντιστοίχως, τουλάχιστον το 40% της ποσότητας των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία οφείλει να αποτελείται από γενόσημα, με τιμή χαμηλότερη από αυτή των πρωτότυπων και εκτός πατέντας φαρμάκων.

181. Οι τιμές των κυκλοφορούντων φαρμάκων στην αγορά επικαιροποιούνται σε τριμηνιαία βάση, με τη χρήση του νέου μηχανισμού τιμολόγησης, ο οποίος βασίζεται στις τρεις χώρες της ΕΕ με τις χαμηλότερες τιμές.

182. Οι φορείς πρόνοιας και κοινωνικής αρωγής του Υπουργείου Υγείας οφείλουν να υπαχθούν στο Υπουργείο Εργασίας έως τον Ιούνιο του 2012.

183. Σε αυτή συμπεριλαμβάνεται και η μείωση στην αναλογία ιατρών-ασθενών, ώστε να προσεγγίζει τον μέσο όρο της ΕΕ.

Στα πλαίσια των κανόνων της ΕΕ περί προμηθειών, η Κυβέρνηση οφείλει να επισπεύσει την εφαρμογή του ενιαίου ηλεκτρονικού-πληροφοριακού συστήματος υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση γίνεται υποχρεωτική (όπως έχει ήδη επισημανθεί και στον προηγούμενο Νόμο 3892/2010 περί Ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων) και οφείλει να περιλαμβάνει τουλάχιστον το 90% όλων των ιατρικών πράξεων που καλύπτονται από τα δημόσια ταμεία (φάρμακα, παραπομπές, διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις), τόσο στα νοσοκομεία του ΕΣΥ όσο και στους παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, καθώς και στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Έτσι επιδιώκεται η αποθάρρυνση των υπέρογκων και αδικαιολόγητων συνταγογραφήσεων¹⁸⁴, καθώς και η τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση των στοιχείων που λαμβάνονται από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σχετικά με τις ποσότητες και την αξία των φαρμάκων, τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων και το ποσό επανείσπραξης (rebate) που λαμβάνεται από τα φαρμακεία και της φαρμακευτικές εταιρείες.¹⁸⁵ Συγχρόνως, ο ΕΟΠΥΥ οφείλει να δημοσιεύει ετήσια έκθεση για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων¹⁸⁶, με ιδι-

184. Προβλέπονται κυρώσεις και πρόστιμα για τον εντοπισμό αντιδεδοντολογικών ιατρικών συμπεριφορών κατά τη συνταγογράφηση, καθώς και για τη μη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΕΟΦ.

185. Ας σημειωθεί ότι ενδέχεται να ληφθούν πρόσθετα μέτρα για τη διατήρηση της φαρμακευτικής κατανάλωσης υπό έλεγχο, δεδομένου ότι η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών δεν αποδίδει τα αναμενόμενα αποτελέσματα κατά τη μηνιαία παρακολούθηση της δαπάνης. Στα μέτρα αυτά συγκαταλέγονται ο προϋπολογισμός συνταγογράφησης ανά ιατρό, ο στόχος του μέσου κόστους συνταγογράφησης ανά ασθενή, καθώς και επιπρόσθετες οριζόντιες περικοπές τιμών και περιθωρίων κέρδους των φαρμακοποιών και των χονδρεμπόρων, αλλά και αυξήσεις στη συμμετοχή των ασθενών.

186. Στο ΦΕΚ Β' 2456/2011 αναφέρεται ότι η άσκηση του υγειονομικού και φαρμακευτικού ελέγχου οφείλει να διεξάγεται από φαρμακοποιούς, τις αρμόδιες υπηρεσίες της ΥΠΕΔΥΦΚΑ, καθώς και από ιατρούς, οι οποίοι όμως απαγορεύεται να ασκήσουν παράλληλα την ιδιότητα του θεραπευτή για τους ασφαλισμένους ή συνταξιούχους του Ταμείου. Ωστόσο, στο **ΦΕΚ 1233/2012** περί Τροποποίησης της υπ' αριθμ. Φ.90380/25916/3294/3.11.2011 (Β' 2456) κοινής υπουργικής απόφασης που ακολουθεί επισημαίνεται ότι η άσκηση υγειονομικού και φαρμακευτικού ελέγχου πραγματοποιείται μόνο από τα αρμόδια όργανα της ΥΠΕΔΥΦΚΑ, ενώ συγχρόνως, ο ΕΟΠΥΥ μπορεί

αίτερη αναφορά στα πλέον ακριβά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα φάρμακα.

Το σχέδιο αναδιοργάνωσης και αναδιάρθρωσης του Ε.Σ.Υ. προϋποθέτει περικοπές και στις δαπάνες του νοσοκομειακού τομέα. Συγκεκριμένα, διακηρύσσεται ότι η προβλεπόμενη μείωση κατά 8% στα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων (εντός του έτους 2012) μπορεί να επιτευχθεί με την αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού υγείας εντός και μεταξύ υγειονομικών περιφερειών, την αναδιάταξη της παροχής υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία εντός και μεταξύ νοσοκομείων που βρίσκονται στην ίδια υγειονομική περιφέρεια, καθώς και με την αναθεώρηση των δραστηριοτήτων των μικρών νοσοκομείων προς την κατεύθυνση της εξειδίκευσης σε τομείς όπως η αποκατάσταση και η αντιμετώπιση καρκινοπαθών ή ασθενών τελικού σταδίου.

Επιπλέον, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ οφείλουν να εφαρμόσουν πιλοτικά ένα πρόγραμμα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων KEN-DRG (ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων), με στόχο την ανάπτυξη της σύγχρονου συστήματος κοστολόγησης ανά κατηγορία θεραπείας/παθολογίας στα νοσοκομεία για τη σύναψη συμβάσεων από τον ΕΟΠΠΥ με αποδοτικότερο τρόπο. Ομοίως, κρίνεται σημαντική η χρήση του ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης για την προμήθεια των ιατρικών υλικών που έχει αναπτυχθεί από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ), ο υπολογισμός των αποθεμάτων και ροών των ιατρικών υλικών, η ετήσια δημοσίευση ισολογισμού των νοσοκομείων, καθώς και η εφαρμογή μηχανισμών καταπολέμησης της διαφθοράς και των «άτυπων πληρωμών».

4 Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 και περαιτέρω θεσμικές αλλαγές

Στο επόμενο διάστημα οι συνεχείς διαπραγματεύσεις της Κυβέρνησης Συνασπισμού με την Τρόικα επισφραγίζονται με τη σύσταση του «Μεσοπρόθεσμο Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016»¹⁸⁷, το οποίο κατατίθεται στη

να αναθέτει τον έλεγχο και σε εξειδικευμένη εταιρεία, ιδίως στις περιπτώσεις που παρουσιάζονται μεγάλες αποκλίσεις στις δαπάνες συμβεβλημένων φορέων ή μεγάλες καθυστερήσεις στον έλεγχο και την εκκαθάριση των σχετικών δαπανών.

187. Εκτιμάται ότι η εφαρμογή αυτού του Πολυνομοσχεδίου μπορεί να επιφέρει 18,9 δισ. ευρώ στη χώρα.

Βουλή και υπερψηφίζεται με τη διαδικασία του κατεπείγοντος (Ν. 4093/2012). Ο Νόμος αναφέρεται εκτενώς στο σύνολο των μισθολογικών και συνταξιοδοτικών εξελίξεων. Ειδικότερα, επιδιώκεται αύξηση των ηλικιακών ορίων συνταξιοδότησης κατά 2 έτη (έναρξη από 1.1.2013), μείωση κατά 5%-15% στις συντάξεις άνω των 1.000 ευρώ, καθώς και μείωση έως 83% στο εφάπαξ. Επιπλέον, η Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας καταργείται, ο χρόνος προειδοποίησης για απολύσεις μειώνεται κατά 2 μήνες (από 6 σε 4 μήνες), εφαρμόζονται περικοπές στα ειδικά μισθολόγια, ενώ οι μόνιμοι υπάλληλοι του Δημοσίου των οποίων οι θέσεις καταργούνται τίθενται σε καθεστώς διαθεσιμότητας ενός έτους, με μειωμένες αποδοχές. Ακόμη, προβλέπεται κατάργηση δώρων Χριστουγέννων, Πάσχα και επιδομάτων αδειάς για τους δημοσίους υπαλλήλους και συνταξιούχους, κατάργηση οικογενειακών επιδομάτων και αντικατάστασή τους από το ενιαίο επίδομα στήριξης τέκνων, καθώς και καταβολή αντίτιμου ύψους 25 ευρώ για εισαγωγή σε νοσοκομειακά ιδρύματα (έναρξη από το 2014).

Συγχρόνως, οριοθετεί τα ανώτατα επίπεδα δαπανών για τη Γενική Κυβέρνηση, καθώς και τα ανώτατα όρια του Κρατικού Προϋπολογισμού, των ΟΤΑ και των ΟΚΑ κατά την περίοδο 2013-2016, καθώς και τα έσοδα που δύναται να προκύψουν κατά τα αντίστοιχα έτη.

Νομοθεσία (2008-2014)

Νομοθεσία	
Νόμος 3655/2008	Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις
Νόμος 3754/2009	Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις
Νόμος 3845/2010	Μέτρα για την εφαρμογή του Μηχανισμού Στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
Μνημόνιο I /2010	Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης μεταξύ ορισμένων Κρατών Μελών της Ευρωζώνης και της ΚfW (ως δανειστών) και της Ελληνικής Δημοκρατίας (ως δανειολήπτη) και της Τράπεζας της Ελλάδας (ως Αντιπροσώπου του Δανειολήπτη (Loan Facility Agreement)/ 2010
Νόμος 3863/2010	Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις
Νόμος 3865/2010	Μεταρρύθμιση Συνταξιοδοτικού Συστήματος του Δημοσίου και συναφείς διατάξεις

Νόμος 3868/2010	Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Νόμος 3892/2010	Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραρτηματικών ιατρικών εξετάσεων
Νόμος 3918/2011	Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις
Νόμος 4025/2011	Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις
ΦΕΚ Β' 2456/2011	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) & Καθορισμός αμοιβών των με σύμβαση θεραπευτών γιατρών του ΕΟΠΥΥ
ΦΕΚ 3008/2011	Τροποποίηση της αριθ. Φ.90380/25916/3294/3.11.2011 (ΦΕΚ Β' 2456) κοινής υπουργικής απόφασης
ΦΕΚ 3010/2011	Ένταξη από 1/1/2012 των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας των ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΟΠΑΔ στον ΕΟΠΥΥ
ΦΕΚ 3100/2011	Κοστολόγηση Ιατρικών Πράξεων - Πρόσληψη επικουρικού προσωπικού σε ΜΚΦ της 3 ^{ης} ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - Καθίερωση υπερωριακής απασχόλησης με αμοιβή, για το προσωπικό που υπηρετεί στο Γραφείο Περιφερειάρχη
Σχέδιο Νόμου/2011	Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015
Νόμος 4046/2012 (Μνημόνιο ΙΙ).	Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (ΕΤΧΣ), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας
ΦΕΚ 1233/2012	Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Φ.90380/25916/3294/3.11.2011 (Β' 2456) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)»
Νόμος 4093/2012	Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016
ΦΕΚ 3054/2012	Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ.90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β'/3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ.90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει

ΦΕΚ 4305/2014	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και άλλες διατάξεις
ΦΕΚ 4285/2014	Γενικές διατάξεις για τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων – σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία» – Προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012/39/ΕΕ της επιτροπής της 26 ^{ης} Νοεμβρίου 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις

(I-B) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Επισκόπηση συστημάτων χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών (παραδείγματα χωρών που εκπροσωπούν τα τέσσερα καθεστώτα κοινωνικής πρόνοιας)

1 Προφίλ συστημάτων υγείας με κέντρο εστίασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)

Δεδομένου ότι η πολιτική υγείας συνιστά βασικό τομέα της κοινωνικής πολιτικής, οι αλλαγές που παρατηρούνται σε ευρωπαϊκό επίπεδο ωθούν τα εθνικά συστήματα σε συνεχείς αναπροσαρμογές και διεργασίες εξέλιξης. Μολονότι παρατηρείται μια τάση σύγκλισης κυρίως μεταξύ των ευρωπαϊκών συστημάτων κοινωνικής προστασίας, σημαντικές διαφορές συνεχίζουν να υφίστανται αναφορικά με τη χρηματοδότηση, παροχή και ρύθμιση, οι οποίες εξακολουθούν να αποτελούν πρόκληση για τους ερευνητές (Παπαθεοδώρου και Πετμεζίδου, 2005: 234).

Ειδικότερα, οι κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες επιδρούν στο σχηματισμό των βασικών χαρακτηριστικών, καθώς και στην πορεία εξέλιξης του Υγειονομικού Συστήματος κάθε χώρας. Συγχρόνως, η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας/τεχνογνωσίας στον τομέα της υγείας και οι συνακόλουθες αυξανόμενες απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτικότερες υγειονομικές εκροές απαιτούν τη μεγέθυνση των δαπανών προς την υγεία (Tanner, 2008). Όμως, στην Πολιτική Υγείας το πλήθος των μεταρρυθμιστικών πλαισίων φέρει ως κοινό παρανομαστή την *περιστολή του αυξανόμενου κόστους σε συνδυασμό με τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα του Συστήματος*, συνθήκες που συχνά απειλούν την κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα.

Η συγκριτική ανάλυση που ακολουθεί είναι εστιασμένη σε τέσσερις χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Σουηδία, Ισπανία), οι οποίες έχουν επιλεγεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποτελούν αντιπροσωπευτικό παράδειγμα καθενός από τους τύπους κοινωνικού κράτους της κλασικής τυπολογίας¹⁸⁸ (φιλελεύθερο,

188. Η υφιστάμενη βιβλιογραφία (ενδεικτικά, Castles, 1993· Esping-Andersen, 1994, 2006· Ferrera, 1996· Ferrera and Rhodes, 2000· Leibfried, 1992) αξιοποιεί μεγάλο όγκο συγκριτικών δεδομένων και ένα σύνολο πολυδιάστατων κριτηρίων ταξινόμησης των διαφορετικών Συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας (αναφορικά με τη χρηματοδότηση, την καθολικότητα της κάλυψης, την αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων, το βαθμό «αποεμπορευματοποίησης», το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη σχέση

συντηρητικό-κορπορατιστικό, σοσιαλδημοκρατικό, νοτιοευρωπαϊκό, αντιστοιχώς).

Παράλληλα, ειδική αναφορά γίνεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία διακατέχεται από τέσσερις ιδιότητες: α) τη φροντίδα πρώτης γραμμής, β) την ολοκληρωμένη φροντίδα, γ) τη σχέση μεταξύ παρόχου και ασθενή και δ) το συντονιστικό ρόλο στο σύνολο της παρεχόμενης φροντίδας (Starfield, 1992). Στην πράξη, η ΠΦΥ ταυτίζεται με τον τρόπο οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών που έχουν επίκεντρο τη διατήρηση της υγείας και τη συμμετοχή της κοινότητας (Vuori, 1984).

Ωστόσο, πρέπει να υπογραμμισθεί ότι στη σύγχρονη πραγματικότητα δεν απαντάται ιδεοτυπική καθαρότητα στις παραπάνω τυπολογικές διακρίσεις. Μολονότι η *βιβλιογραφική έρευνα* αποτελεί θεμέλιο της ανάλυσης, συγχρόνως αξιοποιούνται διάφορες πηγές *δευτερογενών εμπειρικών δεδομένων*, καθώς και ερευνητικά πορίσματα άλλων μελετών με στόχο την ποσοτική τεκμηρίωση των διαστάσεων του τομέα υγείας.

2 Ηνωμένο Βασίλειο

2.1 Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας - NHS

Το έτος 1948 αποτελεί χρονικό σημείο εκκίνησης για την εφαρμογή ενός φιλόδοξου εγχειρήματος, το οποίο υπόσχεται καθολική και δωρεάν υγειονομική περίθαλψη προς το βρετανικό λαό. Σήμερα, αποτελεί πηγή διεθνούς ενδιαφέροντος για τον αρμονικό συγκερασμό χαμηλού κόστους και αποτελεσματικής οργάνωσης (Sutton, 1994), χωρίς όμως να εκλείπουν προβλήματα και αδυναμίες. Συγκεκριμένα, το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (National Health System-NHS) θεωρείται κατεξοχήν εκπρόσωπος του *Δημόσιου-Εθνικού μοντέλου, τύπου «Beveridge»*. Στην περίπτωση αυτή, η υγεία αντιμετωπίζεται ως δημόσιο αγαθό, το οποίο διασφαλίζει την ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Συγχρόνως, στις δομές υγείας κυριαρχεί έντονος κρατικός παρεμβατισμός, ενώ ο *κρατικός προϋπολογισμός* χρηματοδοτεί πρωτίστως και απευθείας το Σύστημα (Boyle, 2008, Craig, 2003).

τους με την αγορά), κρίνουμε ως *χρήσιμο πλαίσιο αναφοράς* για τη μελέτη μας την κλασική τυπολογία των ακόλουθων προτύπων κοινωνικού κράτους.

Όπως δείχνει το Διάγραμμα Δ-1, ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών υπηρεσιών¹⁸⁹ που εξυπηρετεί περίπου 60 εκατομμύρια πολίτες¹⁹⁰ χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό.¹⁹¹ Μολονότι η ιδιωτική ασφάλιση¹⁹² αρχικά δε διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο, την τελευταία δεκαετία σημειώνει αυξητική τάση (Koen, 2000· Laing and Buisson, 2009).

Διοικητικά, το NHS αποτελείται από οργανισμούς που λειτουργούν σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (Crisp, 2011· Dixon and Robinson, 2002· Royal College of General Practitioners, 2004). Αναλυτικότερα, σε εθνικό επίπεδο το Σύστημα διοικείται από το Υπουργείο Υγείας (Department of Health), το οποίο κατέχει ρόλο στρατηγικό, χαράζει τις πολιτικές υγείας, καθορίζει την τιμολόγηση των υγειονομικών αγαθών, το κόστος μισθοδοσίας του προσωπικού και τα κονδύλια για επενδύσεις, νομοθετεί και κατανέμει τους πόρους στις Υγειονομικές Περιφέρειες (τέως Regional Health Authorities–RHAs, νυν Strategic Health Authorities–SHAs).

Σε περιφερειακό επίπεδο, πρωταγωνιστούν οι Υγειονομικές Περιφέρειες (RHAs/ SHAs), οι οποίες λειτουργούν ως προέκταση του Υπουργείου Υγείας, με πρώτιστη αρμοδιότητα αφενός τη διαχείριση αποδοτικών υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης τους και αφετέρου την εποπτεία των Υγειονομικών Επαρχιών (τέως Distinct Health Authorities – DHAs ή Area Health Authorities – AHAs, νυν Primary Care Trusts – PCTs).

Σε τοπικό επίπεδο, τα Τραστ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCTs) προοδευτικά έχουν καταλάβει τη θέση των Area Health Authorities, με κύριο στόχο την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού στη γεωγραφική περιοχή ευθύνης τους

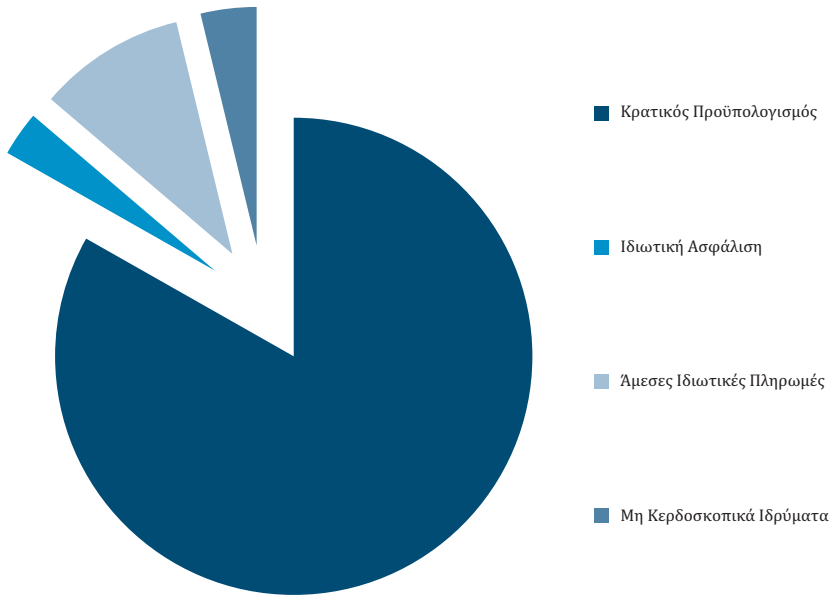
189. Το NHS καλύπτει από προγεννητικούς ελέγχους και θεραπείες ρουτίνας έως επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς και μεταμοσχεύσεις. Ωστόσο, αγκάθι αποτελεί η ύπαρξη μεγάλης λίστας αναμονής.

190. Δικαίωμα πρόσβασης στην υγεία έχουν όσοι διαμένουν νόμιμα στη χώρα, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών κριτηρίων. Ωστόσο, για τους παράνομους μετανάστες προβλέπεται περιορισμένο δικαίωμα πρόσβασης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

191. Ο Crisp (2011) χαρακτηρίζει το NHS ως έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες παγκοσμίως, καθώς απασχολεί κατά προσέγγιση 1,4 εκατομμύρια υπαλλήλους.

192. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν καλύπτει προϋπάρχοντα συμπτώματα για διάστημα δύο ετών και αξιώνει από τους ασθενείς που ασφαλίζονται να μην παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα (Association of British Insurers, 2002).

Διάγραμμα Δ-1: NHS – Συντελεστές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας



Πηγή: OECD (<http://stats.oecd.org>, ημερ. πρόσβασης: 05/12/2013)

(κατά προσέγγιση 340.000 κάτοικοι) και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

2.2 Μεταρρυθμιστικά ορόσημα: Σύντομη αναδρομή

Η καινοτομία του NHS έγκειται στο γεγονός ότι πυρήνα του συγκροτεί η *δυνατότητα ίσης πρόσβασης* σε υγειονομικές υπηρεσίες με σχετικά περιορισμένους πόρους, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και τόπου διαμονής του ατόμου. Όμως, ιστορικά καταγράφονται λειτουργικές αδυναμίες, οι οποίες διακυβεύουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και ως εκ τούτου απαιτείται η έγκαιρη πολιτική διευθέτησή τους.

Στη δεκαετία του 1990¹⁹³ εισάγεται η πλέον *νεωτεριστική μεταρρύθμιση*, η οποία στοχεύει στην ανασυγκρότηση του NHS. Συγκεκριμένα, πυρήνα της με-

193. Κατά την περίοδο αυτή, η συντηρητική παράταξη, με επικεφαλής τη M. Thatcher, αναλαμβάνει την εξουσία για τρίτη φορά, ενώ στη Βρετανική οικονομία κυριαρχεί εκτεταμένη κρίση.

ταρρύθμισης του 1991 αποτελεί η *προώθηση στοιχείων ανταγωνισμού*, καθώς αναπτύσσεται μια *εσωτερική αγορά* υπηρεσιών υγείας, η οποία επιδιώκει τη *βέλτιστη αποδοτικότητα των υγειονομικών πόρων*. Παράλληλα, η προσπάθεια επίτευξης σαφούς *διαχωρισμού μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών* των υπηρεσιών συνιστά βασικό σημείο. Έτσι, εγκαθίστανται περιφερειακοί και επαρχιακοί *αγοραστικοί οργανισμοί* που προμηθεύονται υπηρεσίες υγείας από *φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσοκομεία*.

Συγχρόνως, το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο παραχωρεί το δικαίωμα στους γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς (GPs) να ενεργούν ως *αγοραστές υπηρεσιών*, με τη λήψη ετήσιων προϋπολογισμών από τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές, για λογαριασμό των ασθενών στην περιοχή ευθύνης τους. Θεωρητικά, η νέα μεταρρυθμιστική απόπειρα επιδιώκει την ανάπτυξη συνείδησης κόστους στους οικογενειακούς γιατρούς. Πρακτικά, όμως, έχει παρατηρηθεί ότι επιτυγχάνεται σημαντικός περιορισμός των περιπτώσεων παραπομπής ασθενών από την ΠΦΥ σε νοσοκομειακή περίθαλψη, με αποτέλεσμα το νοσοκομειακό κόστος να περικόπτεται και συγχρόνως το περισσεύον ποσό των προϋπολογισμών να οικειοποιείται από τους GPs για βελτίωση των προσωπικών ιατρειών τους.

Παρ' όλα αυτά, το πλαίσιο της εσωτερικής αγοράς δεν αποδίδει αυτά που αρχικά υπόσχεται. Μολονότι η προτίμηση σύναψης συμβάσεων με τον φθηνότερο φορέα παροχής υγείας θεωρείται αναγκαία και δεδομένη, τόσο οι φορείς αγοράς όσο και παροχής κλίνουν στην καθιέρωση αμοιβαίων σταθερών σχέσεων, περιορίζοντας την εξειδίκευση των συμβάσεων (Tuohy, 1999). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι εκ προοιμίου οι φορείς παροχής έχουν το προβάδισμα ως προς την πληροφόρηση¹⁹⁴, γεγονός που τους καθιστά ισχυρότερους έναντι των αγοραστών και δεν επιτρέπει εντέλει την αποδοτική λειτουργία της εσωτερικής αγοράς (Smee, 2000, p. 947).

Παράλληλα, ο *παραγκωνισμός του κρατικού μονοπωλίου* και η *συνακόλουθη παγίωση περιβάλλοντος ελεύθερης αγοράς* στον ευαίσθητο τομέα της υγείας επιφέρουν εντονότατη *δυσφορία* στην πολιτική σκηνή. Εύστοχα ο Le Grand

194. Καθότι τα νοσοκομεία αποτελούν παραδοσιακά τοπικά μονοπώλια, οι διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με το κόστος και την ποιότητα της φροντίδας είναι περιορισμένες. Συγχρόνως, οι εργαζόμενοι στην κρατική γραφειοκρατία δε γνωρίζουν αρκετά για τον τρόπο λειτουργίας των αγορών.

παρατηρεί ότι «η διοίκηση και ο έλεγχος σοβιετικού τύπου έχει αντικατασταθεί σταδιακά από τον ανταγωνισμό αμερικανικού προτύπου» (Le Grand, 1999: 28).

Παρά ταύτα, τα παραπάνω μεταρρυθμιστικά πλαίσια έχουν παραγάγει *αρκετά ενθαρρυντικά αποτελέσματα*. Ενδεικτικά, οι επιλογές των ασθενών έχουν διευρυνθεί, ενώ η συνταγογραφία και οι άσκοπες παραπομπές σε νοσοκομειακή περίθαλψη περιορίζονται σημαντικά. Η ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών αναβαθμίζεται και στο υγειονομικό προσωπικό καλλιεργείται μια *κουλτούρα ευθύνης* για την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Στον αντίποδα υποστηρίζεται ότι η μεταρρύθμιση του 1991 έχει σχηματίσει ένα «*σύστημα δύο ταχυτήτων*», καθώς προβλήματα σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τις μακριές λίστες αναμονής εξακολουθούν να ταλανίζουν κατά κόρον τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα (Ματσαγγάνης, 1992).

Γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι η νεοεισαχθείσα μέθοδος βελτιστοποίησης της αγοράς τείνει να σχηματίσει μία κατάσταση δυισμού μεταξύ κερδισμένων και χαμένων. Έτσι, οι Βρετανοί ψηφοφόροι αρνούνται να υποστηρίξουν μαζικά το παραπάνω πλαίσιο. Ως εκ τούτου, δεν εκχωρείται επαρκής αυτονομία στους αγοραστές και περιορίζεται ο βαθμός ανταγωνισμού, ώστε να αποφευχθούν ενδεχόμενες πολιτικές συρράξεις και να διατηρηθεί η κοινωνική δικαιοσύνη.

Αφού έχει μεσολαβήσει σχεδόν μια δεκαετία προσπαθειών αφενός διαχωρισμού των φορέων παροχής και αγοράς υπηρεσιών και αφετέρου ενίσχυσης του ανταγωνισμού ανάμεσα στους παρόχους, το 1997 εκλέγεται η νέα κυβέρνηση των Εργατικών, η οποία αποφασίζει να στραφεί στην *ενθάρρυνση της συνεργασίας και στη μετρίαση του ανταγωνισμού* (Oliver, 2005). Συγκεκριμένα, προβλέπονται μέτρα για βελτίωση της ποιότητας και αύξηση της χρηματοδότησης του NHS. Πρώτιστη μέριμνα αποτελεί η αντιμετώπιση της απουσίας εθνικών προδιαγραφών και κινήτρων για την καταπολέμηση του υπερβολικού συγκεντρωτισμού και του χαμηλού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Παράλληλα, δημιουργούνται τα Primary Care Trusts (PCTs), τα οποία διαδραματίζουν ρόλο θυροφύλακα για τη διασφάλιση της υγειονομικής φροντίδας σε περιφερειακό επίπεδο και συγχρόνως επιχειρούνται νέες μορφές προμηθευτών, τα Foundation Trusts (FTs), τα οποία φέρουν διοικητική και οικονομική αυτονομία.

Ας σημειωθεί ότι μέχρι το 1991, η ετήσια κρατική χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στο *μέγεθος* και τα *χαρακτηριστικά* του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους, συνθήκη που δεν αφυπνίζει την αύξηση της παραγωγικότητας

στις υγειονομικές μονάδες. Κατά την περίοδο 1991-1997, η άνθηση του πλαισίου της εσωτερικής αγοράς προάγει ένα σύστημα περισσότερο εξειδικευμένων συμβάσεων, το οποίο ανεπιτυχώς επιχειρεί να ενισχύσει τα κίνητρα αποδοτικότητας. Όμως, από το 1997 στο ανωτέρω μοντέλο εισάγονται οι παράμετροι όγκου και τιμής των υγειονομικών παροχών, με στόχο την καθιέρωση ποιοτικότερων υπηρεσιών σε ανταγωνιστικές τιμές.

Το 1999 η κυβέρνηση των Εργατικών εγκαθιστά ένα καινοφανές σύστημα χρηματοδότησης με την εισαγωγή των Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας/συνεταιριστικών ιατρείων (*Primary Care Groups – PCGs*), οι οποίες αργότερα μετασχηματίζονται στα Τραστ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας¹⁹⁵ (*Primary Care Trusts – PCTs*). Κάθε PCT λαμβάνει ένα προκαθορισμένο ποσό ανά ασθενή με το οποίο δύναται να καλυφθούν ανάγκες πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας προς τους εγγεγραμμένους ασθενείς. Ωστόσο, όταν οι συνολικές δαπάνες υπολείπονται του ετήσιου προϋπολογισμού, οι γιατροί δικαιούνται να κρατούν το πλεονάζον ποσό για βελτίωση των εγκαταστάσεων προς όφελος των ασθενών (European Observatory on Health Care Systems, 1999· Klein, R., 2007). Στόχο τους αποτελεί τόσο η βελτίωση υγείας του πληθυσμού όσο και η άμβλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων. Προς αυτή την κατεύθυνση οι *PCGs* αναπτύσσουν αφενός υπηρεσίες ΠΦΥ και αφετέρου ένα σύστημα παραπομπής περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, έχοντας υποχρέωση λογοδοσίας στις τοπικές αρχές (Gillam, 2001).

Ακολούθως, το ιδιαίτερα φιλόδοξο μεταρρυθμιστικό σχέδιο του 2000 επιχειρεί να αυξήσει τις δαπάνες υγείας. Μολονότι το NHS εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλή δημοτικότητα (Department of Health, 2003, 2008), επιζητείται επίλυση σε καίρια προβλήματα που επισκιάζουν την εύρυθμη λειτουργία του NHS, όπως μείωση του χρόνου αναμονής, καθαριότητα των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, βελτίωση παροχών προς τους ηλικιωμένους (Secretary of State for Health, 2000).

Το 2009 η κυβέρνηση εισηγείται ένα πλάνο σταδιακής μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία κατά 10% σε δεκαετή χρονικό ορίζοντα, ο οποίος ωστόσο αμφισβητείται έντονα. Παρά την ανέφικτη διάσταση, ο στόχος ενέχει διακηρυκτικό περιεχόμενο που διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στη βελτίωση των μελ-

195. Τα PCTs απαρτίζονται από ομάδες ιατρείων πρωτοβάθμιας φροντίδας που εξυπηρετούν περιοχές 50.000 έως 250.000 ατόμων.

λοντικών πολιτικών προς την κατεύθυνση άμβλυνσης της ανισότητας (House of Commons-Health Committee, 2009).

2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εντός του NHS

Η ΠΦΥ αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για το βρετανικό σύστημα υγείας. Ουσιαστικά, συγκροτεί το πρώτο επίπεδο στο οποίο έρχεται σε επαφή ο πολίτης με τις δομές υγείας. Η ΠΦΥ λειτουργεί στηριζόμενη στη γενική ιατρική και κατ' επέκταση ο γενικός-οικογενειακός ιατρός (general practitioner) πρωταγωνιστεί στην παροχή υπηρεσιών και τη λήψη αποφάσεων, ενώ συγχρόνως δρα ως “gatekeeper” με τη διαχείριση ενός αυστηρού συστήματος παραπομπής των ασθενών σε νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη (Boyle, 2011).

Διαθρωτικά, τα Primary Care Trusts (PCTs), τα οποία όπως ήδη αναφέραμε συγκροτούν το τοπικό επίπεδο διοίκησης του NHS, φέρουν την πλήρη ευθύνη στη λειτουργία των δομών ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, με τις ενέργειές τους τα PCTs οφείλουν να διασφαλίζουν ποιοτική πρόσβαση στον πληθυσμό της περιοχής ευθύνης τους και να συνάπτουν αποδοτικά συμβόλαια με υγειονομικούς φορείς.

Αναφορικά με τη χρηματοδότησή της ΠΦΥ, αυτή πηγάζει κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό του NHS και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει περίπου το 80% του συνολικού προϋπολογισμού για το NHS κατευθείαν στα PCTs, τα οποία στη συνέχεια αγοράζουν υπηρεσίες υγείας μέσω συμβολαίων από προμηθευτές.

Ειδικότερα, για την ορθή κατανομή των πόρων στα PCTs χρησιμοποιείται ένας σταθμισμένος κατά κεφαλήν-πολυπαραγοντικός τύπος, ο οποίος έχει προσδιορισθεί από εξειδικευμένη επιστημονική ομάδα του Υπουργείου Υγείας (Department of Health's Advisory Committee on Resource Allocation) και επιδιώκει τη μέγιστη κάλυψη των τοπικών αναγκών και την άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία (Buck and Dixon, 2013). Προς αυτή την κατεύθυνση, το μέγεθος του πληθυσμού και η ηλικιακή δομή των κατοίκων της κάθε περιοχής, καθώς και οι δείκτες υγείας και ανισότητας διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στην κατανομή των πόρων για τα PCTs.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι πλέον οι συμβάσεις συνάπτονται¹⁹⁶ μεταξύ των συνεταιρισμών γενικών γιατρών (General Practitioner Practices) και των PCTs, βάσει διαπραγματεύσεων μεταξύ του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου (BMA) και της Συνομοσπονδίας Φορέων Παροχής Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

3 Γερμανία

3.1 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας

Εν αντιθέσει με το μοντέλο «Beveridge», το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα-τύπου «Bismarck» έχει ως κεντρικό πυλώνα την *Κοινωνική Ασφάλιση*. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο θεωρείται ως ένα από τα γηραιότερα υγειονομικά συστήματα, με χρονική αφετηρία το έτος 1883. Οι βασικές αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ανταποδοτικότητας διέπουν τη λειτουργία του, ενώ είναι σαφής ο διαχωρισμός μεταξύ ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας σε νομικό, οικονομικό και διοικητικό επίπεδο. Επιπλέον, τα αυτοδιοικούμενα Ασφαλιστικά Ταμεία διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στο υγειονομικό σύστημα, μολονότι τις τελευταίες δεκαετίες επιχειρείται η αισθητή συρρίκνωση του αριθμού τους.

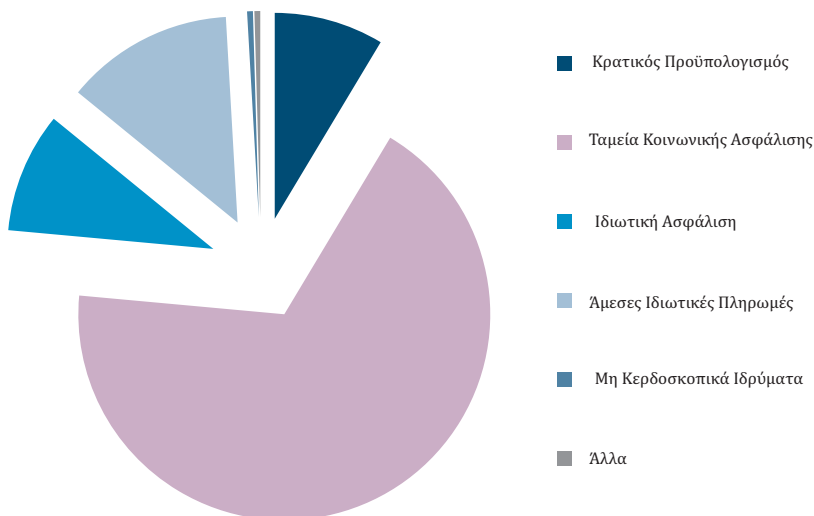
Σύμφωνα με το Διάγραμμα Δ-2, οι πόροι για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών πηγάζουν κυρίως από αμφότερες τις ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων και συμπληρωματικά από τα περιορισμένα κονδύλια της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης. Συγχρόνως, εντοπίζεται πλήθος *φορέων χρηματοδότησης και παροχής* υγειονομικής φροντίδας: Ομοσπονδιακή και Τοπικές Κυβερνήσεις, ιδιωτικές, εθελοντικές και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις κοινωνικής προστασίας. Έτσι, οι πολίτες απολαμβάνουν *ελευθερία επιλογής* γιατρού και νοσοκομείου, ενώ οι γιατροί ευρεία *επαγγελματική αυτονομία*¹⁹⁷.

Ειδικότερα, η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών υπηρεσιών όπως υπηρεσίες νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας,

196. Αντικαθιστούν τις παλαιότερες συμβάσεις μεταξύ γενικών-οικογενειακών ιατρών που λειτουργούσαν ως ελεύθεροι επαγγελματίες και του Υπουργείου Υγείας.

197. Αυτή η αρμονική συνύπαρξη μεταξύ Κράτους, Ασφαλιστικών Ταμείων και επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών μπορεί να αποδοθεί στη διάχυτη διάθεση συμβιβασμού και υψηλού βαθμού συναίνεσης που επικρατεί μεταξύ των πρωταγωνιστών εντός του συστήματος.

Διάγραμμα Δ-2: Γερμανία – Συντελεστές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας



Πηγή: OECD (<http://stats.oecd.org>, ημερ. πρόσβασης: 05/12/2013)

οδοντιατρική περίθαλψη, υπηρεσίες γενικού-οικογενειακού γιατρού, προαγωγή ψυχικής υγείας, φαρμακευτική κάλυψη, αποθεραπεία και αποκατάσταση.

Επιπλέον, η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για τον πληθυσμό που διαμένει νόμιμα στη χώρα και μπορεί να χορηγηθεί τόσο από τα ταμεία υγείας της κοινωνικής ασφάλισης όσο και από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς σε πλήρη ή συμπληρωματική μορφή.¹⁹⁸ Στην πράξη, το δημόσιο σύστημα υγείας καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, ενώ μια μικρότερη μερίδα πολιτών, η οποία αποτελείται κυρίως από δημόσιους υπαλλήλους, ελεύθερους επαγγελματίες και υψηλόμισθους πολίτες, επιλέγει να ασφαλιστεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές.

Στην *ιδιωτική ασφάλιση υγείας*, οι εισφορές υπολογίζονται βάσει των ασφαλιστικών κινδύνων, καθώς και των προστατευόμενων μελών και ελέγχονται από το κράτος. Αντιστοίχως, στην κοινωνική ασφάλιση, το ύψος των εισφορών¹⁹⁹ καθορίζεται βάσει του μεικτών μηνιαίων απολαβών που λαμβάνει ο εργαζόμε-

198. Το ακαθάριστο ετήσιο εισόδημα αποτελεί κριτήριο για την υποχρεωτική ένταξη του πολίτη στη δημόσια ασφάλιση υγείας (μικρότερο των 50.850 ευρώ) ή την προαιρετική επιλογή μεταξύ δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα (μεγαλύτερο των 50.850 ευρώ).

199. Ενδεικτικά, κατά το έτος 2000 το μέσο ποσοστό εισφοράς ανερχόταν στο 13,5%

νος²⁰⁰. Επιπλέον, οι εισφορές δύναται να διαφέρουν μεταξύ Ταμείων και περιοχών, λόγω της παρουσίας διαφορετικών αναγκών στη χρηματοδότηση του κάθε ασφαλιστικού φορέα. Η ποικιλομορφία συνήθως αποδίδεται στα υψηλά ποσοστά κάλυψης συνταξιούχων, στο επίπεδο εισοδήματος, αλλά και στην αναλογία γιατρών και πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής.

Ακολουθώντας, με τα έσοδα των εισφορών²⁰¹, τα Ασφαλιστικά Ταμεία αγοράζουν για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους υπηρεσίες υγείας από τους προμηθευτές-γιατρούς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μιας περιφέρειας. Αυτοί συγκροτούν τις *Περιφερειακές Ενώσεις Γιατρών*, οι οποίες διαπραγματεύονται τα φλέγοντα ζητήματα *κόστους και ποιότητας* των υπηρεσιών με τα Ταμεία (Hurst, 1991). Ωστόσο, το κράτος δεν υστερεί *παρέμβασης*²⁰², αφού διατυπώνει προτάσεις για την κλίμακα τιμολόγησης των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αυτές οι εισηγήσεις αποτελούν αφετηρία διαπραγματεύσεων μεταξύ Ταμείων και Περιφερειακών Ενώσεων Γιατρών.

Διοικητικά, το γερμανικό σύστημα υγείας οργανώνεται σε εθνικό-κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο με αρμοδιότητες που αφορούν στη χρηματοδότηση, παροχή, αλλά και ρύθμιση του τομέα υγείας. Σε *κεντρικό επίπεδο*, η Ομοσπονδιακή Βουλή έχει την πρωτίστη ευθύνη στον στρατηγικό σχεδιασμό των πολιτικών υγείας. Παράλληλα, διευθετεί ιδιαίτερα ευαίσθητα θέματα κοινωνικής προστασίας, όπως τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, την οργανωτική δομή των Ταμείων Ασφάλισης, το πεδίο διαπραγματεύσεων μεταξύ Ταμείων και φορέων υγειονομικής παροχής, την εφαρμογή του ομοσπονδιακού κώδικα άσκησης της ιατρικής από τους γιατρούς, καθώς και την εποπτεία της μακροχρόνιας φροντίδας (Busse, 1999: 78). Συγχρόνως, για την άμεση και αποτελεσματική επίλυση υγειονομικών ζητημάτων, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση βρίσκεται σε στενή

των μεικτών αποδοχών, μοιρασμένο εξ ημισείας μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων (European Observatory on Health Care Systems, 2000).

200. Στην περίπτωση των ανέργων, οι εισφορές πηγαίνουν από το επίδομα ανεργίας που τους χορηγείται, ενώ για τους μακροχρόνια άνεργους προβλέπεται η δημόσια καταβολή ενός ετήσιου κατά κεφαλήν ασφάλιστρου στα ταμεία υγείας.

201. Η συγκέντρωση των εισφορών εξακολουθεί να αποτελεί ευθύνη των ασφαλιστικών ταμείων, μολοντί νόμος προβλέπει τη σταδιακή εκχώρησή της στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας.

202. Οι κρατικές εισηγήσεις πραγματοποιούνται δύο φορές το χρόνο εντός ενός Σώματος, το οποίο απαρτίζεται από αντιπροσώπους του Κράτους, των Ταμείων, των Περιφερειακών Ενώσεων και λοιπών κοινωνικών φορέων.

συνεργασία με αρχές και φορείς όπως το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο, το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών, το Ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης στην Υγεία και το Γερμανικό Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης.

Σε περιφερειακό επίπεδο, οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων (Länder) καλούνται να υιοθετήσουν την κεντρική πολιτική, έχοντας ωστόσο δικαίωμα παρέμβασης σε τοπικού βεληνεκούς ζητήματα²⁰³. Έτσι, η προαγωγή της υγείας, ο περιφερειακός νοσοκομειακός προγραμματισμός και ο έλεγχος των επαγγελματιών υγείας επαφίενται στις τοπικές κυβερνήσεις και τους υπουργούς υγείας των κρατιδίων (Busse, 2002, 2008).

3.2 Μεταρρυθμιστικά ορόσημα: Σύντομη αναδρομή

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Γερμανία συνιστά υπόδειγμα ενός άρτια οργανωμένου υγειονομικού συστήματος, το οποίο παρέχει ικανοποιητικού επιπέδου υγειονομικές υπηρεσίες προς τους πολίτες. Ωστόσο, η διευθέτηση κάποιων τρωτών σημείων²⁰⁴ εκκρεμεί.

Μολονότι η δεκαετία του 1980 έχει αφήσει ανεξίτηλα τα σημάδια της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα Υγείας, το 1990 η επανένωση της χώρας με την πρώην Ανατολική Γερμανία συνιστά τη μέγιστη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει το κράτος. Το γεγονός ότι το Σύστημα οφείλει να επεκταθεί σε όλη την επικράτεια, χωρίς την παρουσία κλυδωνισμών, ωθεί την κυβέρνηση στην ψήφιση μιας σειράς νόμων, με στόχο την πιο αποτελεσματική και δίκαιη λειτουργία του υγειονομικού τομέα. Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του 1989 αποτελεί τον πρόδρομο της εισαγωγής στοιχείων ανταγωνισμού στο σύστημα.

Αναλυτικότερα, κατά τη δεκαετία του 1990 στην Πολιτική Υγείας δεσπόζουν μεταρρυθμιστικές απόπειρες για εισαγωγή και ενίσχυση στοιχείων ανταγωνισμού στον ασφαλιστικό τομέα, με στόχο την αποδοτική παροχή υγειονομικών υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των ασθενών. Όμως, μια ενδεχόμενη παγί-

203. Σε κάθε κρατίδιο λειτουργούν *Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Ινστιτούτα*, τα οποία στηρίζουν επιστημονικά τις επιμέρους πολιτικές υγείας.

204. Ενδεικτικά, η αύξηση του κόστους και οι αδυναμίες στην προαγωγή υγείας και την αποκατάσταση των χρονίως πασχόντων, οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό επαφίενται στον ιδιωτικό τομέα υγειονομικής φροντίδας.

ωση καθεστώτος πλήρους ανταγωνισμού μπορεί να οδηγήσει τα Ταμεία σε προσφορά ποικίλων πακέτων παροχών και κατ' επέκταση σε επιλεκτική σύναψη συμβάσεων με παρόχους υπηρεσιών υγείας. Έτσι, προκύπτει *υψηλός δείκτης επικινδυνότητας*, καθώς η διεύρυνση της διαφοροποίησης μεταξύ των Ασφαλιστικών Ταμείων δυνητικά ναρκοθετεί το πεδίο της *κοινωνικής αλληλεγγύης* (Brown and Amelung, 1999: 83).

Στο σημείο αυτό αξίζει να παρατηρηθεί ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, υπό πλήρη ή συμπληρωματική μορφή, δεν υπόκειται σε ουσιαστική κρατική διευθέτηση. Εξόφθαλμη απόδειξη αποτελεί το σημαντικά υψηλό κόστος των ασφαλιστρών, καθώς οι ιδιωτικοί πάροχοι διαθέτουν ευρεία ελευθερία στην κοστολόγηση, σε αντίθεση με τα νοσοκομεία, όπου επιβάλλεται η δημοσίευση της τιμολόγησης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του 1993 επιχειρεί να καταστήσει πιο αποδοτική τη δομή του Συστήματος Υγειονομικής Φροντίδας. Η *κρατική οικονομική περιστολή* στους παρόχους, στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, στις αμοιβές του ιατρικού προσωπικού και τη φαρμακευτική κάλυψη κρίνεται πλέον αναγκαία. Αντιστρόφως, η οικονομική συμμετοχή των πολιτών²⁰⁵ στο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης αυξάνεται αισθητά, γεγονός που προξενεί *δυσφορία στους πολίτες*.

Τα μεταρρυθμιστικά μέτρα του 1996 κατοχυρώνουν το δικαίωμα των πολιτών για *ελεύθερη επιλογή* Ασφαλιστικού Ταμείου²⁰⁶, υπό την προϋπόθεση ότι καταβάλλουν τις απαιτούμενες εισφορές (Abel-Smith and Mossialos, 1994). Ας σημειωθεί ότι η παραπάνω μεταρρύθμιση έχει υποστεί ποικίλες τροποποιήσεις έως και το έτος 2000, οι οποίες τελικά επιφέρουν αφενός *αυξητική* τάση στα επίπεδα κρατικής χρηματοδότησης της υγείας και αφετέρου *πτωτική* τάση στο επίπεδο οικονομικής συμμετοχής των ασθενών (Federal Ministry of Health, 2001).

Οι μεταρρυθμίσεις του 1999 εισηγούνται την άμεση ανάγκη για μείωση των απολαβών του υγειονομικού προσωπικού, με αποτέλεσμα να εγερθούν έντονες *αντιδράσεις* από τις Περιφερειακές Ενώσεις των Γιατρών. Οι διευρυμένες απερ-

205. Σχετικά με το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών υποστηρίζεται ότι η ύπαρξη «ψαλίδας» μεταξύ μικρών και μεγάλων ταμείων δύναται να αμβλυνθεί με τη *συγχώνευση* των μικρότερων.

206. Αυτή η δυνατότητα του ασφαλισμένου για εναλλαγή ασφαλιστικού ταμείου συχνά διακυβεύει ακόμη και την ύπαρξη των ασφαλιστικών φορέων.

γίες που ακολουθούν επιβεβαιώνουν την έναρξη μιας *αμφιταλαντευόμενης σχέσης* μεταξύ κράτους, γιατρών και ταμείων.

Τα μεταρρυθμιστικά πλαίσια που εισάγονται από το 2000 και έπειτα εστιάζουν σταδιακά στον εκσυγχρονισμό του τομέα υγείας, ο οποίος οφείλει να διέπεται από τις βασικές αρχές και τα εργαλεία του Management. Συγχρόνως, η κυριαρχία των στοιχείων ανταγωνισμού υπαγορεύει την αυτορρύθμιση της υγειονομικής αγοράς, όπου το κέντρο βάρους μετατοπίζεται από το συλλογικό επίπεδο στο ατομικό (στον ασθενή-ασφαλισμένο). Επιπλέον, η μέχρι πρότινος μονοπωλική παροχή εξωνοσοκομειακής-πρωτοβάθμιας φροντίδας από τις Ενώσεις των Γιατρών περιορίζεται και πλέον τα Ασφαλιστικά Ταμεία μπορούν να συνάπτουν συμβάσεις με ομάδες ιδιωτών ή νοσοκομειακών γιατρών.

Ωστόσο, το έτος 2001 σημειώνονται αξιόλογες αλλαγές στο νοσοκομειακό τομέα. Η πρακτική των σφαιρικών προϋπολογισμών εγκαταλείπεται και στη θέση του καθιερώνεται το νέο σύστημα πληρωμών βάσει *Ομοειδών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs)*, το οποίο υπόσχεται άμεση αύξηση των νοσοκομειακών εκροών (Altenstetter and Busse, 2005).

Το 2006 η σύσταση του Κεντρικού Ταμείου Υγείας αποτελεί εξέχουσα μεταρρυθμιστική απόπειρα, η οποία επιδιώκει την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού τόσο σε επίπεδο ασφάλισης όσο και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών και συγχρόνως στοχεύει στο στρατηγικό σχεδιασμό της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα, το Κεντρικό Ταμείο έχει την πλήρη ευθύνη συγκέντρωσης των εισφορών από τα επιμέρους ταμεία και ακολούθως τον καταμερισμό τους, με βάση ένα σύνολο κριτηρίων όπως ο αριθμός των ασφαλισμένων ανά ταμείο, δημογραφικά, επιδημιολογικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, εξαιτίας των αντιδράσεων που προέκυψαν από τις αντικρουόμενες ομάδες συμφερόντων, δηλαδή τους παρόχους, τα ασφαλιστικά ταμεία και τα συνδικαλιστικά όργανα, στην πράξη αναλαμβάνει αρμοδιότητες από το έτος 2009.

3.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εντός του Γερμανικού Συστήματος

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο διαχωρισμός μεταξύ νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας αποτελεί διακριτό χαρακτηριστικό του γερμανικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, συχνά, η απουσία συσχέτισης μεταξύ ΠΦΥ και νοσοκομειακής φροντίδας, καθώς και η απουσία ολοκληρωμένων μοντέλων φρο-

ντίδας και υγειονομικής διοίκησης δέχονται οξεία κριτική. Έτσι, στην πολιτική σκηνή αντιπροτείνεται η ενιαιοποίηση του Πρωτοβάθμιου και του νοσοκομειακού τομέα στην υγεία (Böcken et al., 2001).

Πιο αναλυτικά, η ΠΦΥ παρέχεται σχεδόν μονοπωλιακά από ιδιώτες γενικούς γιατρούς, εκ των οποίων η πλειοψηφία διατηρεί προσωπικό ιατρείο και ένα μικρότερο ποσοστό λειτουργεί υπό καθεστώς συνεργασίας με άλλους γιατρούς (π.χ. πολυκλινικές). Στην πράξη κάθε ασφαλισμένος πολίτης έχει αφενός το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γενικού γιατρού από τη λίστα των συμβεβλημένων γιατρών με το ταμείο στο οποίο ανήκει και αφετέρου το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων. Ωστόσο, η εισαγωγή σε νοσοκομείο μπορεί να επιτευχθεί έπειτα από παραπομπή του συμβεβλημένου γιατρού.

Ειδικότερα, οι γιατροί της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, ως ιδιώτες γιατροί, είναι οργανωμένοι στις Ενώσεις Γιατρών. Αυτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση της ΠΦΥ, λόγω της καθοριστικής επίδρασής τους στις συνεχείς διαπραγματεύσεις για τη σύναψη συμβάσεων με τα Ασφαλιστικά Ταμεία.²⁰⁷ Συγχρόνως, οι Ενώσεις Γιατρών ελέγχουν τις αποζημιώσεις των γιατρών (κατά πράξη), διαμορφώνουν υγειονομικά προγράμματα και εγκρίνουν συμβάσεις νέων γιατρών βάσει των τοπικών αναγκών.

Η διαδικασία αποζημίωσης των γιατρών στην ΠΦΥ περιλαμβάνει 2 στάδια: α) αρχικά τα Ασφαλιστικά Ταμεία καταβάλλουν τον συνολικό προϋπολογισμό στις Ενώσεις Γιατρών, έπειτα από συνεχείς διαπραγματεύσεις που έχουν προηγηθεί μεταξύ τους β) στη συνέχεια οι Ενώσεις Γιατρών οφείλουν να καταλείψουν τον προϋπολογισμό στους συμβεβλημένους γιατρούς, σύμφωνα με ένα σύστημα πόντων, την ενιαία κλίμακα αξιών και το ποσό κατά κεφαλήν ασφαλισμένου που προσδιορίζουν την τελική αποζημίωση την οποία θα λάβει ο κάθηνος²⁰⁸.

207. Αντιστοίχως, απαντάται έντονη αλληλεπίδραση μεταξύ νοσοκομειακής φροντίδας και κρατικού παρεμβατισμού, καθώς και φαρμακευτικής περιθάλψης και ανταγωνισμού της ελεύθερης αγοράς.

208. Εντοπίζονται διαφορές ανά περιοχή και ανά τρίμηνο.

4 Σουηδία

4.1 Σουηδικό Σύστημα Υγείας

Το Σύστημα Υγείας στη Σουηδία αποτελεί Δημόσιο-Εθνικό μοντέλο, τύπου «*Beveridge*». Ακρογωνιαίο λίθο του συνιστά η αρχή ότι *άπαντες οι πολίτες*, ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, δικαιούνται *ισότιμη και δωρεάν παροχή* υγειονομικής φροντίδας²⁰⁹. Ιστορικά, το Σύστημα ανθεί μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, ενώ από τη δεκαετία του 1970 διακρίνεται ως ένα από τα καλύτερα οργανωμένα και αποκεντρωμένα Συστήματα²¹⁰. Σήμερα, τόσο το βιοτικό επίπεδο όσο και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού κρίνονται *υψηλά*, βάσει των διεθνών δεικτών, καθώς *το Σύστημα επενδύει σημαντικά* σε εξοπλισμό, προσωπικό και επιστημονική γνώση (Tountas, 2003).

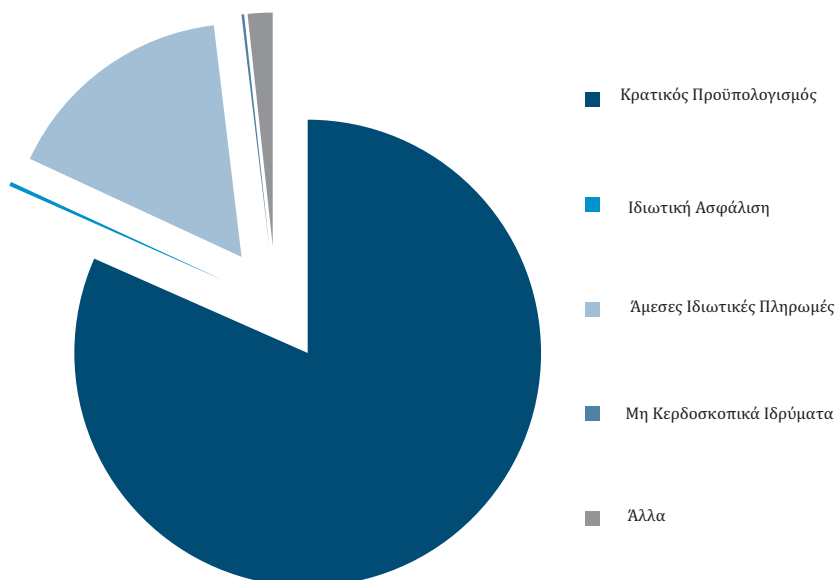
Όπως διαφαίνεται και στο Διάγραμμα Δ-3, η *χρηματοδότηση* του Συστήματος πηγάζει πρωτίστως από φόρους σε εθνικό επίπεδο και δευτερευόντως από κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης (Diderichsen, 2000). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 95% των υποδομών υγείας ανήκει στο κράτος και την τοπική αυτοδιοίκηση, ενώ η ιδιωτική ιατρική ασκείται περιορισμένα (European Observatory on Health Care Systems 2001).

Διοικητικά, οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε τρία επίπεδα: *κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό*, δηλαδή *Κομητείας-Δήμου* (Anell, 2008· Anell et al., 2012). Αναλυτικότερα, σε κεντρικό επίπεδο το Υπουργείο Υγείας καθορίζει την *εθνική πολιτική υγείας*, τον υγειονομικό προϋπολογισμό, καθώς και τη *διανομή των κονδυλίων* σε επίπεδο Κομητείας, με κύριο μέλημα την προστασία των αδύναμων ομάδων του πληθυσμού. Παράλληλα, το Υπουργείο Υγείας με τη συνεπικουρία λοιπών φορέων, όπως το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας, το Συμβούλιο για την Κοινωνική Ασφάλιση και το Εθνικό Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία, αξιολογούν ποιοτικά και οργανωτικά το σύνολο των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (National Board of Health and Welfare, 2005).

209. Σύμφωνα με θεμελιακό νόμο του 1982, κύριο στόχο του Συστήματος αποτελούν οι ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας που θα παρέχονται ισότιμα σε ολόκληρο τον πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων και των αλλοδαπών.

210. Το κράτος αλλά και οι κατά τόπους εκλεγμένες περιφερειακές και νομαρχιακές αρχές φέρουν την πλήρη ευθύνη για τη χρηματοδότηση, οργάνωση, παροχή και ρύθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών (Anell, 2008).

Διάγραμμα Δ-3: Σουηδία – Συντελεστές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας



Πηγή: OECD (<http://stats.oecd.org>, ημερ. πρόσβασης: 07/12/2013)

Αντιστοίχως, η *περιφερειακή εξουσία* οφείλει να συμβαδίζει με την κεντρικά χαραχθείσα πολιτική υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τους μακροοικονομικούς περιορισμούς της χώρας. Επιπλέον, σε περιφερειακό επίπεδο δύναται να αναληφθεί πρωτοβουλία για τη διευθέτηση ζητημάτων τοπικής εμβέλειας (Swedish Institute, 2009).

Σε τοπικό επίπεδο καλύπτεται ένα ευρύ φάσμα παροχών προνοιακού χαρακτήρα, χωρίς όμως να περικλείονται ιδιαίτερα εξειδικευμένες υπηρεσίες (Swedish Federation of County Councils, 2001). Ειδικότερα, τα *Κομητειακά Συμβούλια* δρουν ως *τοπικά μονοπώλια*, τα οποία μπορούν να χρηματοδοτούν και να διευθύνουν τοπικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας μέσω της είσπραξης τοπικών φόρων²¹¹. Έτσι, οι εκλεγμένοι ανά τετραετία τοπικοί πολιτικοί των Κομητειακών

211. Ο συνολικός προϋπολογισμός υπηρεσιών υγείας των κομητειακών συμβουλίων προσδιορίζεται με βάση τα έσοδα φορολογίας εισοδήματος, τις κρατικές επιχορηγήσεις, τις χρεώσεις που καταβάλουν οι ασθενείς και τις πληρωμές από άλλες πηγές για τη

Συμβουλίων οφείλουν να λογοδοτούν στους ψηφοφόρους για την παροχή και ποιότητα των υπηρεσιών (Calltorp, 1999: 14).

4.2 Μεταρρυθμιστικά ορόσημα: Σύντομη αναδρομή

Μολονότι το Σύστημα Υγειονομικής Φροντίδας έχει παραγάγει ικανοποιητικά αποτελέσματα, κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει διαδοχικές παρεμβάσεις για την παραπέρα βελτίωσή του. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 πραγματοποιείται γενική συρρίκνωση των κρατικών δαπανών, και αποφασίζεται η εισαγωγή της αρχής του ανταγωνισμού στον ευαίσθητο τομέα της υγείας. Όμως, η υιοθέτηση ανταγωνισμού περιχαρακώνεται εντός του παραδοσιακού και ανθεκτικού πλαισίου διατήρησης των αποκεντρωμένων δομών και υπηρεσιών.

Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του 1991 αποτελεί αφετηρία των πρώτων πιλοτικών προγραμμάτων, τα οποία εκχωρούν πλήρη εξουσιοδότηση στους Δήμους για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (León and Rico, 2002).

Το 1992 το «μοντέλο της Στοκχόλμης»²¹² συνθέτει την ευρέως γνωστή μεταρρυθμιστική πράξη, η οποία αποβλέπει στην αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των πόρων. Αυτό το νέο μοντέλο οργάνωσης-χρηματοδότησης προσομοιάζει με το αντίστοιχο που εφαρμόστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1991. Ειδικότερα, εισάγει στοιχεία ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας και προωθεί τη *δημιουργία εσωτερικής αγοράς υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης*. Συγκεκριμένα, οι τοπικές αρχές αγοράζουν, για λογαριασμό των πολιτών, υπηρεσίες υγείας από τα νοσοκομεία, συνάπτοντας συμβόλαια με προκαθορισμένες τιμές²¹³. Έτσι, οι πάροχοι-νοσοκομεία αναγκάζονται να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες σε ανταγωνιστικές τιμές, αφού η χρηματοδότησή τους βασίζεται πλέον στον όγκο των υπηρεσιών. Επιπλέον, ο ασθενής έχει *ελευθερία επιλογής* γιατρού ή νοσοκομείου,

θεραπεία ασθενών που δεν ανήκουν σε αυτά. Επίσης, οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από φόρους, εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, καθώς και ειδικές μεταβιβαστικές πληρωμές από την κεντρική κυβέρνηση (European Observatory on Health Care Systems, 2001).

212. Πήρε το όνομά του από τον ομώνυμο δήμο, αφού αρχικά αφορούσε τη συγκεκριμένη περιοχή.

213. Οι τιμές καθορίζονται με το σύστημα των *Ομοειδών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs)*, το οποίο προσδοκά να επιλύσει πρακτικά ζητήματα, όπως ο εκτεταμένος *χρόνος αναμονής* και η απουσία κίνητρων για αύξηση των νοσοκομειακών εκροών.

χωρίς να περιορίζεται αποκλειστικά στους τοπικούς προμηθευτές της περιοχής ευθύνης στην οποία ανήκει. Στο σημείο αυτό χρήζει να αναφερθεί ότι έως το 1993, με εξαίρεση τη Στοκχόλμη, δεν υφίσταται *θεσμοθετημένο δικαίωμα επιλογής γιατρού ή νοσοκομείου* για τους ασθενείς όλης της επικράτειας, αφού για κάθε πολίτη ορίζονται τοπικοί γιατροί (Freeman, 2000).

Στην πράξη, το Κομητειακό Συμβούλιο της Στοκχόλμης διαπιστώνει ότι το παραπάνω μοντέλο συμβάλλει μεν στην παραγωγικότητα των νοσοκομείων, αυξάνει δε το νοσοκομειακό κόστος (Andersen et al., 2001: 1199). Μολονότι έχει εδραιωθεί η διάκριση μεταξύ αγοράς και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, η μεταρρύθμιση αυτή θεωρείται «άτολμη» συγκριτικά με την αντίστοιχη που εισήγαγε το Ηνωμένο Βασίλειο (Anell, 1996). Ουσιαστικά, ο διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών συγκροτεί ένα χαλαρό πλαίσιο, καθώς οι νεοϊδρυθέντες *φορείς αγοράς* τείνουν να αντικατοπτρίζουν τις γεωγραφικές περιοχές και παραδοσιακές δομές των Κομητειακών Συμβουλίων, αναπαράγοντας τελικά την τοπική μονοπωλιακή κατάσταση.

Όμως, κατά την περίοδο 1994-1995 εφαρμόζεται η υποχρεωτική για τους πολίτες *δήλωση προτίμησης μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας*, κατά το αγγλικό πρότυπο, η οποία επιδιώκει την ενθάρρυνση της ευγενούς άμιλλας μεταξύ των γιατρών για την επίτευξη παροχών ανώτερης ποιότητας. Ωστόσο, η παραπάνω πρακτική σύντομα παραγκωνίζεται, διότι δεν επιτυγχάνει αξιοσημείωτες μεταβολές στην κουλτούρα της ιατρικής κοινότητας (Andersen et al., 2001: 1201).

Την τελευταία δεκαετία, παρά τα ικανοποιητικά επίπεδα υγείας των πολιτών, εντοπίζεται μία παγιωμένη *κριτική* προς τις υπηρεσίες υγείας. Κύρια αιτία αποτελεί η *ατονία* του συστήματος στην προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, σε συνδυασμό με το διαρκώς *αυξανόμενο κόστος*, το κατεστημένο των *μεγάλων λιστών αναμονής* και την *απουσία κινήτρων* προς τους παρόχους για αύξηση της παραγωγικότητας. Έτσι, μεταρρυθμιστικές απόπειρες προτείνουν τη ενίσχυση ενός περισσότερο «συγκεντρωτικού» συστήματος ελέγχου/ρύθμισης του δευτεροβάθμιου τομέα και συγχρόνως τη συρρίκνωση ή συνένωση των νοσοκομειακών μονάδων, με στόχο την περιστολή των υγειονομικών πόρων. Παράλληλα, προωθείται ο ανταγωνισμός στον φαρμακευτικό τομέα, η χρήση γενόσημων, καθώς και η αύξηση των ιδιωτικών αδειοδοτήσεων εμπορίας φαρμάκων.

4.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εντός του Σουηδικού Συστήματος

Η ΠΦΥ αποτελεί βασικό σημείο εκκίνησης για τη λειτουργία του σουηδικού συστήματος υγείας, με βασικά χαρακτηριστικά την προσβασιμότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ahgren, 2010). Πιο αναλυτικά, η ΠΦΥ παρέχεται τόσο από δημόσιους παρόχους όσο και από ιδιωτικούς, οι οποίοι αμείβονται με μισθό ή κατά κεφαλήν-κατά πράξη αποζημίωση, αντιστοίχως. Μολονότι προβλέπεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, στην πράξη αδυνατεί να αποδώσει τα αναμενόμενα. Έτσι, λειτουργεί σε συνδυασμό με υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας, οι οποίες παρέχονται εκτός αλλά και εντός νοσοκομείου (συνήθως στα εξωτερικά ιατρεία) (Annel, 2011).

Διοικητικά, η ΠΦΥ διαρθρώνεται σε τοπικό επίπεδο, κατατεταγμένη σε υγειονομικές μονάδες οι οποίες οφείλουν να εξυπηρετούν 5.000-50.000 κατοίκους έκαστη, με τη στελέχωση γενικών γιατρών, μαιών και νοσηλευτικού προσωπικού (Albin et al., 2010· Glenngard et al., 2005).²¹⁴

Θεωρητικά, κάθε ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα επιλογής για δημόσια ή ιδιωτική περίθαλψη, καθώς και το δικαίωμα επίσκεψης νοσοκομείου χωρίς υποχρεωτική παραπομπή²¹⁵ από πάροχο ΠΦΥ, με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά υπερφόρτωση της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Το γεγονός αυτό οδηγεί τους υπεύθυνους πολιτικής χάραξης στη σταδιακή αύξηση της οικονομικής συμμετοχής του ασθενή στη νοσοκομειακή περίθαλψη, με σκοπό τη μαζικότερη στροφή του πληθυσμού στις μονάδες ΠΦΥ και την εξοικονόμηση πόρων στο υγειονομικό σύστημα. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ΠΦΥ προσπαθεί να εναρμονιστεί με τον κανόνα «0-7-90-90», ο οποίος υπόσχεται στον πληθυσμό:

0 = μηδενική καθυστέρηση στην επαφή μεταξύ ασθενή και συστήματος υγείας,

7 = επίσκεψη σε γενικό γιατρό εντός 7 ημερών,

90 = επίσκεψη σε ειδικό γιατρό εντός 90 ημερών,

90 = αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας όχι μεγαλύτερη των 90 ημερών.

(Hanning 1996, Toth, 2010).

214. Κύρια αποστολή τους είναι οι προληπτικοί ιατρικοί έλεγχοι, οι ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις, οι εμβολιασμοί και υγειονομικές υπηρεσίες προς μαθητές (Θεοδώρου κ.ά., 2001).

215. Αντιθέτως, σε περίπτωση που οι γενικοί γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς τους στη νοσοκομειακή περίθαλψη, ο χρόνος αναμονής είναι αισθητά μικρότερος.

5 Ισπανία

5.1 Ισπανικό Σύστημα Υγείας

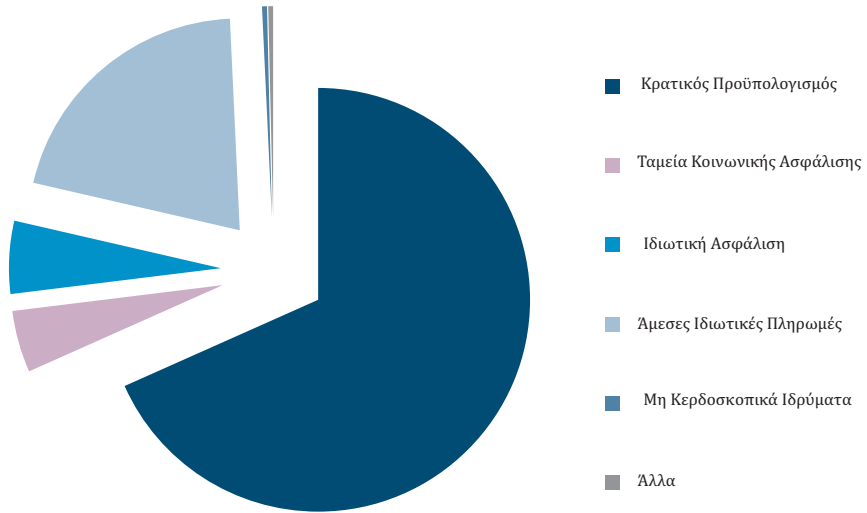
Το Σύστημα Υγείας στην Ισπανία συνιστά Δημόσιο-Εθνικό μοντέλο, τύπου «*Beveridge*», με έτος εκκίνησης το 1986. Βασικά του χαρακτηριστικά αποτελούν η καθολικότητα στην κάλυψη του πληθυσμού²¹⁶, η αποκεντρωμένη δομή και η σαφής διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας. Μολονότι διαχρονικά το σύστημα έχει παραγάγει αποτελεσματικές εκροές, η πρόσφατη οικονομική κρίση ασκεί έντονες πιέσεις για αναδιάρθρωση των δομών και περιστολή των πόρων.

Οι πόροι για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών πηγάζουν πρωτίστως από τη γενική φορολογία και κάποιες άμεσες χρηματοδοτήσεις της κεντρικής κυβέρνησης. Συγκεκριμένα, η κυβέρνηση συγκροτεί περιφερειακούς προϋπολογισμούς για καθεμιά από τις 17 αυτόνομες Περιφέρειες, ανάλογους με τον πληθυσμό που εξυπηρετούν. Η συμβολή των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ιδιαίτερα περιορισμένη, σε αντίθεση με τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές όπου παρατηρείται αυξητική τάση. Θεωρητικά, οι χρηματικές συνεισφορές των πολιτών είναι ανάλογες με το εισόδημα, ενώ η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών ανάλογη με τις ανάγκες τους. Ωστόσο, η ιδιωτική ασφάλιση, αντιπροσωπεύοντας μικρό ποσοστό του πληθυσμού, δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες για εναλλακτικές επιλογές και αμεσότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Διοικητικά, οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε τρία επίπεδα: *κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό. Σε κεντρικό επίπεδο, πρωταγωνιστεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής, το οποίο είναι αρμόδιο για τον στρατηγικό σχεδιασμό και το συντονισμό υγειονομικών ζητημάτων. Επιπλέον, η κεντρική διοίκηση (INSALUD) οφείλει να προάγει και να διασφαλίζει την ποιότητα του εθνικού συστήματος υγείας, καθώς και να εποπτεύει την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και αγαθών. Ας σημειωθεί ότι από το έτος 2002 οι κυριότερες αρμοδιότητες έχουν εκχωρηθεί σε περιφερειακό επίπεδο.*

216. Μέχρι πρότινος, το σουηδικό σύστημα υγείας κάλυπτε όλους τους μετανάστες, νόμιμους και μη. Λόγω των τρεχουσών οικονομικών συγκυριών, η δωρεάν κάλυψη πλέον αφορά τα ανήλικα άτομα και περιορίζεται σε περιστατικά έκτακτης ανάγκης, ατυχημάτων και εγκυμοσύνων. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτή επαφίεται στη βούληση των ανεξάρτητων Περιφερειών.

Διάγραμμα Δ-4: Ισπανία – Συντελεστές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας



Πηγή: OECD (<http://stats.oecd.org>, ημερ. πρόσβασης: 08/12/2013)

δο και ουσιαστικά η κεντρική διοίκηση συνεργάζεται με τις αυτόνομες Περιφέρειες για την επίλυση καίριων υποθέσεων, συγκροτώντας το Διαπεριφερειακό Συμβούλιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σε περιφερειακό επίπεδο, απαντώνται 17 αυτόνομες Περιφέρειες με κύριες αρμοδιότητες το σχεδιασμό, την οργάνωση και παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών στην περιοχή ευθύνης τους, καθώς και τη διαχείριση πόρων. Εντός κάθε Περιφέρειας λειτουργούν δύο ανεξάρτητα όργανα με επίκεντρο την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα, αντίστοιχα. Ωστόσο, συχνά παρατηρείται η προσπάθεια ενοποίησης των οργάνων αυτών. Σε τοπικό επίπεδο, συναντούμε τα τοπικά συμβούλια, τα οποία οφείλουν να υποστηρίζουν τις υγειονομικές αποφάσεις και να διαχειρίζονται τις υγειονομικές υπηρεσίες των μονάδων (gatekeepers).

5.2 Μεταρρυθμιστικά ορόσημα: Σύντομη αναδρομή

Μολονότι διαχρονικά το σύστημα υγείας λειτουργεί ικανοποιητικά, παρατηρούνται εντατικές προσπάθειες εναρμόνισής του με τα ευρωπαϊκά πρότυπα λιτότητας και περικοπών. Συγχρόνως, η πρόσφατη οικονομική κρίση ασκεί έντονες πιέσεις για αναδιάρθρωση των δομών και περιστολή των πόρων.

Ήδη από το 1991 η επιτροπή “Abril” εισάγει μέτρα περιστολής του κόστους²¹⁷, ενώ το 1993 θεσπίζεται η λίστα φαρμάκων χωρίς δημόσια κάλυψη και αντίστοιχα το 1995 η θετική και αρνητική λίστα υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, ρυθμίζεται η ελεύθερη επιλογή ειδικών ιατρών (1996) και εισάγεται ο νόμος περί αυτονομίας διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων (1997). Η αποκέντρωση, καθώς και ο εσωτερικός ελεγχόμενος ανταγωνισμός, μέσω των συμβάσεων με τους προμηθευτές, αποτελούν το έναυσμα για το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο (Guillén and Cabiedes, 1999). Ειδικότερα, ο επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών προς τους πολίτες και η δημιουργία ενός ανταγωνιστικού συστήματος, βασιζόμενου στο διαχωρισμό των λειτουργιών της αγοράς και της παροχής, δύνανται να εξασφαλίσουν αυτονομία και παροχή κινήτρων στους επαγγελματίες για τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1990 το σύστημα υγείας υποχρεούται να υιοθετήσει δείκτες αποτελεσματικότητας και ποιότητας, επιτρέπει την απογευματινή απασχόληση των μόνιμων γιατρών εντός νοσοκομείου, ενώ συγχρόνως επιχειρείται εξορθολογισμός της υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων.

Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του 2002 προβλέπει τη μεταβίβαση του συνόλου των αρμοδιοτήτων παροχής υπηρεσιών και διαχείρισης δαπανών στις 17 αυτόνομες περιφέρειες.

Το 2010 προωθείται νέα σειρά μεταρρυθμιστικών μέτρων με πρώτιστο στόχο τη μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, επιχειρείται η περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες και συγχρόνως προβλέπονται σημαντικές μειώσεις τόσο σε μισθούς όσο και σε υγειονομικό προσωπικό. Ενδεικτικά, προβλέπεται ότι στα προσεχή έτη θα ανακαταληφθεί μόλις το 10% των θέσεων στον τομέα υγείας (Patxot et al., 2012).

Ωστόσο, το μεταρρυθμιστικό μέτρο του 2011 καθιστά σαφές ότι η ισότητα και η υγεία οφείλουν να είναι οι κατευθυντήριες αρχές σε όλες τις χαραχθείσες πολιτικές. Συγχρόνως, γίνεται μια στροφή του πολιτικού ενδιαφέροντος σε ζητήματα όπως η καταπολέμηση της παιδικής παχυσαρκίας, η εκπαίδευση σε θέματα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας. Τέλος, μεταρρυθμιστικό πλαίσιο ορίζει

217. Το έτος 1990 μετασχηματίζεται ο τρόπος συμμετοχής των πολιτών στα νοσήλια. Πλέον, ο ασθενής χρεώνεται βάσει περιστατικού, και όχι βάσει ημερών διαμονής του στο νοσοκομείο.

τους μέγιστους χρόνους αναμονής για πρωτοβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες εντός του Συστήματος.

5.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εντός του Ισπανικού Συστήματος

Μολονότι υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση ενοποίησης των διοικητικών μονάδων ΠΦΥ και ΔΦΥ. Πιο αναλυτικά, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από δημόσια κέντρα υγείας, στα οποία εξέχουσα θέση καταλαμβάνουν οι γενικοί γιατροί. Μολονότι παραδοσιακά γιατροί και υγειονομικό προσωπικό απασχολούνται υπό καθεστώς πλήρους και μόνιμης εργασίας, καταγράφεται πλέον μια αυξητική τάση σε συμβάσεις ευέλικτης σχέσης εργασίας.

Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ πηγάζει από τον ετήσιο περιφερειακό προϋπολογισμό, ο οποίος κατανέμεται στα επιμέρους κέντρα υγείας κάθε Περιφέρειας, καθώς και σε μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης. Παράγοντες όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετείται καθορίζουν το τελικό ποσό της χρηματοδότησης.

Η ΠΦΥ παρέχει ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών υπηρεσιών σε επίπεδο προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και συμβουλευτικής, οι οποίες οφείλουν να είναι διαθέσιμες προς τον πολίτη «σε ακτίνα 15 λεπτών από τον τόπο κατοικίας του καθενός» (MSPS, 2010).

(Ι-Γ) Επισκόπηση θεσμικών αλλαγών στο πεδίο της μακροχρόνιας φροντίδας για την τρίτη ηλικία: Από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι Συνταξιούχων» στο πρόγραμμα «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων»

Στην Ελλάδα, ο τομέας της μακροχρόνιας φροντίδας έχει αναπτυχθεί με αργό και αποσπασματικό τρόπο ενώ παράλληλα απουσιάζει τόσο η θεσμοθετημένη-ενιαία παροχή υπηρεσιών προς τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και κυρίως προς την τρίτη ηλικία όσο και η συστηματική καταγραφή στοιχείων σχετικών με τις ανάγκες φροντίδας των πολιτών και τις ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών με βάση το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση υγείας ή τη γεωγραφική θέση (Petmesidou, 2013a).

Ειδικότερα για τη Μακροχρόνια Φροντίδα στην Τρίτη Ηλικία, οι υπηρεσίες παρέχονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (κυρίως νοσηλευτική φροντίδα από συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές για χρόνιες παθήσεις ηλικιωμένων και παροχή συντάξεων αναπηρίας και επιδομάτων σε χρήμα και είδος), τις «νέες μονάδες-δομές» (βοήθεια στο σπίτι, κέντρα ημερήσιας φροντίδας υπό την αιγίδα των ΟΤΑ / χρηματοδοτούμενες από πηγές της ΕΕ) και την οικογένεια (άτυπη-ανεπίσημη, συνήθως μη αμειβόμενη φροντίδα), η τελευταία εκ των οποίων διαχρονικά έχει διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην κάλυψη των αναγκών που έχουν οι ευπαθείς ομάδες.

Μολονότι εντοπίζεται πλούσιο νομοθετικό πλαίσιο, αυτό δεν έχει συμβάλει αποτελεσματικά στη δομή και λειτουργία της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα:

- Με το Νόμο 3106/ 2003 προβλέπεται η λειτουργία του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο στοχεύει στην κάλυψη βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την «αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς και των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας ή αναπηρίας» (άρθρο 13 του ν. 3106/2003). Έπειτα από έγκριση και απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το Πρόγραμμα μπορεί να υλοποιηθεί από υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών, ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, ΟΤΑ α΄ και β΄ βαθμού και την Εκκλησία, με βασική προϋπόθεση τη διάθεση των απαιτούμενων οικονομικών πόρων από το φορέα υλοποίησης.
- Ακολούθως, στα πλαίσια επανασχεδιασμού της κοινωνικής πρόνοιας, ο Νόμος 4025/ 2011 ορίζει τη διοικητική και λειτουργική συγχώνευση κέντρων

φροντίδας παιδιών και ιδρυμάτων χρονίως πασχόντων ή ηλικιωμένων. Ουσιαστικά, η παραπάνω νομοθεσία διαλύει το σύνολο των κέντρων που λειτουργούν σε επίπεδο νομού και εισάγει τη διαδικασία πιστοποίησής τους υπό την αιγίδα του ΙΚΑ. Συγχρόνως, προβλέπεται και η κατάρτιση ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων των δικαιούχων που θεμελιώνουν δικαίωμα χορήγησης επιδομάτων κοινωνικής πρόνοιας.

- Λαμβάνοντας υπόψη την αναποτελεσματικότητα και τα κενά στη μακροχρόνια φροντίδα, ο Νόμος 4052/ 2012 θεσμοθετεί το «Πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας Συνταξιούχων», το οποίο υπόσχεται να παράσχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο κάλυψης των αναγκών της κατ' οίκον φροντίδας προς τους συνταξιούχους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας και αναπηρίας που καθιστούν δυσχερή την αυτόνομη διαβίωσή τους. Θεωρητικά, σκοπός του Προγράμματος είναι η κατοχύρωση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και αναπήρων συνταξιούχων εντός της οικείας τους, ώστε να αποφευχθεί η ιδρυματοποίησή τους σε κλειστές μονάδες φροντίδας, καθώς και ο κοινωνικός αποκλεισμός γενικότερα. Προς αυτή την κατεύθυνση επιδιώκεται η κάλυψη βασικών αναγκών στους δικαιούχους συνταξιούχους με συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας, οικογενειακής βοήθειας, αλλά και ενημέρωσης για τα δικαιώματά τους.

Δικαίωμα υποβολής αίτησης στο Πρόγραμμα έχουν οι συνταξιούχοι λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου όλων των φορέων κυρίας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, του Δημοσίου, καθώς και οι συνταξιούχοι ανασφάλιστοι υπερήλικες του ΟΓΑ, οι οποίοι οφείλουν να πληρούν σωρευτικά μια σειρά κριτηρίων. Ειδικότερα, τα κριτήρια επιλογής των δικαιούχων ορίζονται με ιδιαίτερα αυστηρό τρόπο και σχετίζονται με την ηλικία, το εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση, την κατάσταση υγείας και το βαθμό εξάρτησής τους, αποκλείοντας εντέλει ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό συνταξιούχων που χρήζουν φροντίδας.

Συγκεκριμένα, κριτήρια συνιστούν (α) η συμπλήρωση του 78ου ηλικιακού έτους ή πιστοποιημένο ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω από αρμόδιο φορέα ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας, (β) συνολικό ετήσιο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα ίσο ή μικρότερο της χαμηλότερης εισοδηματικής κλίμακας που προβλέπε-

ται κάθε φορά για την παροχή του ΕΚΑΣ (ατομικό εισόδημα 7.715,65 ευρώ και το οικογενειακό στο διπλάσιο), (γ) η μοναχική διαβίωση ή διαβίωση με σύζυγο/ συγγενικό πρόσωπο που επίσης έχει ποσοστό αναπηρίας άνω του 67% και ατομικό εισόδημα μικρότερο των 7.715, 65 ευρώ ετησίως, (δ) η δυσχερής κάλυψη καθημερινών αναγκών λόγω ασθενείας, (ε) η μη παροχή επιδόματος απολύτου αναπηρίας, εξωϊδρυματικού ή οποιουδήποτε άλλου από τον ασφαλιστικό Φορέα και (στ) η μη ένταξη σε μονάδες κλειστής φροντίδας, σε νοσηλευτικές μονάδες του ΕΣΥ ή του ιδιωτικού τομέα (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Εγκύκλιος 63, 2012: 3).

Η χρηματοδότηση του Προγράμματος πηγάζει πρωτίστως από το λογαριασμό της Εισφοράς Αλληλεγγύης Συνταξιούχων που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ), καθώς και από την παροχή ποσοστού 0,2% επί των συνολικών ετήσιων εσόδων από εισφορές Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης κύριας ασφάλισης υπέρ του Προγράμματος (άρθρο 30 του ν.4075/2012).

Διοικητικά, το Πρόγραμμα εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και το Υπουργείο Εσωτερικών, και συντονίζεται από τις υπηρεσίες της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Ως φορέας υλοποίησης και υποστήριξης ορίζεται το ΙΚΑ- ΕΤΑΜ, το οποίο συστήνει ειδική «Διεύθυνση κατ' οίκον Φροντίδας Συνταξιούχων» και συνάπτει ειδικές συμβάσεις με τους εγγεγραμμένους στο Μητρώο παρόχους για την παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών έναντι καθορισμένης αμοιβής ανά ωφελούμενο.

Ως αμοιβή του παρόχου ανά ωφελούμενο ορίζεται το ποσό των 100 ευρώ μηνιαίως και απαγορεύεται ρητά η είσπραξη οποιασδήποτε επιπρόσθετης αμοιβής. Οι δικαιούχοι αφενός έχουν το δικαίωμα επιλογής από κατάλογο παρόχων της περιοχής τους και αφετέρου δικαίωμα διακοπής της συνεργασίας. Ας σημειωθεί ότι ο πάροχος έχει την αποκλειστική ευθύνη για την επιλογή του προσωπικού, το οποίο οφείλει να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες σύμφωνα με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας. Συγχρόνως, ο πάροχος υποχρεούται να τηρεί εμπιστευτικότητα αναφορικά με θέματα υγείας, οικογενειακής ή οικονομικής κατάστασης των ωφελούμενων. Σε περίπτωση εντοπισμού οποιασδήποτε παράβασης, το Διοικητικό Συμβούλιο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ επιβάλλει κυρώσεις όπως γραπτή σύσταση και οριστική καταγγελία σύμβασης.

Επιπλέον, το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του Προγράμματος μπορούν πλέον να προσφέρονται από επιχειρήσεις Δήμων (άρθρα 103 και 107 του ν.3852/2010),

επιχειρήσεις Περιφερειών (άρθρα 194 και 198 του ν. 3852/2010), ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδιωτικές επιχειρήσεις, καθώς και Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Κοινωνικής Φροντίδας (ν.4019/2011) ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων (βλ. Εγκύκλιος 2 του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, 2013). Ωστόσο, μέσα στα πλαίσια του σκληρού ανταγωνιστικού συστήματος, ο σχηματισμός Κοινωνικών Συνεταιρισμών ουσιαστικά αποτελεί μια εναλλακτική (εξαναγκαστική ίσως) πρόταση αφομοίωσης όσων εργαζόνταν μέχρι πρότινος στο δημόσιο σύστημα φροντίδας.

Συγχρόνως, εγείρει προβληματισμό το ότι οι υπηρεσίες παρέχονται μόλις για δέκα ώρες μηνιαίως, με συχνότητα τουλάχιστον δύο επισκέψεων ανά εβδομάδα, στις οποίες πρέπει να καλυφθεί ένα ευρύ φάσμα παρεχόμενων υπηρεσιών .

- Ο τομέας της κοινωνικής φροντίδας δέχεται ένα ακόμη πλήγμα, με το Νόμο 4109/ 2013, ο οποίος προβλέπει τη συγχώνευση των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας (ΜΚΦ) ανά Περιφέρεια και την ένταξή τους ως παραρτήματα (αποκεντρωμένες υπηρεσίες) σε 12 νέα ΝΠΔΔ με την επωνυμία «Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (ΚΚΠ)». Τα ΚΚΠ τελούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλειας και Πρόνοιας, με σκοπό την προστασία της οικογένειας, της παιδικής ηλικίας και τρίτης ηλικίας, των ατόμων με αναπηρία και γενικότερα των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Όμως στην πράξη, διατυπώνονται αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα των νεοσύστατων δομών, την επάρκεια του προσωπικού και την πληρότητα των μονάδων.
- Στο σημείο αυτό οφείλει να γίνει μνεία στο Νόμο 4199/ 2013, ο οποίος παρατείνει τη διάρκεια του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι (ΒσΣ)», καθώς και των συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου των απασχολούμενων έως τις 30.9.2014. Επιπλέον, προβλέπεται ότι το Πρόγραμμα ΒσΣ υποχρεούται να παρέχει υπηρεσίες σε δικαιούχους του νεοσύστατου Προγράμματος «Κατ' Οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» (βλ. ν. 4052/2012), καθώς και σε διάφορες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως ηλικιωμένους ανασφάλιστους και οικονομικά αδύναμους πολίτες. Είναι σαφές ότι οι δήμοι που θα αποφασίσουν να συνεχίσουν την προσφορά υπηρεσιών πέραν την παράτασης, οφείλουν να συνάπτουν σύμβαση με το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, το Υπουργείο Εσωτερικών, το Υπουργείο Υγείας, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και την ΕΕΤΑΑ για την εξυπηρέτηση των δικαιούχων συνταξιούχων. Ωστόσο, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ο λογαριασμός της Εισφοράς Αλληλεγγ-

γύης Συνταξιούχων που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ) αποτελεί βασική πηγή χρηματοδότησης του Προγράμματος ΒοΣ κατά την περίοδο παράτασής του.

Στην ίδια νομοθετική πράξη, προβλέπεται η σύσταση Εθνικής Επιτροπής Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας, η οποία, όντας άμισθη, αξιολογεί τις δράσεις πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας και παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας κατά το σχεδιασμό και την υλοποίηση του Προγράμματος «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα», καθώς και σε άλλα Υπουργεία συναφών παρεμβάσεων (άρθρο 127 του ν. 4199/11.10.2013).

Παράρτημα Β

Ερωτηματολόγιο για τις συνεντεύξεις με το υγειονομικό προσωπικό

Κλαδική Έρευνα στο πεδίο της Υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας - ΙΝΕ/ΓΣΕΕ

Ερωτηματολόγιο Α (Γιατροί ΕΣΥ)

Θα σας απευθύνω ορισμένες ερωτήσεις για τις επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας καθώς και για τις μεταρρυθμίσεις που είναι σε εξέλιξη, και θα ήθελα τη γνώμη σας με βάση την εμπειρία σας.

1. Η Ελλάδα διανύει μια περίοδο δραστηκής συρρίκνωσης των κοινωνικών δαπανών. Αυτό οπωσδήποτε επηρεάζει την ποιότητα και το εύρος των παρεχόμενων δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Αντλώντας από τη δική σας εμπειρία, ποια θεωρείτε ως τα σημαντικότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας;

.....

.....

.....

.....

2. Πριν από κάποιους μήνες, κατά την επίσκεψή του στην Ελλάδα, ο διευθυντής του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων, κ. Marc Sprenger, δήλωσε ότι «υπάρχουν μονάδες του ΕΣΥ όπου κινδυνεύει ακόμη και η στοιχειώδης υγιεινή».

Συμμερίζετε την άποψη αυτή (μπορείτε να μου αναφέρετε ορισμένα παραδείγματα); Προβλέπετε βελτίωση/επιδείνωση στο άμεσο μέλλον;

.....

.....

.....

.....

3. Κατά το ξέσπασμα της κρίσης, υπήρχαν ισχυρές ενδείξεις ότι το σύστημα υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα ήταν δαπανηρό αλλά αναποτελεσματικό. Θεωρείτε ότι η κρίση μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για ουσιαστική αντιμετώπιση χρόνιων δυσκαμψιών και αναποτελεσματικών πρακτικών;

.....

.....

.....

.....

(α) Αν ναι, πού πρέπει να επικεντρωθεί η μεταρρύθμιση (είναι προς τη σωστή κατεύθυνση οι επιχειρούμενες αλλαγές);

.....

.....

.....

.....

(β) Αν όχι, ποιοι λόγοι εμποδίζουν την πορεία προς μια αποτελεσματική μεταρρύθμιση;

.....

.....

.....

.....

4. Με βάση την εμπειρία σας, πόσο έχει επιβαρύνει η κρίση την υγεία του πληθυσμού και πώς αποτυπώνεται αυτό στο προφίλ νοσηρότητας/θνησιμότητας του πληθυσμού;

.....

.....

.....

.....

(α) Ποια νοσήματα / ποια περιστατικά έχουν αυξηθεί; Μήπως θα μπορούσατε να μου δώσετε μια εκτίμηση του βαθμού αύξησης (κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα -π.χ. παιδιά-έφηβοι, νέοι από 19 έως 39 ετών, μεσήλικες 40-59 ετών, άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών);

	Παιδιά / έφηβοι	Νέοι 19-39 ετών	Μεσήλικες 40-59 ετών	60 ετών και άνω
	Κορίτσια	Αγόρια	Γυναίκες	Άνδρες
Λοιμώδη νοσήματα (π.χ. φυματίωση, ηπατίτιδα...)				
Κρούσματα HIV				
Καρδιαγγειακά νοσήματα				
Ψυχικές διαταραχές				
.....				
.....				
.....				

.....

.....

.....

.....

(β) Προβλέπετε περαιτέρω επιδείνωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας (και για ποιες κατηγορίες του πληθυσμού);

.....
.....
.....
.....

(5) Η διασφάλιση της συνθήκης ότι ο πολίτης δεν κινδυνεύει να φτωχύνει κάνοντας χρήση υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις στόχους του συστήματος υγείας (όπως τονίζεται και στις διάφορες διακηρύξεις της ΠΟΥ). Ωστόσο παρατηρούμε μια διαρκώς αυξανόμενη μετακύλιση του κόστους στον ασθενή, που πλήττει σημαντικό μέρος του πληθυσμού (και όχι μόνο τους οικονομικά ασθενέστερους). Παράλληλα, διατυπώνονται προτάσεις όπως αυτή για πλαφόν στην κατά κεφαλήν ετήσια (δημόσια) δαπάνη υγείας (ΚΕΠΕ) ή προσδιορισμός συμμετοχής σε φάρμακα, εξετάσεις και περίθαλψη με βάση εισοδηματικά κριτήρια (ΙΣΑ). Ποια είναι η άποψή σας γύρω από το θέμα αυτό;

.....
.....
.....
.....

(6) Στο νοσοκομείο όπου υπηρετείτε κατά τα τελευταία τρία χρόνια έχουν αυξηθεί και σε τι ποσοστό περίπου και από ποιες ομάδες του πληθυσμού:

(α) οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία

.....
.....
.....
.....

(β) οι τακτικές (και επείγουσες) εισαγωγές

.....
.....
.....
.....

(7) Οι επισκέψεις στα απογευματινά ιατρεία (με πληρωμή) έχουν μειωθεί ή αυξηθεί;

.....
.....
.....
.....

(α) Συμφωνείτε/διαφωνείτε με την ενίσχυση της πολιτικής αυτής που συμβάλει στην ολόημερη λειτουργία του νοσοκομείου;

.....
.....
.....
.....

(β) Ποια είναι η άποψή σας για την παραχώρηση κλινών των δημόσιων νοσοκομείων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες;

.....
.....
.....
.....

(8) **[Αν υπάρχουν κλίνες ΜΕΘ]** Είναι όλες σε λειτουργία; Υπάρχει λίστα αναμονής; Μπορείτε να μου δώσετε μια εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχουν οι ασθενείς οι οποίοι χρειάζεται να νοσηλευτούν σε ΜΕΘ αλλά δεν βρίσκουν διαθέσιμη κλίνη;

.....
.....
.....
.....

(9) Μπορείτε να μου δώσετε μια εκτίμηση των μέσων χρόνων αναμονής για επεμβάσεις/θεραπεία σε διάφορες κλινικές του νοσοκομείου σας;

.....
.....

.....
.....
Καθώς επίσης και του μέσου χρόνου αναμονής στα επείγοντα περιστατικά τις ημέρες εφημερίας του νοσοκομείου σας;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(10) Αντιμετωπίζει το νοσοκομείο προβλήματα έλλειψης βασικών ιατρικών υλικών, φαρμάκων και τροφίμων κατά τον τελευταίο χρόνο; Αν ναι, πώς μπορούν να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα αυτά;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(11) Είναι γνωστό ότι έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ανασφάλιστων στην Ελλάδα κατά τα τελευταία τρία χρόνια.

(α) Τι τακτική ακολουθεί το νοσοκομείο σας στην περίπτωση των ανασφάλιστων: περιθάλπονται δωρεάν, παραπέμπονται σε φιλανθρωπικό φορέα.....;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(β) Κατά την άποψή σας πώς μπορεί να αντιμετωπισθεί το οξύ υγειονομικό πρόβλημα των ανασφάλιστων;

Θα ήθελα τώρα να μου πείτε τη γνώμη σας πάνω σε ορισμένες βασικές πτυχές της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης.

(12) Η ανάγκη ενίσχυσης και αποτελεσματικότερης οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί καίριο πρόβλημα του συστήματος υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα εδώ και δεκαετίες.

(α) Δεδομένου ότι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας κυρίως μέσα από την ΠΦΥ (παράλληλα με μέτρα πολιτικής για τη δημόσια υγεία) μπορούν μακροπρόθεσμα να συμβάλουν στη συγκράτηση των δαπανών υγείας, πώς νομίζετε ότι πρέπει να αναδιατάξουμε το σύστημα υγείας (και τους πόρους) για να ενισχύσουμε τους παραπάνω τομείς;

.....

.....

.....

.....

(β) Θεωρείτε ότι η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί μεταρρύθμιση προς τη σωστή κατεύθυνση; Αν ναι ή όχι (για ποιους λόγους);

.....

.....

.....

.....

(γ) Μήπως θα έπρεπε η επιχειρούμενη αναδιάταξη να οδηγήσει σε ένα ενιαίο σύστημα υγείας, δηλαδή η πρωτοβάθμια φροντίδα -κέντρα υγείας, πρώην ΜΥ ΙΚΑ, ενδεχομένως συμπράξεις γιατρών συμβεβλημένων με το δημόσιο σύστημα κ.λπ. να ενταχθούν στο ΕΣΥ και ο ΕΟΠΥΥ να αποτελέσει αποκλειστικά τον οργανισμό που διαχειρίζεται τη χρηματοδότηση του συστήματος; Συμφωνείτε/διαφωνείτε με την πρόταση αυτή και γιατί;

.....

.....

.....

.....

(13) Ειδικοί στο πεδίο της πολιτικής υγείας θεωρούν ότι μεγάλο ποσοστό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας μπορεί να αντιμετωπιστεί από την ΠΦΥ (όπως απλές κλινικές πράξεις -π.χ. αφαίρεση σπίλου- που όμως μέχρι σήμερα παραπέμπονται στα νοσοκομεία).

(α) Για ποιους λόγους, κατά την άποψή σας, σχεδόν μέχρι σήμερα δεν έχουν γίνει σημαντικά βήματα για αποτελεσματικότερη στροφή στην ΠΦΥ;

.....
.....
.....
.....

(β) Τι είδους κίνητρα, στρατηγικές θα μπορούσαν να ενισχύσουν τη στροφή προς την ΠΦΥ;

.....
.....
.....
.....

(14) Η αναδιάταξη των μονάδων υγείας αποτελεί σημαντική προτεραιότητα στο πλαίσιο της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης. Θεωρείτε επιστημονικά επαρκές ως προς την επεξεργασία του το σχέδιο για τις συγχωνεύσεις κλινικών/κλείσιμο κλινών, δημιουργία διασυνδεδεμένων νοσοκομείων κ.λπ.;

(α) Αν ναι (ή όχι) για ποιους λόγους;

.....
.....
.....
.....

(β) Από την επιχειρούμενη αναδιοργάνωση του ΕΣΥ, μπορείτε να μου δώσετε κάποια παραδείγματα «ορθών επιλογών» (δηλαδή επιλογών που είναι προς τη σωστή κατεύθυνση) και/ή κραυγαλέα παραδείγματα «εσφαλμένων επιλογών», κατά την άποψή σας;

.....

.....
.....
.....

(15) Εδώ και πολλά χρόνια εκκρεμεί η διαμόρφωση ενός «Χάρτη Υγείας» που θα αποτυπώνει (και θα επικαιροποιεί διαρκώς) στοιχεία για το δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού, τη νοσηρότητα, θνησιμότητα και εν γένει τις ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη ανά ομάδες του πληθυσμού και γεωγραφική περιοχή, συνδέοντάς τα αυτά με την απόδοση των μονάδων υγείας, το διαθέσιμο δυναμικό, τις δαπάνες και την ποιότητα των υπηρεσιών. Αυτά τα στοιχεία είναι απολύτως απαραίτητα για την άσκηση πολιτικής υγείας.

(α) Για ποιους λόγους, κατά την άποψή σας, ποτέ δεν προχώρησε (και εννοώ σε πλήρη μορφή, όχι απλώς μια καταγραφή των μονάδων υγείας και των δαπανών τους, ή του βαθμού πληρότητάς τους) αυτό το εγχείρημα στην Ελλάδα;

.....
.....
.....

(β) Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με την εφαρμογή συστηματικής αξιολόγησης της παραγωγικότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας των δημόσιων νοσοκομείων;

.....
.....
.....

(16) Τα συνδικαλιστικά όργανα των νοσοκομειακών γιατρών συμμετείχαν σε διαβούλευση για την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ και τους νέους οργανισμούς των νοσοκομείων; Έχουν κάνει συγκεκριμένες προτάσεις; Μπορείτε να μου αναφέρετε κάποια βασικά σημεία των προτάσεων;

.....
.....

.....
.....
(17) Τι έχει αλλάξει ως προς τις προμήθειες αναλώσιμων και άλλων ιατρικών υλικών στα νοσοκομεία κατά τα τελευταία δύο χρόνια;

.....
.....
(α) Επιτυγχάνεται μείωση των δαπανών χωρίς να μειώνεται η ποιότητα των υλικών;

.....
.....
(β) Έχει συμβεί να αναβληθούν τακτικά χειρουργεία λόγω έλλειψης απαραίτητων υλικών;

.....
.....
(18) Το νοσοκομείο σας συνάπτει ειδικές «οικονομικές συμφωνίες» με παρόχους για συγκεκριμένες προμήθειες; Πόσο αποτελεσματική είναι η μέθοδος αυτή προμηθειών;

.....
.....
(19) Συζητείται η δυνατότητα ειδικών συμφωνιών με βάση τον όγκο και τις τιμές (risk-sharing agreements) που επιμερίζουν το ρίσκο μιας θεραπείας ανάμε-

σα στην πολιτεία και την παραγωγό εταιρεία (δηλαδή αν υπάρξει υπέρβαση του συμφωνηθέντος όγκου τότε θα γίνεται επιστροφή στα πρότυπα του clawback που ισχύει σήμερα για τη φαρμακευτική δαπάνη). Μπορεί κάτι τέτοιο να εφαρμοσθεί υπό τις παρούσες συνθήκες;

.....
.....
.....

(20) Οι νέοι «οργανισμοί» των νοσοκομείων επιφέρουν κάποιες αλλαγές στο σύστημα των προμηθειών;

.....
.....
.....

(21) Ποια είναι η άποψή σας για την αξιοποίηση της (αδρανούς) περιουσίας του ΕΣΥ μέσω ΣΔΙΤ (Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα);

.....
.....
.....

(22) Σε τι βαθμό εφαρμόζονται τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) στο νοσοκομείο όπου υπηρετείτε; Πόσο αποτελεσματική είναι η πρακτική αυτή για τη συγκράτηση δαπανών; Ποια είναι τα βασικά προβλήματα από την εφαρμογή του μέτρου αυτού μέχρι σήμερα;

.....
.....
.....

(23) Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί βασική προτεραιότη-

τα στην προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών. Αυτό επιχειρείται με πολλούς τρόπους μεταξύ των οποίων κεντρική θέση κατέχουν η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και η αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων.

(α) Πόσο αποτελεσματικά πιστεύετε ότι είναι τα μέτρα αυτά και ποια βασικά προβλήματα εντοπίζετε κατά την εφαρμογή τους;

.....
.....
.....
.....

(β) Συχνά διατυπώνονται διαμαρτυρίες για την αδυναμία πρόσβασης των ασθενών σε καινοτόμα φάρμακα και θεραπείες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μια Ευρώπη δύο ταχυτήτων ασθενών. Βλέπετε μια τέτοια τάση να υφίσταται, και αν ναι, για ποιους λόγους συμβαίνει αυτό και ποιες ομάδες ασθενών πλήττονται;

.....
.....
.....
.....

(γ) Στην Ευρώπη, το θέμα των πλαστών φαρμάκων βρίσκεται στην κορυφή της ατζέντας των προβλημάτων. Θεωρείτε ότι στην Ελλάδα υφίστανται οι κατάλληλοι μηχανισμοί για τη θωράκιση της δημόσιας υγείας υπό τις συνθήκες ευρείας διείσδυσης των αντιγράφων στην Ελληνική αγορά;

.....
.....
.....
.....

(24) Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών προτίθεται να εκπονήσει μελέτη για το κατά πόσο η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία μπορεί να αυξήσει τη θνησιμότητα.

(α) Βλέπετε πιθανή μια τέτοια εξέλιξη;

.....
.....
.....
.....

(β) Κατά την άποψή σας, υπάρχουν δυνατότητες/περιθώρια αποτελεσματικής παρέμβασης των ιατρικών φορέων (συλλογών, επιστημονικών εταιρειών) για την εξασφάλιση συνθηκών που θα εγγυώνται την εξισορρόπηση μεταξύ μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης και ασφάλειας των χορηγούμενων φαρμάκων;

.....
.....
.....
.....

(25) Ποια είναι η άποψή σας για την εφαρμογή «θεραπευτικών πρωτοκόλλων»; Σε τι έκταση εφαρμόζονται στην Ελλάδα; Μπορεί να γενικευθεί η εφαρμογή τους; Μπορεί αυτό να συμβάλει στη μείωση δαπανών χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας υγειονομικής φροντίδας;

.....
.....
.....
.....

(26) Τέλος, θα ήθελα τη γνώμη σας σε ζητήματα σχετικά με το εργασιακό καθεστώς και τις αμοιβές ιατρικού προσωπικού.

(α) Υπάρχουν προβλήματα με τις εφημερίες στο νοσοκομείο όπου υπηρετείτε λόγω μείωσης του προϋπολογισμού για τις εφημερίες; Έχει αυτό σοβαρές λειτουργικές επιπτώσεις;

.....
.....
.....
.....

(β) Σε ποια κυρίως νοσοκομεία το πρόβλημα των εφημεριών είναι ιδιαίτερα οξύ: νοσοκομεία μεγάλων αστικών κέντρων, νοσοκομεία στην περιφέρεια, γενικά / ειδικά νοσοκομεία...;

.....

.....

.....

.....

(γ) Πόσο επηρεάζουν οι μισθολογικές μειώσεις την απόδοση του ιατρικού προσωπικού; Τι επιπτώσεις μπορεί να έχει αυτό για τους ασθενείς;

.....

.....

.....

.....

(δ) Οι μισθολογικές μειώσεις ενισχύουν την παραβατική συμπεριφορά από ορισμένους γιατρούς (δηλαδή αυξάνονται οι άτυπες πληρωμές);

.....

.....

.....

.....

(ε) Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα προβλήματα του υφιστάμενου συστήματος προαγωγών;

.....

.....

.....

.....

(στ) Ρυθμίσεις όπως η προσωρινή απασχόληση στα νοσοκομεία επικουρικών γιατρών ή η δυνατότητα απασχόλησης γιατρών που συνεργάζονται με τον ΕΟ-ΠΥΥ (για μια μέρα την εβδομάδα) θεωρείτε ότι αποτελούν επιλογή που θα ενισχύσει τη λειτουργία του ΕΣΥ;

.....
.....
.....
.....

(ε) Θεωρείτε ότι θα συμβάλει στην καλύτερη απόδοση του ΕΣΥ ένα σύστημα διαρκούς αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού, σε τακτά χρονικά διαστήματα (και άρση της μονιμότητας);

.....
.....
.....

(27) Με δεδομένη τη δυσκολία των νέων γιατρών να ασκήσουν ελεύθερο επάγγελμα, και παράλληλα τη συρρίκνωση του δημόσιου τομέα, πώς βλέπετε να εξελίσσονται οι συνθήκες απασχόλησης του ιατρικού δυναμικού;

.....
.....
.....

(28) Θεωρείτε πιθανή την ενίσχυση του ρόλου «μεγάλων επενδυτών» στην υγεία και την εργασιακή υποβάθμιση μέρους του ιατρικού δυναμικού (ευέλικτες μορφές απασχόλησης, προσωρινή εργασία κ.λπ.);

.....
.....
.....

Μήπως θα θέλατε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

.....
.....

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο που μου αφιερώσατε.

Φύλο:

Ηλικία (κατ' εκτίμηση):

Επίπεδο εκπαίδευσης:

.....

.....

Χρόνια υπηρεσίας στο ΕΣΥ:

Θέση στο ΕΣΥ:

.....

[Για όσους συμμετέχουν σε ΔΣ συνδικαλιστικού φορέα / επιστημονικής εταιρείας]

Θέση στο φορέα (επιστημονική εταιρεία, συνδικαλιστικός φορέας...):

.....

.....

.....

.....

Κλαδική Έρευνα στο πεδίο της Υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας - ΙΝΕ/ΓΣΕΕ

Ερωτηματολόγιο Β

(Ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι ή μη με τον ΕΟΠΥΥ)

Α. Ιδιώτες γιατροί (μη συμβεβλημένοι με ΕΟΠΥΥ).....

Β. Ιδιώτες συμβεβλημένοι με ΕΟΠΥΥ.....

Δ. Γιατροί πρώην Μονάδων Υγείας ΙΚΑ.....

Θα σας απευθύνω ορισμένες ερωτήσεις για τις επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας καθώς και για τις μεταρρυθμίσεις που είναι σε εξέλιξη, και θα ήθελα τη γνώμη σας με βάση την εμπειρία σας.

1. Η Ελλάδα διανύει μια περίοδο δραστηκής συρρίκνωσης των κοινωνικών δαπανών. Αυτό οπωσδήποτε επηρεάζει την υγειονομική περίθαλψη. Αντλώντας από τη δική σας εμπειρία, ποια θεωρείτε ως τα σημαντικότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας;

.....
.....
.....
.....

2. Πριν από κάποιους μήνες, κατά την επίσκεψή του στην Ελλάδα, ο διευθυντής του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων, κ. Marc Sprenger, δήλωσε ότι «υπάρχουν μονάδες του ΕΣΥ όπου κινδυνεύει ακόμη και η στοιχειώδης υγιεινή”.

Συμμερίζετε την άποψη αυτή (μπορείτε να μου αναφέρετε ορισμένα παραδείγματα); Προβλέπετε βελτίωση/επιδείνωση στο άμεσο μέλλον;

.....
.....
.....

3. Κατά το ξέσπασμα της κρίσης, υπήρχαν ισχυρές ενδείξεις ότι το σύστημα υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα ήταν δαπανηρό αλλά αναποτελεσματικό.

Θεωρείτε ότι η κρίση μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για ουσιαστική αντιμετώπιση χρόνιων δυσκαμψιών και αναποτελεσματικών πρακτικών;

.....
.....
.....
.....

(α) Αν ναι, που πρέπει να επικεντρωθεί η μεταρρύθμιση (είναι προς τη σωστή κατεύθυνση οι επιχειρούμενες αλλαγές);

.....
.....
.....
.....

(β) Αν όχι, ποιοι λόγοι εμποδίζουν την πορεία προς μια αποτελεσματική μεταρρύθμιση;

.....
.....
.....
.....

4. Με βάση την εμπειρία σας, πόσο έχει επιβαρύνει η κρίση την υγεία του πληθυσμού και πώς αποτυπώνεται αυτό στο προφίλ νοσηρότητας/θνησιμότητας του πληθυσμού;

.....
.....
.....
.....

(α) Ποια νοσήματα / ποια περιστατικά έχουν αυξηθεί; Μήπως θα μπορούσατε να μου δώσετε μια εκτίμηση του βαθμού αύξησης (κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα - π.χ. παιδιά-έφηβοι, νέοι από 19 έως 39 ετών, μεσήλικες 40-59 ετών, άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών);

	Παιδιά / έφηβοι	Νέοι 19-39 ετών	Μεσήλικες 40-59 ετών	60 ετών και άνω
	Κορίτσια	Αγόρια	Γυναίκες Άνδρες	Γυναίκες Άνδρες
Λοιμώδη νοσήματα (π.χ. φυματίωση, ηπατίτιδα...)				
Κρούσματα HIV				
Καρδι-αγγειακά νοσήματα				
Ψυχικές διαταραχές				
.....				
.....				
.....				

.....

.....

.....

(β) Προβλέπετε περαιτέρω επιδείνωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας (και για ποιες κατηγορίες του πληθυσμού);

.....

.....

.....

(5) Η διασφάλιση της συνθήκης ότι ο πολίτης δεν κινδυνεύει να φτωχύνει κάνοντας χρήση υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις στόχους του συστήματος υγείας (όπως τονίζεται και στις διάφορες διακηρύξεις της ΠΟΥ). Ωστόσο παρατηρούμε μια διαρκώς αυξανόμενη μετακύλιση του κόστους στον ασθενή, που πλήττει σημαντικό μέρος του πληθυσμού (και όχι μόνο τους οικο-

νομικά ασθενέστερους). Παράλληλα, διατυπώνονται προτάσεις όπως αυτή για πλαφόν στην κατά κεφαλήν ετήσια (δημόσια) δαπάνη υγείας (ΚΕΠΕ) ή προσδιορισμός συμμετοχής σε φάρμακα, εξετάσεις και περίθαλψη με βάση εισοδηματικά κριτήρια (ΙΣΑ). Ποια είναι η άποψή σας γύρω από το θέμα αυτό;

.....
.....
.....
.....

(6) Είναι γνωστό ότι έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ανασφάλιστων στην Ελλάδα κατά τα τελευταία τρία χρόνια.

Κατά την άποψή σας πως μπορεί να αντιμετωπισθεί το οξύ υγειονομικό πρόβλημα των ανασφάλιστων;

.....
.....
.....
.....

[Για γιατρούς πρώην Μονάδων Υγείας ΙΚΑ]

(7) Στη ΜΥ όπου υπηρετείτε, κατά τα τελευταία δύο χρόνια έχει αυξηθεί/μειωθεί και σε τι βαθμό η προσέλευση ασθενών;

.....
.....
.....
.....

(8) Θεωρείται ότι, δυνητικά, οι υγειονομικές μονάδες του πρώην ΙΚΑ θα μπορούσαν να δεχθούν περισσότερες επισκέψεις, αλλά η υποχρηματοδότηση (κυρίως των εργαστηρίων) μειώνει τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

(α) Ποια είναι η άποψή σας πάνω στο ζήτημα αυτό;

.....
.....

.....
.....

(β) Έχουν κλείσει / υπολειτουμεργούν εργαστήρια των ΜΥ του πρώην ΙΚΑ και για ποιους λόγους;

.....
.....
.....

(γ) Τι είδους λύση θα προτείνετε ώστε να είναι δυνατή η πλήρης αξιοποίηση του δυναμικού των ΜΥ;

.....
.....
.....

(9) Μπορείτε να μου δώσετε μια εκτίμηση των μέσων χρόνων αναμονής για ραντεβού με γιατρούς βασικών ειδικοτήτων, παθολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, καρδιολόγο στη ΜΥ που υπηρετείτε (και γενικότερα στις ΜΥ του πρώην ΙΚΑ – στην πόλη όπου πραγματοποιούνται οι συνεντεύξεις);

.....
.....
.....

(10) Υφίστανται περιορισμοί από τον ΕΟΠΥΥ σχετικά με τη διάρκεια κάθε ραντεβού/επίσκεψης; Αν ναι, τι προβλήματα δημιουργεί αυτό στη διεκπεραίωση της ιατρικής πράξης;

.....
.....
.....

(11) Αν απευθυνθούν ανασφάλιστοι στη ΜΥ, τους περιθάλλετε δωρεάν/με πληρωμή, τους στέλνετε σε φιλανθρωπικό φορέα;

.....
.....
.....
.....

[Για όλους]

Θα ήθελα τώρα να μου πείτε τη γνώμη σας πάνω σε ορισμένες βασικές πτυχές της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης.

(12) Η ανάγκη ενίσχυσης και αποτελεσματικότερης οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί καίριο πρόβλημα του συστήματος υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα εδώ και δεκαετίες.

(α) Δεδομένου ότι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας κυρίως μέσα από την ΠΦΥ (παράλληλα με μέτρα πολιτικής για τη δημόσια υγεία) μπορούν μακροπρόθεσμα να συμβάλουν στη συγκράτηση των δαπανών υγείας, πώς νομίζετε ότι πρέπει να αναδιατάξουμε το σύστημα υγείας (και τους πόρους) για να ενισχύσουμε τους παραπάνω τομείς;

.....
.....
.....
.....

(β) Θεωρείτε ότι η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί μεταρρύθμιση προς τη σωστή κατεύθυνση; Αν ναι ή όχι, για ποιους λόγους;

.....
.....
.....
.....

(γ) Μήπως θα έπρεπε η επιχειρούμενη αναδιάταξη να οδηγήσει σε ένα ενιαίο σύστημα, δηλαδή η πρωτοβάθμια φροντίδα (κέντρα υγείας, πρώην ΜΥ ΙΚΑ, ενδεχομένως συμπράξεις γιατρών συμβεβλημένων με το δημόσιο σύστημα κ.λπ.)

να ενταχθεί στο ΕΣΥ και ο ΕΟΠΥΥ να αποτελέσει αποκλειστικά τον οργανισμό που διαχειρίζεται τη χρηματοδότηση του συστήματος; Συμφωνείτε/διαφωνείτε με την πρόταση αυτή και γιατί;

.....

.....

.....

.....

(δ) Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με τη δημιουργία δικτύου κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσα από συμπράξεις γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και εγγραφή του πληθυσμού σε αυτά ανά γεωγραφική περιοχή;

.....

.....

.....

.....

(13) Ειδικοί στο πεδίο της πολιτικής υγείας θεωρούν ότι μεγάλο ποσοστό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας μπορεί να αντιμετωπισθεί από την ΠΦΥ (όπως απλές κλινικές πράξεις –π.χ. αφαίρεση σπίλου – που όμως μέχρι σήμερα «στέλνονται» στα νοσοκομεία).

(α) Για ποιους λόγους, κατά την άποψή σας, σχεδόν μέχρι σήμερα δεν έχουν γίνει σημαντικά βήματα για αποτελεσματικότερη στροφή στην ΠΦΥ;

.....

.....

.....

.....

(β) Τι είδους κίνητρα, στρατηγικές θα μπορούσαν να ενισχύσουν τη στροφή αυτή προς την ΠΦΥ;

.....

.....

.....

.....

(14) Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με τη δυνατότητα ιατρικών πράξεων (π.χ. για μία ημέρα την εβδομάδα) εντός του ΕΣΥ από γιατρούς του ΕΟΠΥΥ;

.....
.....
.....
.....

(15) Πώς κρίνετε τους όρους των συμβάσεων ιδιωτών γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ (ύψος και τρόπος αποζημίωσης, όριο των 200 επισκέψεων το μήνα κ.λπ.)

.....
.....
.....
.....

(17) Ποια είναι η άποψή σας για ένα σύστημα αποζημίωσης των ιδιωτικών φορέων υγείας (δηλαδή των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων & νοσηλευτικών ιδρυμάτων) από τον ΕΟΠΥΥ με βάση την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (και ένα σύστημα bonus / έκπτωσης);

.....
.....
.....
.....

(18) Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί βασική προτεραιότητα στην προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών. Αυτό επιχειρείται με πολλούς τρόπους, μεταξύ των οποίων κεντρική θέση κατέχουν η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και η αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων.

(α) Πόσο αποτελεσματικά πιστεύετε ότι είναι τα μέτρα αυτά και ποια βασικά προβλήματα εντοπίζετε κατά την εφαρμογή τους;

.....
.....
.....
.....

(β) Συχνά διατυπώνονται διαμαρτυρίες για την αδυναμία πρόσβασης των ασθενών σε καινοτόμα φάρμακα & θεραπείες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μια Ευρώπη δύο ταχυτήτων ασθενών. Βλέπετε μια τέτοια τάση να υφίσταται, και αν ναι, για ποιους λόγους συμβαίνει αυτό και ποιες ομάδες ασθενών πλήττονται;

.....
.....
.....
.....

(γ) Στην Ευρώπη, το θέμα των πλαστών φαρμάκων βρίσκεται στην κορυφή της ατζέντας των προβλημάτων. Θεωρείτε ότι στην Ελλάδα υφίστανται οι κατάλληλοι μηχανισμοί για τη θωράκιση της δημόσιας υγείας υπό τις συνθήκες ευρείας διείσδυσης των αντιγράφων στην ελληνική αγορά;

.....
.....
.....
.....

(19) Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών προτίθεται να εκπονήσει μελέτη για το κατά πόσο η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία μπορεί να αυξήσει τη θνησιμότητα.

(α) Βλέπετε πιθανή μια τέτοια εξέλιξη;

.....
.....
.....
.....

(β) Κατά την άποψή σας, υπάρχουν δυνατότητες/περιθώρια αποτελεσματικής παρέμβασης των ιατρικών φορέων (συλλογών, επιστημονικών εταιρειών) για την εξασφάλιση συνθηκών που θα εγγυώνται την εξισορρόπηση μεταξύ μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης και ασφάλειας των χορηγούμενων φαρμάκων;

.....
.....

.....
.....
(20) Ποια είναι η άποψή σας για την εφαρμογή «θεραπευτικών πρωτοκόλλων»; Σε τι έκταση εφαρμόζονται στην Ελλάδα; Μπορεί να γενικευθεί η εφαρμογή τους; Μπορεί αυτό να συμβάλει στη μείωση δαπανών χωρίς υποβάθμιση της ποιότητας υγειονομικής φροντίδας;

.....
.....
(21) Ποια είναι η άποψή σας για τα προβλήματα που διαρκώς ανακύπτουν μέσα από τη διαδικασία καθορισμού των τιμών των φαρμάκων;

.....
.....
(22) Σχετικά με τις υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ, θεωρείτε επιστημονικά επαρκές ως προς την επεξεργασία του το σχέδιο για τις συγχωνεύσεις κλινικών/κλείσιμο κλινών, δημιουργία διασυνδεδεμένων νοσοκομείων κ.λπ.;

(α) Αν ναι (ή όχι), για ποιους λόγους;

.....
.....
(β) Από την επιχειρούμενη αναδιοργάνωση του ΕΣΥ, μπορείτε να μου δώσετε κάποια παραδείγματα «ορθών επιλογών» (δηλαδή επιλογών που είναι προς τη σωστή κατεύθυνση), και/ή κραυγαλέα παραδείγματα «εσφαλμένων επιλογών», κατά την άποψή σας;

.....
.....

(23) Εδώ και πολλά χρόνια εκκρεμεί η σύνταξη ενός «Χάρτη Υγείας» που θα αποτυπώνει (και θα επικαιροποιεί διαρκώς) στοιχεία για το δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού, τη νοσηρότητα, θνησιμότητα και εν γένει τις ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη ανά ομάδες πληθυσμού και γεωγραφική περιοχή, συνδέοντάς τα αυτά με την απόδοση των μονάδων υγείας, το διαθέσιμο δυναμικό, τις δαπάνες και την ποιότητα των υπηρεσιών. Αυτά τα στοιχεία είναι απολύτως απαραίτητα για την άσκηση πολιτικής υγείας.

(α) Για ποιους λόγους, κατά την άποψή σας, ποτέ δεν προχώρησε (και εννοώ σε πλήρη μορφή, όχι απλώς μια καταγραφή των μονάδων υγείας και των δαπανών τους, ή του βαθμού πληρότητάς τους) αυτό το εγχείρημα στην Ελλάδα;

.....
.....
.....
.....

(β) Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με την εφαρμογή συστηματικής αξιολόγησης της παραγωγικότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλο το φάσμα των μονάδων υγείας (τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα);

.....
.....
.....
.....

(24) Με δεδομένη τη δυσκολία των νέων γιατρών να ασκήσουν ελεύθερο επάγγελμα, και παράλληλα τη συρρίκνωση του δημόσιου τομέα, πώς βλέπετε να εξελίσσονται οι συνθήκες απασχόλησης του ιατρικού δυναμικού;

.....
.....
.....
.....

(25) Θεωρείτε πιθανή την ενίσχυση του ρόλου «μεγάλων επενδυτών» στην υγεία και την εργασιακή υποβάθμιση μέρους του ιατρικού δυναμικού (ευέλικτες μορφές απασχόλησης, προσωρινή εργασία κ.λπ.);

.....
.....
.....
.....

(26) **[Μόνον για γιατρούς μέλη ΔΣ συνδικαλιστικών/επιστημονικών φορέων]** Ο φορέας που εκπροσωπείτε συμμετείχε σε διαβούλευση για τις εφαρμοζόμενες μεταρρυθμίσεις (π.χ. για την αναδιάταξη μονάδων του ΕΣΥ, τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, τους νέους οργανισμούς των νοσοκομείων κ.λπ.); Έχει κάνει συγκεκριμένες προτάσεις; Μπορείτε να μου αναφέρετε κάποια βασικά σημεία των προτάσεων;

.....
.....
.....
.....

Μήπως θα θέλατε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

.....
.....
.....
.....

Φύλο:

Ηλικία (κατ' εκτίμηση):

Επίπεδο εκπαίδευσης:

.....

[Για τους γιατρούς των πρώην ΜΥ του ΙΚΑ]

Χρόνια υπηρεσίας στις ΜΥ:

Σχέση εργασίας:

Μόνιμος/η.....

Με σύμβαση αορίστου χρόνου.....

Με άλλης μορφής σύμβαση.....

[Για όσους συμμετέχουν σε ΔΣ συνδικαλιστικού φορέα / επιστημονικής εταιρείας]

Θέση στο φορέα (επιστημονική εταιρεία, συνδικαλιστικός φορέας...):

.....
.....
.....
.....

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο που μου αφιερώσατε.

Κλαδική Έρευνα στο πεδίο της Υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας - ΙΝΕ/ΓΣΕΕ

Ερωτηματολόγιο Γ

(Διαγνωστικά κέντρα, ακτινολογικά εργαστήρια/απεικονιστικά κέντρα,
μικροβιολογικά εργαστήρια)

(1) Αλλάζει κάτι με τις νέες συμβάσεις που πρόκειται να υπογραφούν από τα
διαγνωστικά κέντρα με τον ΕΟΠΥΥ;

.....
.....
.....
.....

(2) Τι επιπτώσεις θεωρείτε ότι θα έχουν για τα διαγνωστικά κέντρα οι μειώ-
σεις στην κρατική διατίμηση αποζημίωσης ιατρικών πράξεων από τον ΕΟΠΥΥ;

.....
.....
.....
.....

(3) Πόσο αποτελεσματικό είναι το πληροφοριακό σύστημα του ΕΟΠΥΥ (ηλε-
κτρονική υποβολή τιμολογίων κ.λπ.);

.....
.....
.....
.....

(4) Έχουν κλείσει διαγνωστικά κέντρα στην περιοχής σας (αναλόγως πού
πραγματοποιείται η συνέντευξη, π.χ. στη Θράκη); Προβλέπετε να ενταθεί η τάση
αυτή στο άμεσο μέλλον;

.....
.....
.....
.....

(5) Πώς αξιολογείτε τις επιπτώσεις του «κουρέματος» των οφειλόμενων (από το 2007 και μετά) από τα ασφαλιστικά ταμεία (και νυν ΕΟΠΥΥ) στα διαγνωστικά κέντρα;

.....

.....

.....

.....

Κλαδική Έρευνα στο πεδίο της Υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας - ΙΝΕ/ΓΣΕΕ

Ερωτηματολόγιο Δ (για την Αγορά Φαρμάκου)

Θα σας απευθύνω ορισμένες ερωτήσεις για τις επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας και ειδικότερα για τις εξελίξεις στην αγορά φαρμάκου, και θα ήθελα τη γνώμη σας με βάση την εμπειρία σας.

Θα ξεκινήσω με ερωτήματα σχετικά με τους παράγοντες που οδήγησαν στην εκτόξευση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά την τελευταία δεκαετία μέχρι την εμφάνιση της κρίσης.

1. Η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων παρουσίασε τρομακτική αύξηση τη δεκαετία του 2000 μέχρι την εμφάνιση της κρίσης.

(α) Ποιοι παράγοντες κατά τη γνώμη σας συνέβαλαν σε αυτό;

.....
.....
.....
.....

(β) Ποιοι από τους εμπλεκόμενους στην παραγωγή, διανομή, χρήση φαρμάκων έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αύξηση αυτή; Ποιοι ωφελήθηκαν (πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες, εγχώρια φαρμακοβιομηχανία, χονδρέμποροι, φαρμακοποιοί, δίκτυα γιατρών-φαρμακευτικών εταιρειών...);

.....
.....
.....

(γ) Υποστηρίζετε από τους ειδικούς στο χώρο ότι περίπου το 30% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν χρησιμοποιούνται; Θεωρείτε ότι αυτό συνέβαινε;

.....
.....

.....
.....
2. Πώς κρίνετε το σύστημα αδειοδότησης/τιμοδότησης φαρμάκων της τελευταίας δεκαετίας πριν από το «Μνημόνιο». [Εάν εντοπίζονται προβλήματα, ποια είναι αυτά;]
.....
.....
.....
.....

3. Είναι γνωστό ότι η εφαρμοζόμενη τακτική υποκατάστασης φθηνών από ακριβά φάρμακα διευρυνε με γρήγορο ρυθμό τη φαρμακευτική δαπάνη την τελευταία δεκαετία. Ορισμένοι μάλιστα «θεσμικοί παράγοντες» στο χώρο του φαρμάκου θεωρούν ότι υπήρξε μια ταχεία αύξηση του όγκου νέων φαρμάκων που στην ουσία ήταν υποκατάστατα αντίστοιχων φθηνών φαρμάκων. Αυτά παρουσιάζονται ως καινοτόμα, χωρίς ωστόσο να συμβάλλουν στη βελτίωση της φαρμακευτικής περίθαλψης. Ποια είναι η άποψή σας πάνω στο ζήτημα αυτό;
.....
.....
.....
.....

4. Ακόμη και κατά τα τελευταία χρόνια συμβαίνει να αδειοδοτούνται φάρμακα ως καινοτόμα, τα οποία έχουν μικρή διαφορά από παρόμοια φάρμακα (χαμηλότερου κόστους) που κυκλοφορούν εδώ και δεκαετίες στην αγορά. Ενώ, αντίθετα, παρατηρείται μεγάλη καθυστέρηση στην αδειοδότηση φαρμάκων τα οποία είναι πράγματι καινοτόμα (π.χ. καινοτόμα κυτταρολογικά φάρμακα για καρκινοπαθείς ή φάρμακα για άλλες σοβαρές και/ή σπάνιες νόσους); Για ποιους λόγους συμβαίνει αυτό; Ποιες είναι οι επιπτώσεις στους ασθενείς;
.....
.....
.....
.....

Να περάσουμε τώρα στα προβλήματα υπό το καθεστώς του «Μνημονίου»

5. Η Ελλάδα διανύει μια περίοδο δραστηκής συρρίκνωσης των κοινωνικών δαπανών. Αυτό οπωσδήποτε επηρεάζει την υγειονομική περίθαλψη. Αντλώντας από τη δική σας εμπειρία, ποια θεωρείτε ως τα σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο του φαρμάκου; [**Μπορεί να εξειδικευτεί ανάλογα με τον ερωτώμενο:** προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα φαρμακεία / προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φαρμακαποθήκες και γενικότερα οι προμηθευτές φαρμάκων].

.....
.....
.....
.....

6. Πώς κρίνετε την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας καθορισμού των τιμών κατά την περίοδο του «Μνημονίου» (και ειδικότερα, υπό τις συνθήκες ανάληψης της αρμοδιότητας αυτής από το Υπουργείο Υγείας και στη συνέχεια από τον ΕΟΦ);

.....
.....
.....
.....

7. Πού οφείλονται τα επανειλημμένα «λάθη» στον καθορισμό των τιμών πολλών φαρμάκων;

.....
.....
.....
.....

8. Ποιες είναι οι συνέπειες για τους προμηθευτές και τα φαρμακεία;

.....
.....
.....
.....

9. Πόσο εκτεταμένο είναι το φαινόμενο των «παράλληλων» εξαγωγών;

.....
.....
.....
.....

(α) Αυτές γίνονται κυρίως από θυγατρικές πολυεθνικών στην Ελλάδα; Από τις φαρμακαποθήκες, από ομάδες φαρμακείων...;

.....
.....
.....
.....

(β) Ποιες οι επιπτώσεις των επαναλαμβανόμενων λαθών τιμολόγησης στο φαινόμενο της απόσυρσης φθηνών φαρμάκων και αντικατάστασής τους από ακριβά (αυτό αφορά και την εγχώρια φαρμακοβιομηχανία);

.....
.....
.....
.....

(γ) Δεδομένου ότι η Ελλάδα είναι χώρα αναφοράς για τον καθορισμό τιμών σε άλλες χώρες (π.χ. Τουρκία, Βραζιλία κ.ά.) ποιες οι επιπτώσεις αυτών των «λαθών» εν γένει στην αγορά φαρμάκου;

.....
.....
.....
.....

(δ) Με ποια συχνότητα θεωρείτε ότι είναι αποτελεσματικότερο για τους εμπλεκόμενους στη διακίνηση του φαρμάκου φορείς να εκδίδεται δελτίο τιμών φαρμάκων (ανά τρίμηνο, εξάμηνο, έτος) και γιατί;

.....
.....

.....
.....
10. Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με το νέο μέτρο ορισμού «ασφαλιστικής τιμής» φαρμάκου;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(α) Αποτελεί αποτελεσματική λύση για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(β) Ποιες οι επιπτώσεις στους ασθενείς;

.....
.....
11. Ήδη από τον Ιανουάριο του 2011 βλέπουμε να εντείνεται το φαινόμενο των ελλείψεων φαρμάκων.

(α) Σε πόσους περίπου «κωδικούς» φαρμάκων (και ποιες κατηγορίες φαρμάκων) εντοπίζονται ελλείψεις κατά το τελευταίο διάστημα;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
(β) Ποιες κατηγορίες ασθενών πλήττονται κυρίως από τις ελλείψεις αυτές;

.....
.....
.....
13. Μήπως γνωρίζετε πόσα φαρμακεία έχουν κλείσει (ή κινδυνεύουν να κλείσουν) (α) Στην περιοχή σας;

.....
.....
.....
(β) Μήπως έχετε κάποια εικόνα για το πόσα φαρμακεία έχουν κλείσει η κινδυνεύουν να κλείσουν στο άμεσο μέλλον σε όλη την επικράτεια;

.....
.....
.....
14. Πώς θα συνοψίζατε τους κύριους παράγοντες που πλήττουν τον φαρμακευτικό κλάδο;

.....
.....
.....
15. Ποια προβλήματα εντοπίζετε σε σχέση με τις μεγάλες πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες, δεδομένου ότι περιορίζουν μονομερώς τις ποσότητες και τις πιστώσεις που κάνουν στις φαρμακαποθήκες και τους φαρμακοποιούς λόγω του πιστωτικού κινδύνου στην Ελλάδα;

16. Θεωρείτε ότι η κατάσταση αυτή θα χειροτερεύσει / θα βελτιωθεί στο άμεσο μέλλον;

.....
.....
.....
.....

17. Άλλες κατηγορίες «επαγγελματιών» στο χώρο της υγείας (όπως οι γιατροί των διαγνωστικών κέντρων, των μικροβιολογικών εργαστηρίων, ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με ΕΟΠΥΥ κ.ά.) θεωρούν ότι ο κλάδος των φαρμακοποιών έχει καλύτερη μεταχείριση από το ελληνικό Δημόσιο (με το επιχείρημα ότι μεγάλο μέρος των «καθυστερημένων οφειλών» από τα ασφαλιστικά ταμεία [και νυν ΕΟΠΥΥ] έχει πληρωθεί στους φαρμακοποιούς και, επίσης, δεν έχετε υποστεί «κούρεμα» ανάλογο με αυτό που έχει επιβληθεί στα διαγνωστικά κέντρα και στις κλινικές). Συμφωνείτε/διαφωνείτε με αυτό;

.....
.....
.....
.....

18. Ποια είναι η άποψή σας για το διευρυμένο ωράριο των φαρμακείων που θεσμοθετήθηκε πριν από κάποιους μήνες;

.....
.....
.....
.....

(α) Επηρέασε τις ώρες λειτουργίας των φαρμακείων στην πόλη σας (υπάρχουν φαρμακεία που λειτουργούν με το διευρυμένο ωράριο στην πόλη σας);

.....
.....
.....
.....

(β) Ο Φαρμακευτικό Σύλλογος Αττικής ζήτησε αλλαγή στο ωράριο εφημεριών των φαρμακείων (τα φαρμακεία να λειτουργούν κάθε μέρα από τις 8.00 π.μ. μέχρι τις 5.00 το απόγευμα, και όσοι θέλουν να ανοίγουν και το απόγευμα θα πρέπει υποχρεωτικά και να διανυκτερεύουν). Αυτό έχει δημιουργήσει αντιπαράθεση στον κλάδο. Ποια είναι η άποψή σας στο ζήτημα αυτό;

.....

.....

.....

.....

19. Τι προβλήματα εντοπίζετε σε σχέση με τις πολλαπλές λίστες φαρμάκων (θετική λίστα, αρνητική λίστα, λίστα μη συνταγογραφούμενων, [ΜΗΣΥΦΑ], λίστα φαρμάκων υψηλού κόστους);

.....

.....

.....

.....

20. Για τη συγκράτηση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης, πού πρέπει να πέσει το βάρος: στη μείωση του περιθωρίου κέρδους της φαρμακοβιομηχανίας, στη μείωση του περιθωρίου κέρδους των εταιρειών διανομής, στη μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων;

.....

.....

.....

.....

21. Κατά την άποψή σας, ποιο είναι το σημαντικότερο «κέντρο κόστους» για το φάρμακο (παραγωγή, προμήθεια, διάθεση από φαρμακεία, σχέση γιατρών-φαρμακευτικών εταιρειών και τρόπος συνταγογράφησης...) στο οποίο θα πρέπει να επικεντρωθούν τα μέτρα μείωσης/συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης;

.....

.....
.....
.....

22. Μέτρα όπως τα συνεχόμενα rebates (για τα φαρμακεία) και το clawback (για τις φαρμακοβιομηχανίες) είναι προς τη σωστή κατεύθυνση (ναι/όχι και για ποιους λόγους);

.....
.....
.....

23. Ποια είναι τα προβλήματα που παρατηρούνται σε σχέση με τα «ακριβά φάρμακα» για σοβαρές παθήσεις που διατίθενται από τα νοσοκομειακά φαρμακεία (και τα φαρμακεία ΕΟΠΥΥ σε Αττική και Θεσσαλονίκη);

.....
.....
.....

24. Ποια είναι η άποψή σας για τη «δυναμική τιμολόγηση» των γενοσήμων φαρμάκων (δηλαδή ότι τα γενόσημα θα κοστολογούνται ανάλογα με το χρόνο έγκρισης της κυκλοφορίας τους στην παγκόσμια αγορά); Ενδέχεται αυτό να πλήξει την εγχώρια παραγωγή γενοσήμων φαρμάκων;

.....
.....
.....

25. Ποια είναι η άποψή σας για το μέτρο συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία;

.....
.....

.....
.....
26. Θεωρείτε επαρκές το σύστημα ελέγχου ποιότητας των γενοσήμων που κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά από τον ΕΟΦ; Τηρούνται αυστηρές προδιαγραφές από τις εταιρείες παραγωγής που διαθέτουν γενόσημα στην Ελλάδα; Υφίστανται οι κατάλληλοι μηχανισμοί για τη θωράκιση της δημόσιας υγείας υπό τις συνθήκες ευρείας διείσδυσης των αντιγράφων στην Ελληνική αγορά;

.....
.....
.....
.....

27. Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών προτίθεται να εκπονήσει μελέτη για το κατά πόσο η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία μπορεί να αυξήσει τη θνησιμότητα.

(α) Βλέπετε πιθανή μια τέτοια εξέλιξη;

.....
.....
.....
.....

(β) Κατά την άποψή σας, υπάρχουν δυνατότητες/περιθώρια αποτελεσματικής παρέμβασης των ιατρικών/φαρμακευτικών φορέων (συλλογών, επιστημονικών εταιρειών) για την εξασφάλιση συνθηκών που θα εγγυώνται την εξισορρόπηση μεταξύ μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης και ασφάλειας των χορηγούμενων φαρμάκων;

.....
.....
.....
.....

28. Ποια είναι η άποψή σας για ένα σύστημα ρύθμισης της φαρμακευτικής δαπάνης χωρίς θετική λίστα και περισσότερη ευελιξία στους γιατρούς ως προς

την επιλογή φαρμακευτικής φροντίδας (καθώς και δυνατότητα επιλογής στους χρήστες), με ρυθμιστικό παράγοντα «κλειστούς προϋπολογισμούς» (global budgeting) και «ασφαλιστικές τιμές αναφοράς» που προσδιορίζονται με βάση τη σχέση «κόστους-αποτελέσματος» της φαρμακευτικής αγωγής; Δηλαδή, με άλλα λόγια, συνδυασμός συγκράτησης του κόστους με δυνατότητες επιλογής από το γιατρό αλλά και τον ασθενή;

.....
.....
.....
.....

(α) Θα ήταν κάτι τέτοιο εφικτό;

.....
.....
.....
.....

(β) Το νέο μέτρο «ασφαλιστικής τιμής» φαρμάκου, όπως αναγγέλθηκε, μπορεί από μόνο του να παίξει καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση της φαρμακευτικής δαπάνης χωρίς, ωστόσο, επιπτώσεις στους ασθενείς;

.....
.....
.....
.....

29. Είναι επαρκές το «πληροφοριακό σύστημα» που υποστηρίζει την ηλεκτρονική συνταγογράφηση; Ποια προβλήματα εντοπίζετε στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και πώς μπορούν αυτά να αντιμετωπισθούν;

.....
.....
.....
.....

30. Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με το «ύψος» της συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη;

.....
.....
.....
.....

31. Κατά το ξέσπασμα της κρίσης, υπήρχαν ισχυρές ενδείξεις ότι το σύστημα υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα ήταν δαπανηρό αλλά αναποτελεσματικό. Θεωρείτε ότι η κρίση μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για ουσιαστική αντιμετώπιση χρόνιων δυσκαμψιών και αναποτελεσματικών πρακτικών;

.....
.....
.....
.....

(α) Αν ναι, πού πρέπει να επικεντρωθεί η μεταρρύθμιση (είναι προς τη σωστή κατεύθυνση οι επιχειρούμενες αλλαγές);

.....
.....
.....
.....

(β) Αν όχι, ποιοι λόγοι εμποδίζουν την πορεία προς μια αποτελεσματική μεταρρύθμιση;

.....
.....
.....
.....

32. Θεωρείτε ότι η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί μεταρρύθμιση προς τη σωστή κατεύθυνση για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας; Αν ναι ή όχι (για ποιους λόγους);

.....
.....
.....
.....

33. Έχετε να κάνετε κάποιες προτάσεις για τη βελτίωση της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ;

.....
.....
.....
.....

34. Θεωρείτε πιθανή την ενίσχυση του ρόλου «μεγάλων αλυσίδων» στην πώληση φαρμάκου στην Ελλάδα;

.....
.....
.....
.....

35. Ποια είναι η άποψή σας για την πώληση βρεφικού γάλατος από τα σουπερ μάρκετ καθώς και για την απελευθέρωση των καναλιών διανομής για τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ;

.....
.....
.....
.....

Μήπως θα θέλατε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

.....
.....
.....
.....

Φύλο:
Ηλικία (κατ' εκτίμηση):
Επίπεδο εκπαίδευσης:
.....
Φαρμακοποιός
Φαρμακοποιός (σε φαρμακαποθήκη)
Νοσοκομειακός φαρμακοποιός
Διευθυντής φαρμακαποθήκης
.....

[Για όσους συμμετέχουν σε ΔΣ συνδικαλιστικού φορέα / επιστημονικής εταιρείας]

Θέση στο φορέα (επιστημονική εταιρεία, συνδικαλιστικός φορέας...):
.....

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο που μου αφιερώσατε.

Κλαδική Έρευνα στο πεδίο της Υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας - ΙΝΕ/ΓΣΕΕ

Ερωτηματολόγιο Ε Β' Κυκλος Συνεντεύξεων

(Νοέμβριος 2014)

*Θα σας απευθύνω ορισμένες ερωτήσεις σε τέσσερα θεματικά πεδία:
(α) μεταρρύθμιση στην α' βαθμια φροντίδα υγείας (ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ), (β)
φαρμακευτική δαπάνη, περιορισμοί στη συνταγογράφηση και γενόση-
μα, (γ) μεταρρύθμιση στη β' βαθμια φροντίδα υγείας (αναδιάταξη του
χάρτη των μονάδων υγείας, ίδρυση ΕΣΑΝ Α.Ε.), και (δ) λειτουργία ιδιω-
τικού τομέα*

Ενότητα Α

1. Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με τη μεταφορά της παροχής υπηρεσιών α' βαθμιας φροντίδας από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ (συμπεριλαμβανόμενων και των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ) και το διαχωρισμό ανάμεσα σε έναν φορέα «αγοραστή υπηρεσιών» και έναν φορέα «προμηθευτή υπηρεσιών»; Θεωρείτε τη μεταρρύθμιση αυτή αποτελεσματική για την α' βαθμια φροντίδα υγείας;

2. Ποια θεωρείτε ως τα βασικότερα προβλήματα στη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και πώς νομίζετε ότι αυτά μπορούν να αντιμετωπισθούν;

3. Ποια θεωρείτε ως τα βασικότερα προβλήματα στη λειτουργία του ΠΕΔΥ και πώς νομίζετε ότι αυτά μπορούν να αντιμετωπισθούν;

4. Το ΠΕΔΥ λειτουργεί σχεδόν με το 50% του ιατρικού δυναμικού των πρώην πολυιατρείων ΙΚΑ/ΕΟΠΥΥ, και υπάρχουν στοιχεία τα οποία δείχνουν ότι η κατάσταση αυτή επιβαρύνει σημαντικά τα νοσοκομεία. Παράλληλα ο αριθμός των συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΥΥ δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος (σε πολλούς νομούς της χώρας λείπουν βασικές ειδικότητες). Πώς μπορούν να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα αυτά; Υπάρχουν εφικτές/βιώσιμες λύσεις (αν καλούσασταν να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα ποιες λύσεις θα προτεινάτε;)

Ενότητα Β

5. Η δραστική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης βρίσκεται στο επίκεντρο του Μνημονίου και της πολιτικής των κυβερνήσεων από το 2010 και μετά. Πώς κρίνετε το μέτρο συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία;

6. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ασφαλιστική τιμή των φαρμάκων με την οποία αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ είναι χαμηλότερη και από την τιμή του φθηνότερου γενόσημου με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται ο ασθενής με τη διαφορά. Έτσι πολλές φορές, η συμμετοχή του ασθενή φθάνει και ξεπερνά το 30% (από 9% που ήταν το 2009). Ποια είναι η άποψή σας στο πρόβλημα αυτό;

7. Σύμφωνα με τις μνημονιακές δεσμεύσεις τα γενόσημα θα πρέπει να καλύπτουν το 60% της αγοράς φαρμάκου από περίπου 19-20% που είναι σήμερα. Πώς μπορεί αυτό να επιτευχθεί; Πώς μπορεί να εξασφαλισθεί ότι δεν θα υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού;

8. Οι ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι της οικονομίας. Ωστόσο ο ανταγωνισμός που υφίστανται από τα εισαγόμενα γενόσημα φάρμακα οδηγεί αρκετές από αυτές σε συρρίκνωση. Ποια είναι η άποψή σας για το ρόλο τους στην αγορά φαρμάκου και πώς βλέπετε το μέλλον τους;

9. Συμφωνείτε με την πλήρη απελευθέρωση των τιμών των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και την πώλησή τους από σουπερμάρκετ, πολυκαταστήματα κ.λπ.;

10. Αναφορικά με την αγορά φαρμάκου, κατά την άποψή σας πού εντοπίζονται τα μεγαλύτερα προβλήματα: σε σχέση με τις παραγωγικές μονάδες στην Ελλάδα, τους εισαγωγείς, τις φαρμακαποθήκες, τους φαρμακοποιούς; Αν καλούσασταν να δώσετε λύσεις για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης ποια μέτρα θα προτείνατε;

11. Τα 2 δισ. ευρώ για φάρμακα (ή 1% του ΑΕΠ, μνημονιακός στόχος) αναφέρονται σε επίπεδα του 2002 που δεν υπήρχαν πολλά από τα σημερινά φάρμακα. Συμφωνείτε με την άποψη αυτή; Θεωρείτε ότι ο μνημονιακός στόχος του 1% του ΑΕΠ για φαρμακευτική δαπάνη είναι εφικτός χωρίς αρνητικές συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού;

12. Ποια είναι η άποψή σας σχετικά με το πλαφόν στις εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις που έθεσε ο ΕΟΠΥΥ για τους ασφαλισμένους, καθώς και για το πλαφόν εξετάσεων ανά μήνα που μπορεί να δικαιολογηί κάθε διαγνωστικό κέντρο;

13. Θεωρείτε ότι οι υφιστάμενες θεραπευτικές οδηγίες ανά πάθηση μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορούν να συμβάλουν στη μείωση του κόστους παράλληλα με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών;

Ενότητες Γ & Δ

14. Ποια είναι η άποψή σας για τον νέο φορέα ΕΣΑΝ ΑΕ (Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων);

15. Αναμφισβήτητα, για πολλά χρόνια το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε χωρίς σημαντικές δικλείδες ασφάλειας για το κόστος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Θεωρείτε ότι ο νέος θεσμός με την εφαρμογή των DRGs και την αξιολόγηση που θα διενεργεί η ΕΣΑΝ ΑΕ είναι προς τη σωστή κατεύθυνση: (α) για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, και (β) για τη δικαιότερη κατανομή των πόρων μεταξύ των μονάδων υγείας;

16. Ειδικότερα, ποια είναι η άποψή σας: (α) για την εισαγωγή των γερμανικών DRGs, (β) για τη διαχείριση των δεδομένων (φάκελος ασθενή κ.λπ.) από την ΕΣΑΝ και το σύστημα αξιολόγησης των μονάδων υγείας που θα εφαρμοσθεί;

17. Τι αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και αμοιβές του ιατρικού προσωπικού μπορεί να επιφέρει η υλοποίηση του νέου φορέα ΕΣΑΝ ΑΕ;

18. Θεωρείτε ότι με το νέο αυτό φορέα γίνεται ένα μεγάλο βήμα προς την αποχώρηση του κράτους από την υγειονομική περίθαλψη και περιορισμό του ρόλου του απλώς σε «επόπτη»;

19. Θεωρείτε ότι με την καθιέρωση των DRGs, δηλ. του προκοστολογημένου «πακέτου» κατάταξης των περιστατικών, θα στρέψει τους γιατρούς να λειτουργούν με βασικό κριτήριο το οικονομικό κόστος και όχι το τι χρειάζεται να γίνει για κάθε συγκεκριμένο ασθενή;

20. Ποια είναι η άποψή σας για τα ιδιωτικά χειρουργεία στο ΕΣΥ τα απογεύματα;

21. Ποιο είναι το μέλλον των ιδιωτικών κλινικών στην Ελλάδα; Θεωρείτε ότι πρέπει να υπάρξει συρρίκνωση και ανάπτυξη μεγάλης κλίμακας επενδύσεων;

22. Πώς βλέπετε τον «ανταγωνισμό» που θα προκύψει με το νέο θεσμικό πλαίσιο ανάμεσα στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια;

23. Η αναδιάρθρωση του χάρτη των νοσοκομειακών μονάδων με τη συνένωση νοσοκομείων, μεταφορά/συνένωση κλινικών και τα σχέδια για μεταμόρφωση

των μικρών νοσοκομείων σε κέντρα πρόληψης, φιλοξενίας και στην αποκατά-
στασης –που βέβαια έχουν μείνει στα χαρτιά– είναι προς τη σωστή κατεύθυνση
για την αναβάθμιση του δημόσιου συστήματος; Ποια είναι τα βασικά προβλή-
ματα σε σχέση με το εγχείρημα αυτό της αναδιάταξης του χάρτη των μονάδων
υγείας;

Μήπως θα θέλατε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

.....
.....
.....
.....

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο που μου αφιερώσατε.

Φύλο:

Ηλικία (κατ' εκτίμηση):

Επίπεδο εκπαίδευσης:

.....
.....

Χρόνια υπηρεσίας στο ΕΣΥ:

Θέση στο ΕΣΥ:

.....
.....

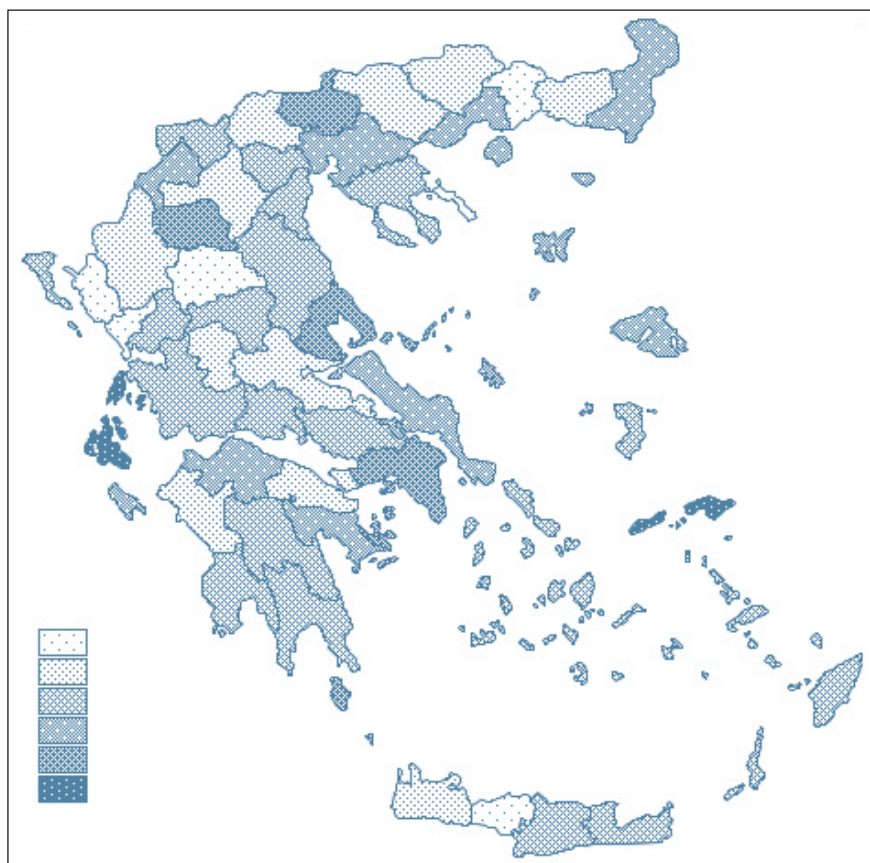
*[Για όσους συμμετέχουν σε ΔΣ συνδικαλιστικού φορέα / επιστημονικής
εταιρείας]*

Θέση στο φορέα (επιστημονική εταιρεία, συνδικαλιστικός φορέας....):

.....

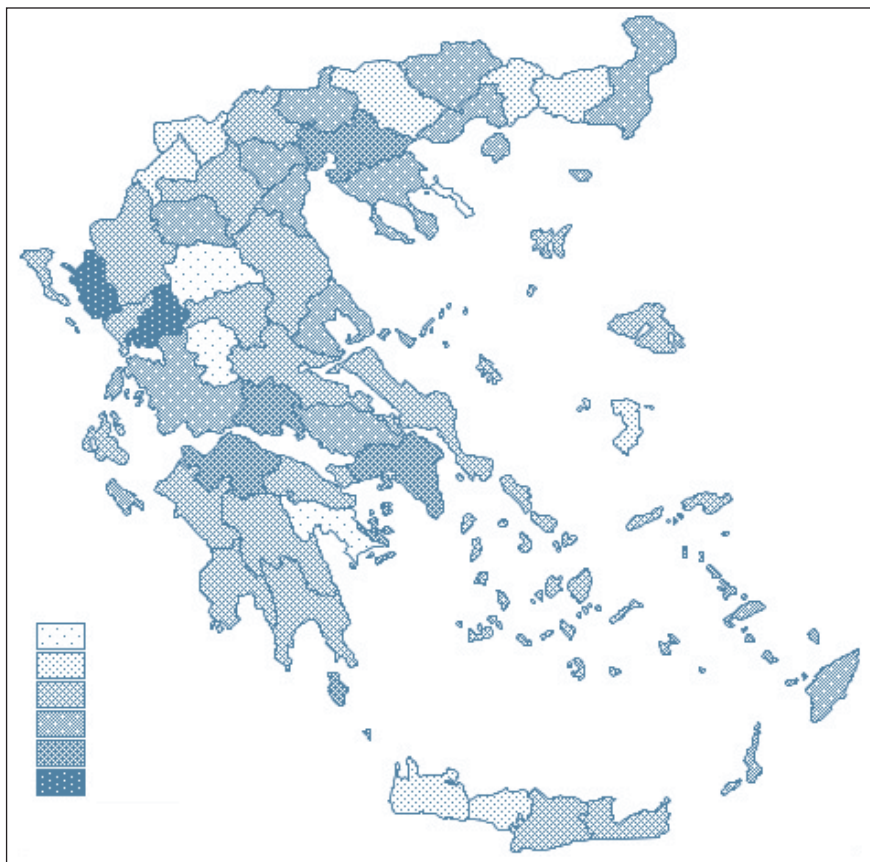
Παράρτημα III

Χάρτης X-1: Πυκνότητα γενικών γιατρών και παθολόγων που απασχολούνται στις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ ανά 1.000 κατοίκους γενικού πληθυσμού (στοιχεία υγειονομικού προσωπικού 2014, πληθυσμός απογραφής 2011)



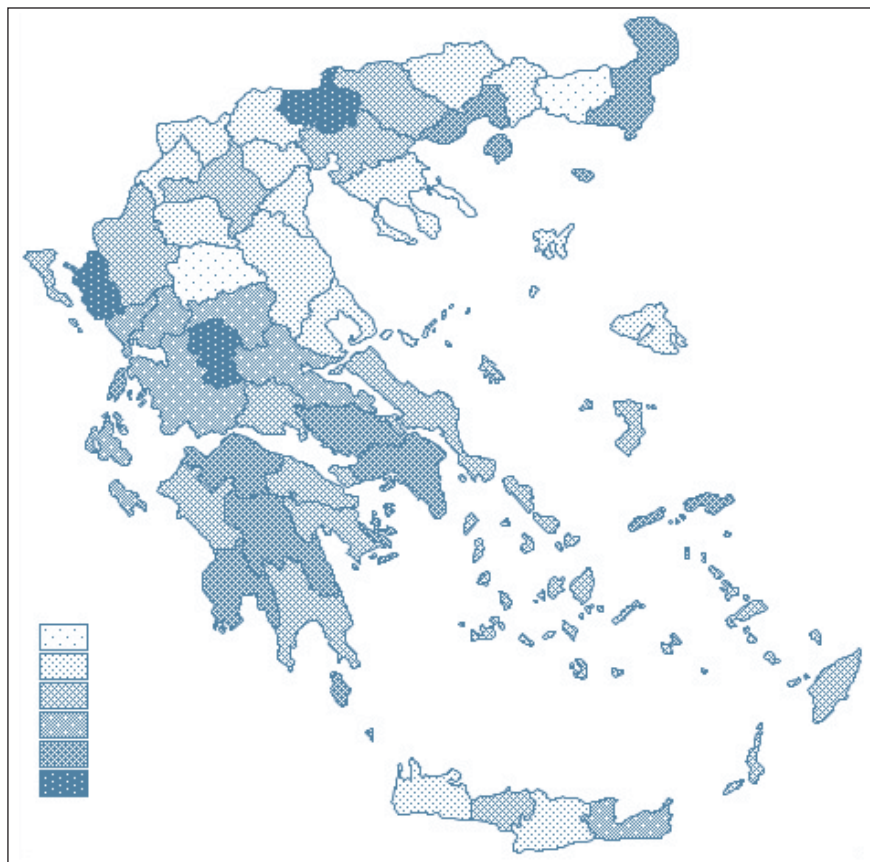
Πηγή: Στοιχεία που συγκεντρώσαμε από τις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΥ και τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ

Χάρτης Χ-2: Πυκνότητα παιδίατρων, παιδοψυχολόγων που απασχολούνται στις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ ανά 1.000 άτομα ηλικίας έως 14 ετών (στοιχεία υγειονομικού προσωπικού 2014, πληθυσμός απογραφής 2011)



Πηγή: Στοιχεία που συγκεντρώσαμε από τις πρώην μονάδες ΕΟΠΥΥ και τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ

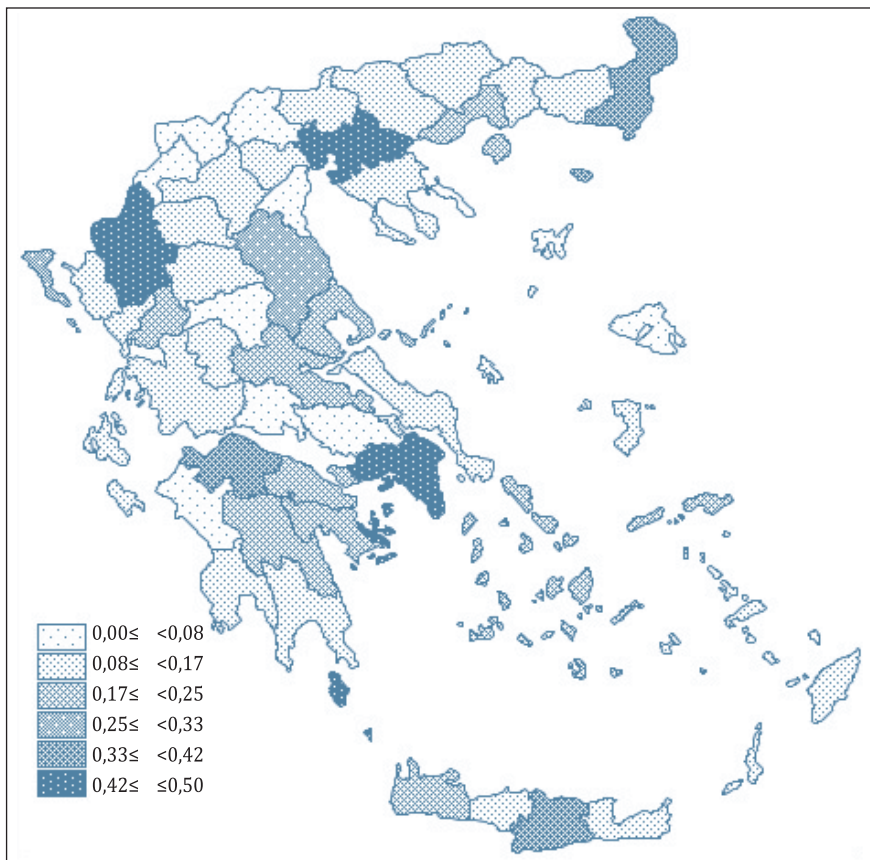
Χάρτης Χ-3: Πυκνότητα οδοντιάτρων και ορθοδοντικών που απασχολούνταν στις πρώην μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ ανά 1.000 άτομα του γενικού πληθυσμού (στοιχεία υγειονομικού προσωπικού 2014, πληθυσμός απογραφής 2011)



Πηγή: Στοιχεία που συγκετρώσαμε από τις πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ και τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ

$0,02 \leq$	$<0,05$
$0,05 \leq$	$<0,07$
$0,07 \leq$	$<0,10$
$0,10 \leq$	$<0,12$
$0,12 \leq$	$<0,15$
$0,15 \leq$	$\leq 0,17$

Χάρτης X-4: Πυκνότητα γιατρών όλων των ειδικοτήτων ανά 1.000 άτομα του γενικού πληθυσμού (σύνολο των γιατρών της χώρας, στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ 2009-2010, πληθυσμός απογραφής 2011)



Πηγή: Στοιχεία που συγκετρώσαμε από τις πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ και τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ

Πίνακας Π-1: Η ταξινόμηση των δαπανών κατά είδος υπηρεσιών υγείας HC (Health Care) (1^{ος} άξονας)

HC.1 Υπηρεσίες Περιθαλψής (ενδονοσοκομειακή δημόσια και ιδιωτική και εξωνοσοκομειακή π.χ. υπηρεσίες γιατρών, οδοντιάτρων)
HC.2 Υπηρεσίες Αποκατάστασης
HC.3 Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας
HC.4 Επικουρικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Φροντίδας (π.χ. υπηρεσίες εργαστηρίων κλινικών και διαγνωστικής απεικόνισης, υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης)
HC.5 Διάθεση ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (π.χ. φάρμακα, γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπαιδικές ζώνες κ.ά.)
HC.6 Υπηρεσίες Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας
HC.7 Διοίκηση του τομέα Υγείας και Ασφάλιση Υγείας
HC.9 Μη εξειδικευμένες υπηρεσίες κατ' είδος

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών (2013α)

Πίνακας Π-2: Η ταξινόμηση των δαπανών κατά γενική κατηγορία παρόχου HP (Health Provider) (2^{ος} άξονας)

HP.1 Νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά)
HP.2 Δομές Νοσηλευτικής Φροντίδας και Υποβοηθούμενης Διαβίωσης
HP.3 Φορείς Παροχής Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας (π.χ. κέντρα υγείας, ιατρεία, οδοντιατρεία, εργαστήρια, γραφεία άλλων επαγγελματιών υγείας)
HP.4 Έμποροι Λιανικής και άλλοι φορείς παροχής ιατρικών προϊόντων
HP.5 Φορείς που ασχολούνται με την Παροχή και Διοίκηση Προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας
HP.6 Φορείς που ασχολούνται με τη διοίκηση του τομέα της υγείας και την ασφάλιση υγείας
HP.7 Άλλες βιομηχανίες (π.χ. νοικοκυριά ως φορείς παροχής φροντίδας υγείας στο σπίτι)
HP.9 Υπόλοιπος Κόσμος
HP.0 Όλοι οι υπόλοιποι φορείς παροχής φροντίδας που δεν εντάσσονται κάπου αλλού

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών (2013α)

Πίνακας Π-3: Η ταξινόμηση των δαπανών κατά φορέα χρηματοδότησης HF (Health Financing) (3^{ος} άξονας)

HF.1 Γενική Κυβέρνηση. Διακρίνεται σε:
HF.1.1 Φορείς της Γενικής Κυβέρνησης πλην της Κοινωνικής Ασφάλισης και
HF.1.2 Κοινωνική Ασφάλιση
HF.2 Ιδιωτικός Τομέας: Νοικοκυριά, Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί
HF.3 Υπόλοιπος Κόσμος
HF.0 Όλοι οι υπόλοιποι φορείς χρηματοδότησης που δεν εντάσσονται κάπου αλλού

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών (2013α)

Πίνακας Π-4: Το κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών (rebate) των φαρμακείων (επί του ύψους του αιτούμενου ποσού ανά κλάδο υγείας ΤΚΑ)

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά κλάδο υγείας ΤΚΑ, σε €	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού	Τελικό ποσό κλιμακίου ανά κλιμάκιο, σε €	Συνολικό ποσό, σε €
0 – 3.000	0%	0	0
3.001 – 10.000	2%	140	140
10.001 – 30.000	3%	600	740
30.001 – 40.000	5%	500	1.240
> 40.001	6%		

Πηγή: Ν. 4052/2012

Πίνακας Π-5: Το κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών (rebate) των φαρμακείων για τα ταμεία που δεν έχουν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά κλάδο υγείας ΤΚΑ, σε €	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού	Τελικό ποσό κλιμακίου ανά κλιμάκιο, σε €	Συνολικό ποσό, σε €
0 – 2.000	0%	0	0
2.001 – 5.000	1,5%	45	45
5.001 – 10.000	2,5%	125	170
10.001 – 20.000	3%	300	470
20.001 – 30.000	4%	400	870
30.001 – 40.000	6%	600	1.470
> 40.001	8%	-	>1.470

Πηγή: Ν. 3918/2011

Πίνακας Π-6: Το πρόσθετο κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών (rebate) (των τιμολογίων) των φαρμακείων

Αξία τιμολογίων, σε €	Ποσοστό επιστροφής
< 35.000	0%
35.001 - 50.000	0,50%
50.001 - 60.000	1,25%
60.001 - 80.000	2,25%
80.001 - 100.000	3,50%
> 100.001	5%

Πηγή: Ν. 4052/2012

Πίνακας Π-7: Το πρόσθετο κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών (rebate) των κατόχων άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων

Τριμηνιαίος συνολικός όγκος πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν, σε €	Πρόσθετο ποσό επιστροφής (rebate)
400.000 - 800.000	2%
800.001 - 1.500.000	4%
1.500.001 - 2.500.000	6%
> 2.500.001	8%

Πηγή: Ν. 4052/2012

Πίνακας Π-8: Το πρόσθετο κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών (rebate) των κατόχων άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων

Τριμηνιαίος συνολικός όγκος πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν, σε €	Πρόσθετο ποσό επιστροφής (rebate)
100.000–400.000	2%
400.001–800.000	4%
800.001–1.200.000	6%
1.200.001–1.600.000	8%
1.600.001–2.000.000	10%
> 2.000.000	12%

Πηγή: ΦΕΚ 64 Β' /2014

Πίνακας Π-9: Περιφέρεια και επαγγελματική ειδικότητα ²¹⁸

	Επαγγελματική ειδικότητα										Σύνολο
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Αν. Μακεδονία & Θράκη	6,5%	35,8%	4,1%	2,4%	11,4%	0,8%	3,3%	16,3%	17,1%	2,4%	100,0%
Κεντρική Μακεδονία	6,3%	26,2%	5,0%	2,3%	11,3%	0,7%	2,7%	11,6%	22,3%	11,6%	100,0%
Ήπειρος	13,7%	27,5%		2,0%	11,8%	3,9%	3,9%	13,7%	15,7%	7,8%	100,0%
Θεσσαλία	7,9%	14,2%	3,2%	2,1%	6,8%		2,1%	14,7%	23,7%	25,3%	100,0%
Ιόνια Νησιά	4,8%	45,2%			9,5%		2,4%	9,5%	16,7%	11,9%	100,0%
Αττική	17,5%	16,3%	6,1%	1,5%	6,3%	1,4%	4,9%	6,9%	19,3%	19,8%	100,0%
Βόρειο Αιγαίο		25,0%	3,8%		7,7%		1,9%	26,9%	32,7%	1,9%	100,0%
Νότιο Αιγαίο	22,0%	23,0%	4,0%	1,0%	7,0%	1,0%	2,0%	17,0%	16,0%	7,0%	100,0%
Κρήτη	15,2%	24,8%	4,8%	1,4%	8,6%	1,9%	4,8%	10,5%	11,4%	16,7%	100,0%
Στερεά Ελλάδα	11,2%	28,9%	2,7%	1,1%	6,4%	0,5%	3,2%	20,9%	14,4%	10,7%	100,0%
Σύνολο	12,6%	22,6%	4,6%	1,6%	8,0%	1,0%	3,7%	12,1%	18,8%	15,0%	100,0%

Πίνακας Π-10: Περιφέρεια και επίπεδο εκπαίδευσης

		Επίπεδο εκπαίδευσης			Σύνολο
		ΥΠ	ΔΕ	ΠΕ (ΑΕΙ ή ΤΕΙ)	
Περιφέρεια	Αν. Μακεδονία & Θράκη	39,0%	22,8%	38,2%	100,0%
	Κεντρική Μακεδονία	37,5%	31,9%	30,6%	100,0%
	Ήπειρος	43,1%	25,5%	31,4%	100,0%
	Θεσσαλία	39,5%	37,9%	22,6%	100,0%
	Ιόνια Νησιά	42,9%	35,7%	21,4%	100,0%
	Αττική	19,5%	50,2%	30,4%	100,0%
	Βόρειο Αιγαίο	55,8%	19,2%	25,0%	100,0%
	Νότιο Αιγαίο	36,0%	33,0%	31,0%	100,0%
	Κρήτη	38,1%	40,0%	21,9%	100,0%
	Στερεά Ελλάδα	46,5%	17,6%	35,8%	100,0%
Σύνολο		33,3%	37,3%	29,5%	100,0%

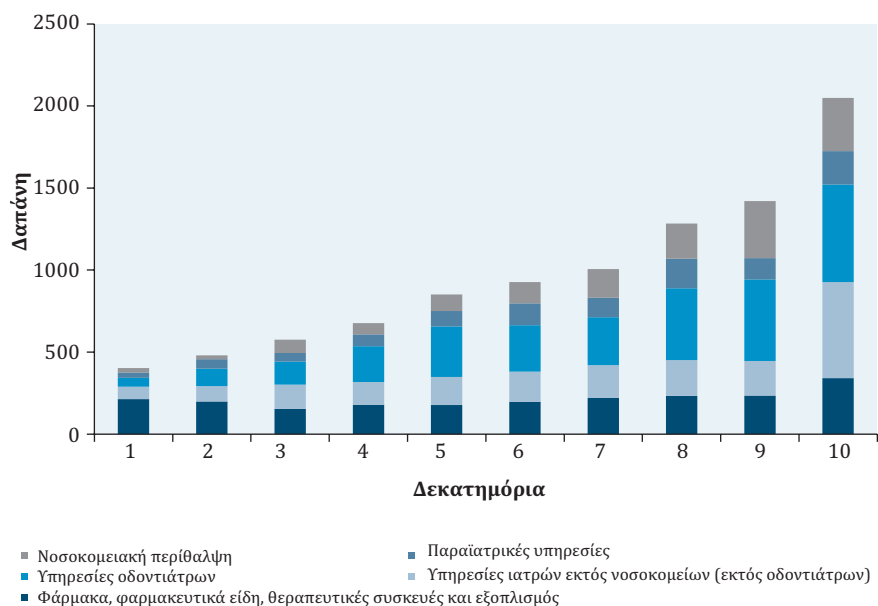
218. 1=Διοικητικοί, 2=Βοηθητικό προσωπικό, 3=Τεχνικό προσωπικό, 4=Ψυχολόγοι, 5=Λογοθεραπευτές κ.λπ., 6=Ιατροί, 7=Κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ., 8=Νοσηλεύτες, 9=Βοηθοί νοσηλευτών κ.λπ., 10=Άλλη κατηγορία

Παράρτημα IV

Επιδράσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ανισότητα και φτώχεια, 2008

(Επεξεργασία στοιχείων ΕΟΠ 2008)

Διάγραμμα Δ-1: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-1: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2008, με βάση τους δείκτες Gini, Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L), Theil, Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C^2) και Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$ και $A_{(\epsilon=2)}$

	Gini	$A_{(\epsilon=0,5)}$	$A_{(\epsilon=2)}$	L	Theil	C^2
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	0,315	0,081	0,286	0,168	0,171	0,426
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	0,322	0,085	0,300	0,176	0,178	0,448
Ποσοστιαία (%) μεταβολή της συνολικής ανισότητας λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	2,1%	4,4%	5,0%	4,9%	4,4%	5,1%

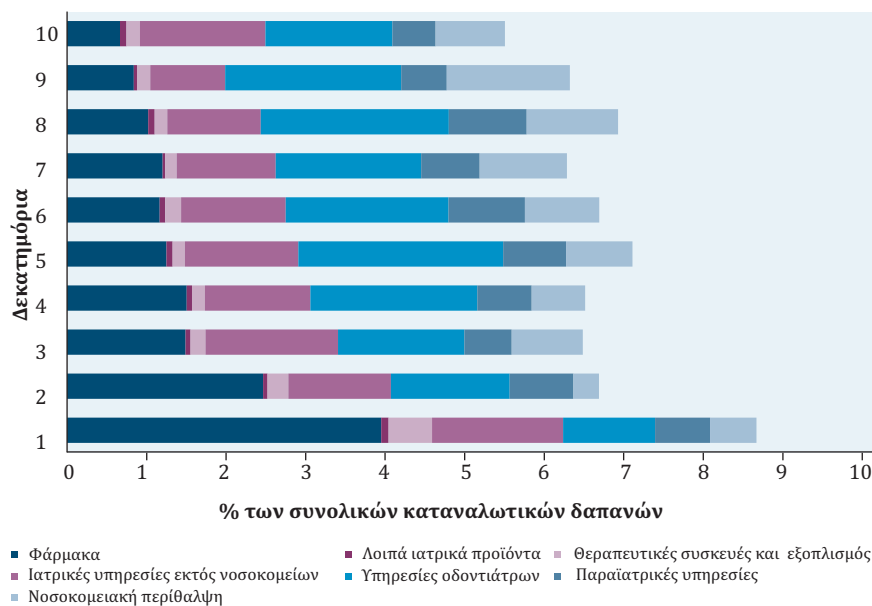
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-2: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2008 (η γραμμή φτώχειας στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό (%) φτώχειας	Χάσμα φτώχειας (%)
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	17,7	24,3
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	21,2	25,7
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	19,6	5,8

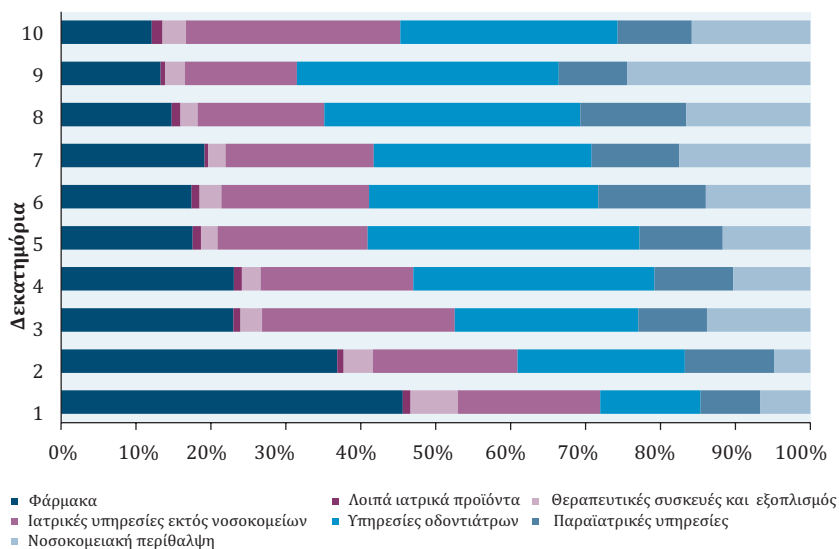
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-2: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-3: Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού (Ελλάδα, 2008)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-3: Μέση ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, συνολική και για υγεία, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2008 (σε ευρώ)

Δεκατημόριο	Συνολική καταναλωτική δαπάνη	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία						Νοσοκομειακή περιθαλψη		
			Φάρμακα	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)		Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων	Παράϊατρικές υπηρεσίες
1	4645,0	402,6	183,6	4,2	25,5	213,2	76,5	53,8	32,0	162,3	27,1
2	7185,4	480,6	177,1	4,0	18,8	199,9	92,8	107,3	57,5	257,6	23,1
3	8866,7	575,1	132,1	5,6	16,5	154,2	147,9	140,8	52,6	341,4	79,5
4	10400,5	677,5	156,3	7,2	16,8	180,3	138,1	218,1	71,1	427,3	69,9
5	11972,8	851,0	149,4	9,3	18,8	177,6	170,5	308,7	94,7	573,8	99,6
6	13850,9	926,7	161,4	9,7	27,2	198,4	182,6	283,2	133,3	599,1	129,3
7	16015,4	1006,9	192,6	5,1	23,2	220,8	199,4	292,8	117,6	609,9	176,2
8	18519,1	1283,0	189,2	15,0	29,5	233,7	216,9	438,2	181,3	836,5	212,9
9	22460,9	1420,4	188,3	8,9	37,6	234,7	212,0	496,8	129,2	838,0	347,7
10	37214,0	2049,0	247,4	30,0	64,0	341,5	586,1	594,3	202,8	1383,2	324,3
Σύνολο	15113,1	967,3	177,7	9,9	27,8	215,4	202,3	293,4	107,2	602,9	149,0

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

Πίνακας Π-4: Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών καταναλωτικών δαπανών των ατόμων ανά δεκαετηθώριο, Ελλάδα, 2008

Δεκαετηθώρια	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία						Σύνολο	Νοσοκομειακή περίθαλψη	
		Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων			
1	8,7	4,0	0,1	0,5	4,6	1,6	1,2	0,7	3,5	0,6
2	6,7	2,5	0,1	0,3	2,8	1,3	1,5	0,8	3,6	0,3
3	6,5	1,5	0,1	0,2	1,7	1,7	1,6	0,6	3,9	0,9
4	6,5	1,5	0,1	0,2	1,7	1,3	2,1	0,7	4,1	0,7
5	7,1	1,2	0,1	0,2	1,5	1,4	2,6	0,8	4,8	0,8
6	6,7	1,2	0,1	0,2	1,4	1,3	2,0	1,0	4,3	0,9
7	6,3	1,2	0,0	0,1	1,4	1,2	1,8	0,7	3,8	1,1
8	6,9	1,0	0,1	0,2	1,3	1,2	2,4	1,0	4,5	1,1
9	6,3	0,8	0,0	0,2	1,0	0,9	2,2	0,6	3,7	1,5
10	5,5	0,7	0,1	0,2	0,9	1,6	1,6	0,5	3,7	0,9
Σύνολο	6,4	1,2	0,1	0,2	1,4	1,3	1,9	0,7	4,0	1,0

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

Πίνακας Π-5: Δαπάνες για υγεία ανά κατηγορία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών ιδιωτικών δαπανών για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2008

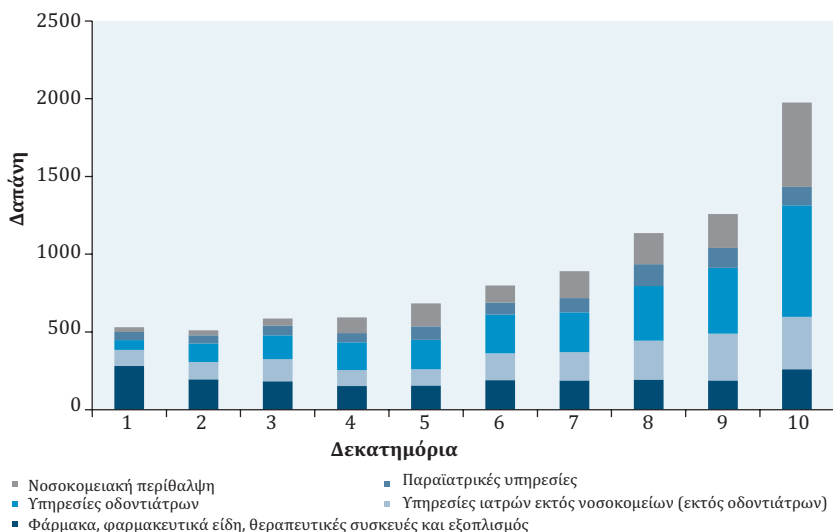
Δεκατημόρια	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία										Νοσοκομειακή περιθαλψη
	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός		Λοιπά ιατρικά προϊόντα		Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός		Σύνολο		Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων		
	Φάρμακα					Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Υπηρεσίες Παραϊατρικές υπηρεσίες			
1	45,6	1,0	6,3	53,0	19,0	13,4	7,9	40,3	6,7		
2	36,9	0,8	3,9	41,6	19,3	22,3	12,0	53,6	4,8		
3	23,0	1,0	2,9	26,8	25,7	24,5	9,2	59,4	13,8		
4	23,1	1,1	2,5	26,6	20,4	32,2	10,5	63,1	10,3		
5	17,6	1,1	2,2	20,9	20,0	36,3	11,1	67,4	11,7		
6	17,4	1,0	2,9	21,4	19,7	30,6	14,4	64,6	14,0		
7	19,1	0,5	2,3	21,9	19,8	29,1	11,7	60,6	17,5		
8	14,7	1,2	2,3	18,2	16,9	34,2	14,1	65,2	16,6		
9	13,3	0,6	2,6	16,5	14,9	35,0	9,1	59,0	24,5		
10	12,1	1,5	3,1	16,7	28,6	29,0	9,9	67,5	15,8		
Σύνολο	18,4	1,0	2,9	22,3	20,9	30,3	11,1	62,3	15,4		

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϊπολογισμών, 2008, ΕΛΣΤΑΤ

Επιδράσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ανισότητα και φτώχεια, 2009

(Επεξεργασία στοιχείων ΕΟΠ 2009)

Διάγραμμα Δ-4: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2009



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-6: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2009, με βάση τους δείκτες Gini, Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L), Theil, Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C^2) και Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$ και $A_{(\epsilon=2)}$

	Gini	$A_{(\epsilon=0,5)}$	$A_{(\epsilon=2)}$	L	Theil	C^2
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	0,324	0,085	0,285	0,173	0,182	0,467
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	0,331	0,089	0,307	0,184	0,190	0,487
Ποσοστιαία (%) μεταβολή της συνολικής ανισότητας λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	2,3	5,2	7,7	6,4	4,7	4,3

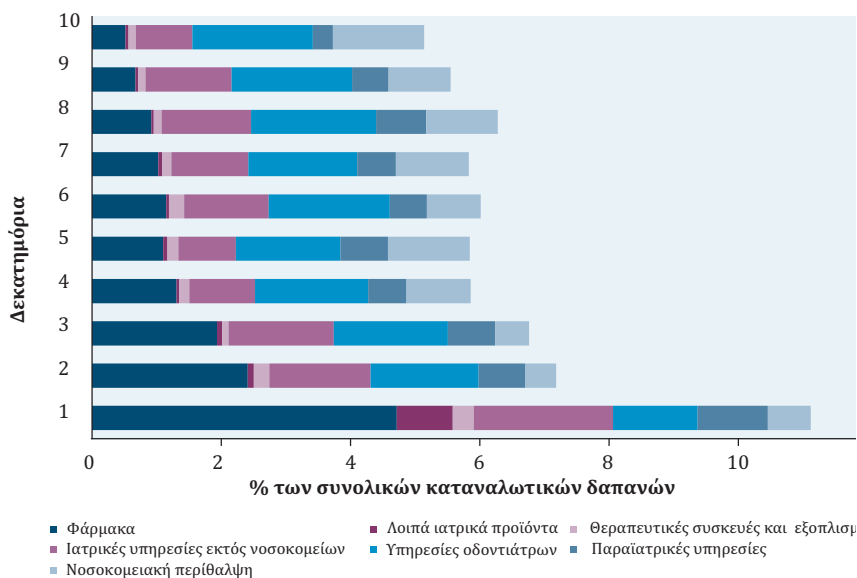
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-7: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2009 (η γραμμική φτώχεια στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό (%) φτώχειας	Χάσμα φτώχειας (%)
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	17,1	20,5
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	20,9	22,0
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	22,2	7,3

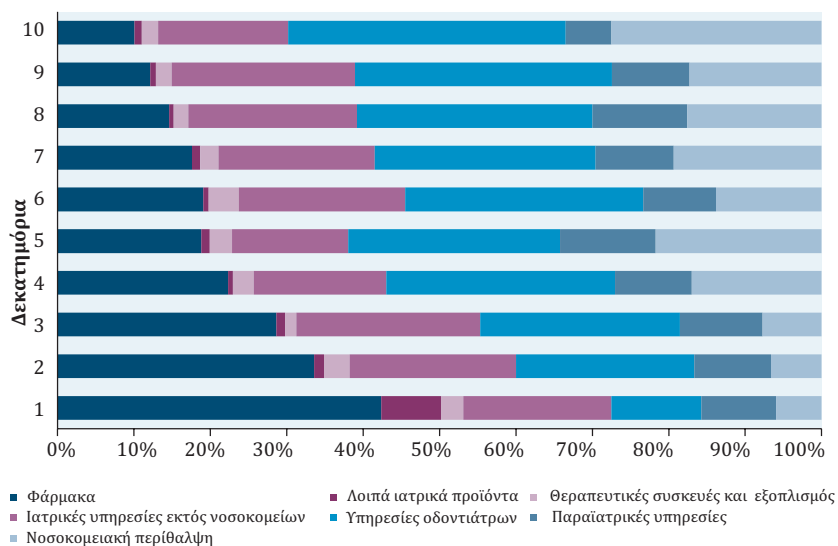
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-5: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2009



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-6: Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού (Ελλάδα, 2009)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-8: Μέση ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, συνολική και για υγεία, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2009 (σε ευρώ)

Δεκατημόριο	Συνολική καταναλωτική δαπάνη	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία						Νοσοκομειακή περιθαλψη		
			Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (Εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές		Υπηρεσίες Παράϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο
1	4776,9	531,3	225,2	41,4	15,6	282,2	103,0	62,5	52,0	217,4	31,7
2	7129,2	511,8	171,8	6,6	17,2	195,7	111,4	119,4	51,4	282,2	33,9
3	8683,8	587,1	168,0	6,9	8,6	183,5	141,3	153,3	63,5	358,2	45,4
4	10138,1	594,0	132,7	3,7	16,3	152,6	103,0	177,7	59,7	340,4	100,9
5	11712,0	684,6	128,8	7,5	19,9	156,3	104,3	189,8	85,6	379,7	148,6
6	13286,7	798,9	152,4	5,6	31,3	189,4	174,0	248,9	76,2	499,1	110,4
7	15277,6	890,5	156,6	9,7	21,4	187,6	182,1	257,3	91,0	530,4	172,5
8	18095,7	1135,5	165,9	6,5	22,1	194,5	250,5	350,2	140,8	741,5	199,5
9	22682,9	1257,9	152,8	9,1	26,1	188,0	301,6	423,3	127,5	852,3	217,6
10	38448,4	1975,8	198,8	18,8	42,3	259,9	336,6	717,4	118,5	1172,4	543,5
Σύνολο	15023,1	896,7	165,3	11,6	22,1	199,0	103,0	62,5	52,0	537,4	160,4

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-9: Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών καταναλωτικών δαπανών των εσόδων ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2009

Δεκατημόριο	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία							Σύνολο	Νοσοκομειακή περιθαλψη
		Φάρμακα	Φάρμακα και εξοπλισμός	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων			Σύνολο		
					Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο			
1	11,1	4,7	0,9	0,3	5,9	2,2	1,3	1,1	4,6	0,7
2	7,2	2,4	0,1	0,2	2,7	1,6	1,7	0,7	4,0	0,5
3	6,8	1,9	0,1	0,1	2,1	1,6	1,8	0,7	4,1	0,5
4	5,9	1,3	0,0	0,2	1,5	1,0	1,8	0,6	3,4	1,0
5	5,8	1,1	0,1	0,2	1,3	0,9	1,6	0,7	3,2	1,3
6	6,0	1,1	0,0	0,2	1,4	1,3	1,9	0,6	3,8	0,8
7	5,8	1,0	0,1	0,1	1,2	1,2	1,7	0,6	3,5	1,1
8	6,3	0,9	0,0	0,1	1,1	1,4	1,9	0,8	4,1	1,1
9	5,5	0,7	0,0	0,1	0,8	1,3	1,9	0,6	3,8	1,0
10	5,1	0,5	0,0	0,1	0,7	0,9	1,9	0,3	3,0	1,4
Σύνολο	6,0	1,1	0,1	0,1	1,3	1,2	1,8	0,6	3,6	1,1

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-10: Δαπάνες για υγεία ανά κατηγορία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών ιδιωτικών δαπανών για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2009

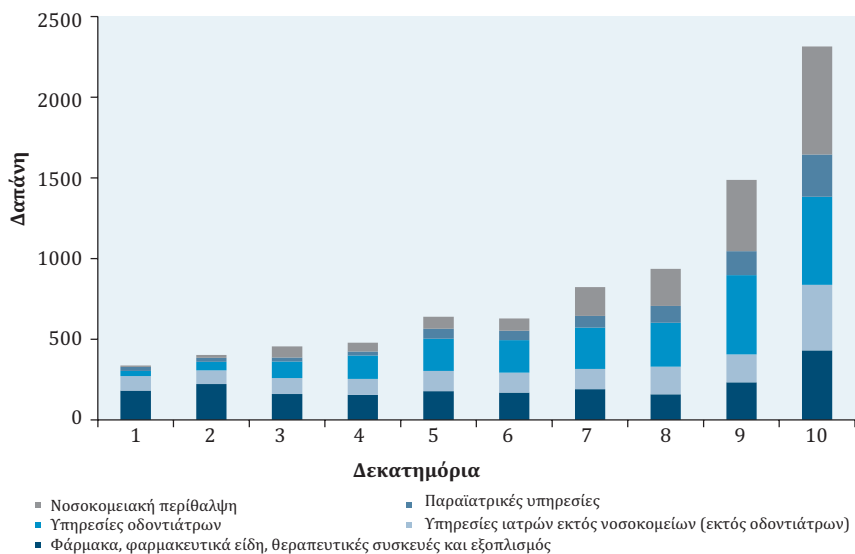
Δεκατημόρια	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός		Ιδιωτική δαπάνη για υγεία				Νοσοκομειακή περιθαλψη		
	Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων		Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο
1	42,4	7,8	2,9	53,1	19,4	11,8	9,8	40,9	6,0
2	33,6	1,3	3,4	38,2	21,8	23,3	10,1	55,1	6,6
3	28,6	1,2	1,5	31,3	24,1	26,1	10,8	61,0	7,7
4	22,3	0,6	2,7	25,7	17,3	29,9	10,1	57,3	17,0
5	18,8	1,1	2,9	22,8	15,2	27,7	12,5	55,5	21,7
6	19,1	0,7	3,9	23,7	21,8	31,2	9,5	62,5	13,8
7	17,6	1,1	2,4	21,1	20,5	28,9	10,2	59,6	19,4
8	14,6	0,6	1,9	17,1	22,1	30,8	12,4	65,3	17,6
9	12,1	0,7	2,1	14,9	24,0	33,6	10,1	67,8	17,3
10	10,1	0,9	2,1	13,2	17,0	36,3	6,0	59,3	27,5
Σύνολο	18,4	1,3	2,5	22,2	20,2	30,1	9,7	59,9	17,9

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϊπολογισμών, 2009, ΕΛΣΤΑΤ

Επιδράσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ανισότητα και φτώχεια, 2010

(Επεξεργασία στοιχείων ΕΟΠ 2010)

Διάγραμμα Δ-7: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2010



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2010, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-11: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2010, με βάση τους δείκτες Gini, Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L), Theil, Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C^2) και Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$ και $A_{(\epsilon=2)}$

	Gini	$A_{(\epsilon=0,5)}$	$A_{(\epsilon=2)}$	L	Theil	C^2
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	0,321	0,082	0,284	0,170	0,173	0,418
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	0,322	0,083	0,292	0,173	0,174	0,420
Ποσοστιαία (%) μεταβολή της συνολικής ανισότητας λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	0,4	1,2	2,8	1,8	0,8	0,6

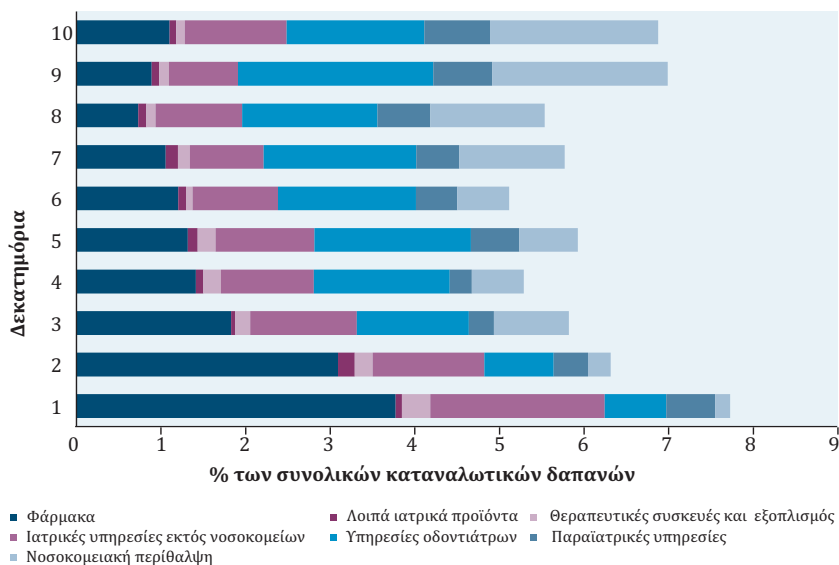
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2010

Πίνακας Π-12: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2010 (η γραμμή φτώχειας στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό (%) φτώχειας	Χάσμα φτώχειας (%)
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	18,2	23,4
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	21,3	25,5
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	16,9	8,8

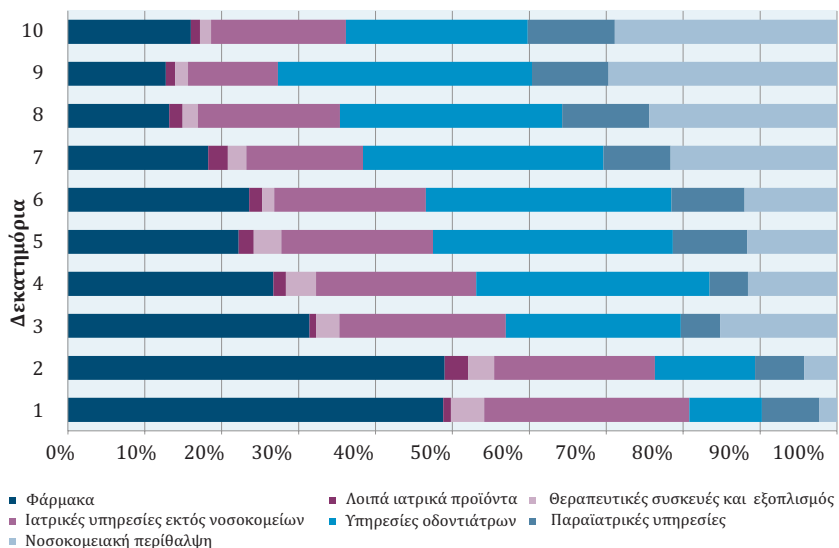
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2010, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-8: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2010



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2010, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-9: Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού (Ελλάδα, 2010)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2010, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-13: Μέση ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, συνολική και για υγεία, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2010 (σε ευρώ)

Δεκατημόριο	Συνολική καταναλωτική δαπάνη	Συνολική δαπάνη για υγεία				Ιδιωτική δαπάνη για υγεία				Νοσοκομειακή περιθαλψη
		Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Υπηρεσίες γιατρών εκτός νοσοκομείων	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παράϊατρικές υπηρεσίες	
1	4343,0	163,8	3,3	14,5	181,6	89,6	31,6	25,1	146,2	7,7
2	6375,6	197,2	12,5	13,5	223,1	84,2	52,4	25,7	162,3	17,1
3	7820,8	143,0	3,9	13,8	160,7	98,4	103,5	23,2	225,2	69,2
4	9050,6	127,8	7,8	18,8	154,4	99,6	145,2	23,8	268,5	55,5
5	10800,5	142,2	12,6	22,9	177,7	126,1	199,7	61,8	387,6	74,7
6	12300,5	148,2	10,9	9,6	168,7	124,0	200,9	59,9	384,8	75,5
7	14258,3	150,3	20,8	20,0	191,0	124,6	257,2	72,1	453,8	177,9
8	16902,1	123,2	16,3	18,7	158,2	172,7	270,4	105,7	548,8	228,5
9	21281,9	189,4	18,2	24,8	232,4	173,6	491,7	148,2	813,4	441,6
10	33646,2	370,3	26,7	34,0	431,0	405,4	546,5	261,8	1213,7	668,6
Σύνολο	13678,0	175,5	13,3	19,1	207,9	149,8	229,9	80,7	460,4	181,6

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2010, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-14: Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών καταναλωτικών δαπανών των ατόμων ανά δεκαετημέριο, Ελλάδα, 2010

Δεκαετημέριο	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία										Νοσοκομειακή περιθαλάφηση
	Συνολική δαπάνη για υγεία	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παραϊατρικές υπηρεσίες	
1	11,1	3,8	0,1	0,1	0,3	4,2	2,1	0,7	0,6	3,4	0,2
2	7,2	3,1	0,2	0,2	0,2	3,5	1,3	0,8	0,4	2,5	0,3
3	6,8	1,8	0,0	0,2	0,2	2,1	1,3	1,3	0,3	2,9	0,9
4	5,9	1,4	0,1	0,1	0,2	1,7	1,1	1,6	0,3	3,0	0,6
5	5,8	1,3	0,1	0,1	0,2	1,6	1,2	1,8	0,6	3,6	0,7
6	6,0	1,2	0,1	0,1	0,1	1,4	1,0	1,6	0,5	3,1	0,6
7	5,8	1,1	0,1	0,1	0,1	1,3	0,9	1,8	0,5	3,2	1,2
8	6,3	0,7	0,1	0,1	0,1	0,9	1,0	1,6	0,6	3,2	1,4
9	5,5	0,9	0,1	0,1	0,1	1,1	0,8	2,3	0,7	3,8	2,1
10	5,1	1,1	0,1	0,1	0,1	1,3	1,2	1,6	0,8	3,6	2,0
Σύνολο	6,0	1,3	0,1	0,1	0,1	1,5	1,1	1,7	0,6	3,4	1,3

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2010, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-15: Δαπάνες για υγεία ανά κατηγορία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών ιδιωτικών δαπανών για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2010

Δεκατημόρια	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός		Ιδιωτική δαπάνη για υγεία				Νοσοκομειακή περιθαλψη		
	Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων		Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο
1	48,8	1,0	4,3	54,1	26,7	9,4	7,5	43,6	2,3
2	49,0	3,1	3,4	55,4	20,9	13,0	6,4	40,3	4,3
3	31,4	0,9	3,0	35,3	21,6	22,7	5,1	49,5	15,2
4	26,7	1,6	3,9	32,3	20,8	30,3	5,0	56,1	11,6
5	22,2	2,0	3,6	27,8	19,7	31,2	9,7	60,6	11,7
6	23,6	1,7	1,5	26,8	19,7	31,9	9,5	61,2	12,0
7	18,3	2,5	2,4	23,2	15,1	31,3	8,8	55,2	21,6
8	13,2	1,7	2,0	16,9	18,5	28,9	11,3	58,7	24,4
9	12,7	1,2	1,7	15,6	11,7	33,1	10,0	54,7	29,7
10	16,0	1,2	1,5	18,6	17,5	23,6	11,3	52,5	28,9
Σύνολο	20,7	1,6	2,2	24,5	17,6	27,0	9,5	54,2	21,4

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϊπολογισμών, 2010, ΕΛΣΤΑΤ

Επιδράσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ανισότητα και φτώχεια, 2011

(Επεξεργασία στοιχείων ΕΟΠ 2011)

Διάγραμμα Δ-10: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2011



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-16: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2011, με βάση τους δείκτες Gini, Μέση Απόκλιση Λογαριθμών (L), Theil, Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C^2) και Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$ και $A_{(\epsilon=2)}$

	Gini	$A_{(\epsilon=0,5)}$	$A_{(\epsilon=2)}$	L	Theil	C^2
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	0,324	0,084	0,285	0,173	0,179	0,450
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	0,321	0,083	0,288	0,172	0,176	0,439
Ποσοστιαία (%) μεταβολή της συνολικής ανισότητας λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	-0,8	-1,2	0,9	-0,6	-1,7	-2,5

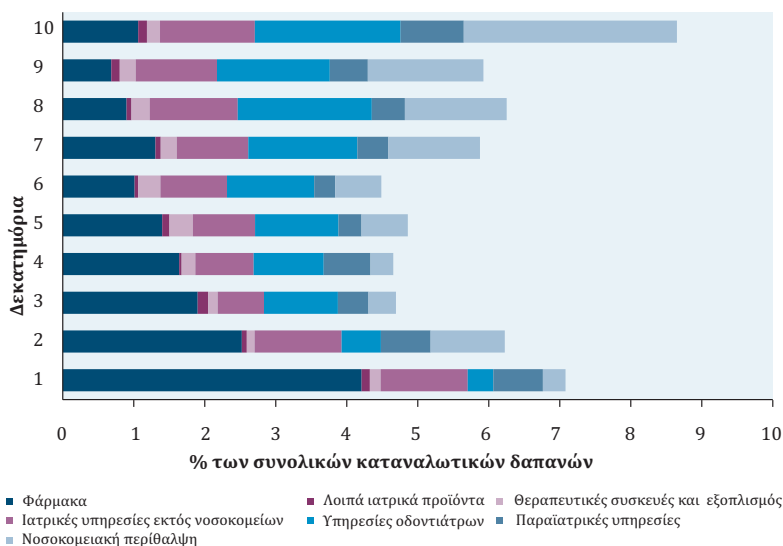
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2011

Πίνακας Π-17: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2011 (η γραμμική φτώχεια στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό (%) φτώχειας	Χάσμα φτώχειας (%)
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	18,2	23,4
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	21,1	27,5
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	16,2	16,6

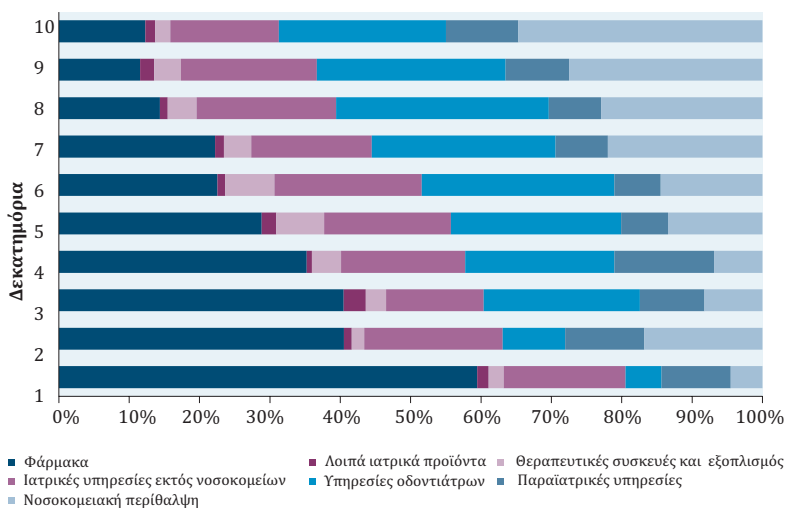
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2011

Διάγραμμα Δ-11: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2011



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-12: Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2011



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-18: Μέση ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, συνολική και για υγεία, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2011 (σε ευρώ)

Δεκατημόριο	Συνολική καταναλωτική δαπάνη	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία						Νοσοκομειακή περιθαλάμη		
			Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Φάρμακα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)		Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων	Παράϊατρικές υπηρεσίες
1	3978,34	281,70	167,45	4,63	6,02	178,09	48,82	14,33	27,78	90,93	12,69
2	5764,37	358,86	145,38	4,03	6,34	155,75	70,63	31,91	40,33	142,87	60,23
3	6959,64	326,60	132,22	10,24	9,41	151,87	45,38	72,42	29,95	147,76	26,98
4	8160,86	379,88	133,80	2,82	15,78	152,40	67,01	80,49	53,78	201,29	26,19
5	9576,79	465,41	134,13	9,75	31,63	175,51	83,87	112,50	31,04	227,41	62,50
6	10975,05	492,40	111,05	5,40	34,49	150,95	102,95	134,81	32,47	270,23	71,23
7	12688,20	745,56	165,60	9,44	28,73	203,77	127,79	194,89	55,41	378,08	163,70
8	15010,49	938,48	134,85	10,39	38,58	183,81	186,11	283,40	69,96	539,47	215,20
9	18681,08	1106,75	127,68	22,27	42,06	192,00	213,80	296,73	100,06	610,59	304,16
10	31048,13	2685,62	329,81	38,30	57,15	425,26	414,71	637,25	276,29	1328,24	932,12
Σύνολο	12284,3	778,1	158,2	11,7	27,0	196,9	136,1	185,9	71,7	393,7	187,5

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-19: Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών καταναλωτικών δαπανών των ατόμων ανά δεκατημώριο, Ελλάδα, 2011

Δεκατημώρια	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία										Νοσοκομειακή περιθαλάφση
	Συνολική δαπάνη για υγεία	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο	
1	7,1	4,2	0,1	0,2	4,5	1,2	0,4	0,7	2,3	0,3	
2	6,2	2,5	0,1	0,1	2,7	1,2	0,6	0,7	2,5	1,0	
3	4,7	1,9	0,1	0,1	2,2	0,7	1,0	0,4	2,1	0,4	
4	4,7	1,6	0,0	0,2	1,9	0,8	1,0	0,7	2,5	0,3	
5	4,9	1,4	0,1	0,3	1,8	0,9	1,2	0,3	2,4	0,7	
6	4,5	1,0	0,0	0,3	1,4	0,9	1,2	0,3	2,5	0,6	
7	5,9	1,3	0,1	0,2	1,6	1,0	1,5	0,4	3,0	1,3	
8	6,3	0,9	0,1	0,3	1,2	1,2	1,9	0,5	3,6	1,4	
9	5,9	0,7	0,1	0,2	1,0	1,1	1,6	0,5	3,3	1,6	
10	8,6	1,1	0,1	0,2	1,4	1,3	2,1	0,9	4,3	3,0	
Σύνολο	6,3	1,3	0,1	0,2	1,6	1,1	1,5	0,6	3,2	1,5	

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-20: Δαπάνες για υγεία ανά κατηγορία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών ιδιωτικών δαπανών για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2011

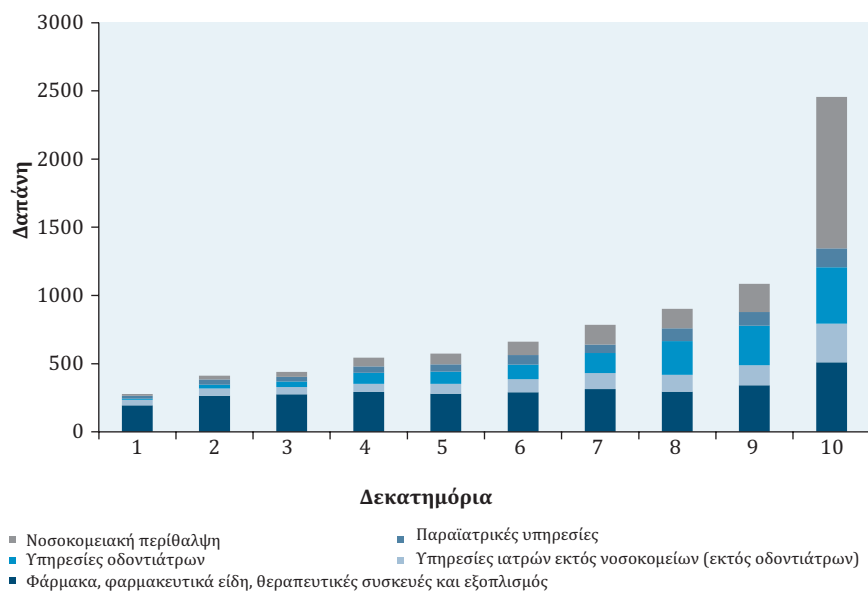
Δεκατημόρια	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία										Νοσοκομειακή περιθαλψη
	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός		Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων		Ιδιωτική δαπάνη για υγεία				Σύνολο	Νοσοκομειακή περιθαλψη	
	Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Υπηρεσίες Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο			
1	59,4	1,6	2,1	63,2	17,3	5,1	9,9	32,3	4,5		
2	40,5	1,1	1,8	43,4	19,7	8,9	11,2	39,8	16,8		
3	40,5	3,1	2,9	46,5	13,9	22,2	9,2	45,2	8,3		
4	35,2	0,7	4,2	40,1	17,6	21,2	14,2	53,0	6,9		
5	28,8	2,1	6,8	37,7	18,0	24,2	6,7	48,9	13,4		
6	22,6	1,1	7,0	30,7	20,9	27,4	6,6	54,9	14,5		
7	22,2	1,3	3,9	27,3	17,1	26,1	7,4	50,7	22,0		
8	14,4	1,1	4,1	19,6	19,8	30,2	7,5	57,5	22,9		
9	11,5	2,0	3,8	17,3	19,3	26,8	9,0	55,2	27,5		
10	12,3	1,4	2,1	15,8	15,4	23,7	10,3	49,5	34,7		
Σύνολο	20,3	1,5	3,5	25,3	17,5	23,9	9,2	50,6	24,1		

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϊπολογισμών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ

Επιδράσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ανισότητα και φτώχεια, 2012

(Επεξεργασία στοιχείων ΕΟΠ 2012)

Διάγραμμα Δ-13: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2012



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2012, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-21: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2012, με βάση τους δείκτες Gini, Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L), Theil, Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C^2) και Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$ και $A_{(\epsilon=2)}$

	Gini	$A_{(\epsilon=0,5)}$	$A_{(\epsilon=2)}$	L	Theil	C^2
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	0,343	0,095	0,313	0,194	0,206	0,536
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	0,341	0,094	0,314	0,193	0,202	0,519
Ποσοστιαία (%) μεταβολή της συνολικής ανισότητας λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	-0,6	-1,2	0,2	-0,7	-1,8	-3,1

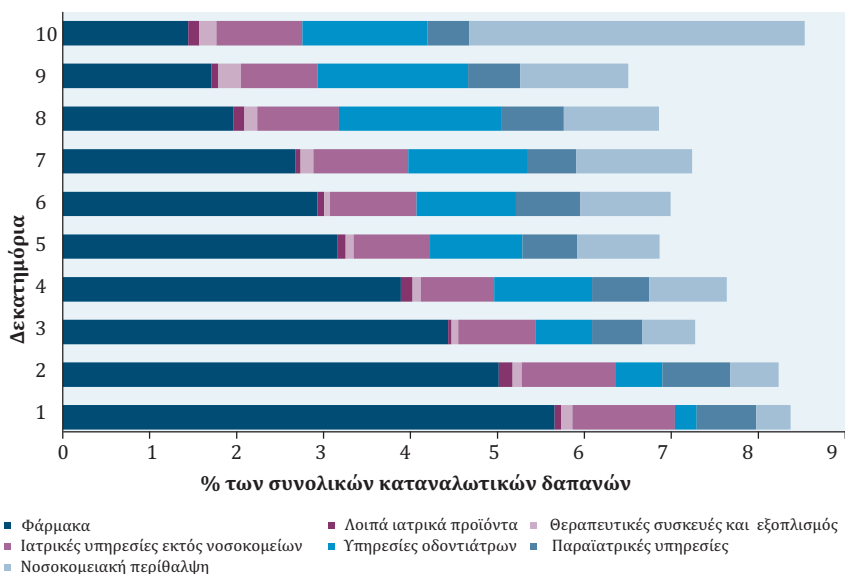
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2012

Πίνακας Π-22: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2012 (η γραμμική φτώχεια στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό (%) φτώχειας	Χάσμα φτώχειας (%)
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	19,0	19,6
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	22,2	21,7
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	16,8	10,8

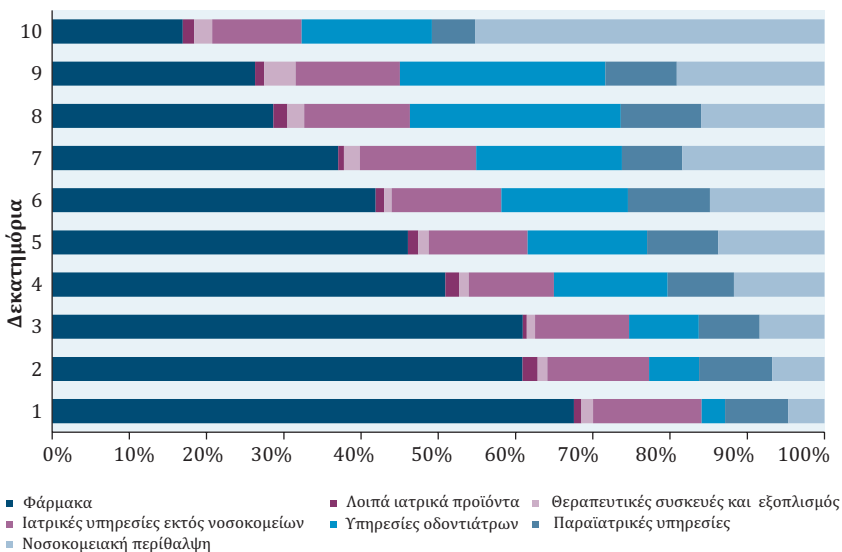
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2012

Διάγραμμα Δ-14: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2012



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2012, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-15: Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2012



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2012, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-23: Μέση ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, συνολική και για υγεία, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2012 (σε ευρώ)

Δεκατημόρια	Συνολική καταναλωτική δαπάνη	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία						Νοσοκομειακή περιθαλψη		
			Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Φάρμακα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)		Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων	Παράϊατρικές υπηρεσίες
1	3326,40	278,43	188,13	2,69	4,15	194,97	39,20	8,42	22,79	70,41	13,05
2	5003,14	411,93	250,93	7,96	5,29	264,18	54,27	26,53	39,11	119,91	27,85
3	6045,97	439,74	267,93	2,30	4,79	275,03	53,52	39,61	34,71	127,83	36,87
4	7116,98	543,55	276,77	9,64	6,79	293,20	59,89	80,09	46,71	186,69	63,67
5	8359,73	573,75	264,24	7,64	7,90	279,78	73,39	88,73	52,83	214,94	79,02
6	9468,52	662,09	277,38	7,24	6,45	291,06	94,10	108,50	70,23	272,82	98,20
7	10843,97	784,86	290,63	6,03	16,08	312,74	118,07	148,18	61,35	327,60	144,52
8	13165,38	902,91	258,65	16,45	19,43	294,54	123,62	246,53	93,89	464,03	144,34
9	16683,38	1085,41	285,07	12,87	44,14	342,09	146,49	288,93	100,50	535,92	207,40
10	28769,26	2455,42	415,53	36,25	57,22	509,01	284,28	414,07	137,44	835,78	1110,63
Σύνολο	10878,3	813,8	277,5	10,9	17,2	305,7	104,7	145,0	66,0	315,6	192,6

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2012, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-24: Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών καταναλωτικών δαπανών των ατόμων ανά δεκατημώριο, Ελλάδα, 2012

Δεκατημώριο	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία										Νοσοκομειακή περιθαλάφση
	Συνολική δαπάνη για υγεία	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο	
1	8,4	5,7	0,1	0,1	5,9	1,2	0,3	0,7	2,1	0,4	
2	8,2	5,0	0,2	0,1	5,3	1,1	0,5	0,8	2,4	0,6	
3	7,3	4,4	0,0	0,1	4,5	0,9	0,7	0,6	2,1	0,6	
4	7,6	3,9	0,1	0,1	4,1	0,8	1,1	0,7	2,6	0,9	
5	6,9	3,2	0,1	0,1	3,3	0,9	1,1	0,6	2,6	0,9	
6	7,0	2,9	0,1	0,1	3,1	1,0	1,1	0,7	2,9	1,0	
7	7,2	2,7	0,1	0,1	2,9	1,1	1,4	0,6	3,0	1,3	
8	6,9	2,0	0,1	0,1	2,2	0,9	1,9	0,7	3,5	1,1	
9	6,5	1,7	0,1	0,3	2,1	0,9	1,7	0,6	3,2	1,2	
10	8,5	1,4	0,1	0,2	1,8	1,0	1,4	0,5	2,9	3,9	
Σύνολο	7,5	2,6	0,1	0,2	2,8	1,0	1,3	0,6	2,9	1,8	

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2012, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-25: Δαπάνες για υγεία ανά κατηγορία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών ιδιωτικών δαπανών για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2012

Δεκατημόρια	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός				Ιδιωτική δαπάνη για υγεία				Νοσοκομειακή περιθαλψη
	Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Υπηρεσίες γιατρών (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο	
1	67,6	1,0	1,5	70,0	14,1	3,0	8,2	25,3	4,7
2	60,9	1,9	1,3	64,1	13,2	6,4	9,5	29,1	6,8
3	60,9	0,5	1,1	62,5	12,2	9,0	7,9	29,1	8,4
4	50,9	1,8	1,2	53,9	11,0	14,7	8,6	34,3	11,7
5	46,1	1,3	1,4	48,8	12,8	15,5	9,2	37,5	13,8
6	41,9	1,1	1,0	44,0	14,2	16,4	10,6	41,2	14,8
7	37,0	0,8	2,0	39,8	15,0	18,9	7,8	41,7	18,4
8	28,6	1,8	2,2	32,6	13,7	27,3	10,4	51,4	16,0
9	26,3	1,2	4,1	31,5	13,5	26,6	9,3	49,4	19,1
10	16,9	1,5	2,3	20,7	11,6	16,9	5,6	34,0	45,2
Σύνολο	34,1	1,3	2,1	37,6	12,9	17,8	8,1	38,8	23,7

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϊπολογισμών, 2012, ΕΛΣΤΑΤ

Επιδόσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ανισόπια και φτώχεια, 2013

(Επεξεργασία στοιχείων ΕΟΠ 2013)

Πίνακας Π-26: Μέση ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, συνολική και για υγεία, ανά δεκατημώριο, Ελλάδα, 2013 (σε ευρώ)

Δεκατημώρια	Συνολική καταναλωτική δαπάνη	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία						Νοσοκομειακή περιθώλη		
			Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων		Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο
1	3232,86	251,32	141,38	3,65	3,06	148,09	41,29	10,76	18,17	70,21	33,02
2	4716,13	393,97	207,67	6,01	4,23	217,91	44,49	24,15	27,48	96,12	79,95
3	5657,18	373,05	195,78	5,27	4,14	205,19	42,47	59,33	27,49	129,30	38,57
4	6562,01	365,15	188,13	5,95	4,81	198,89	46,89	39,57	30,17	116,63	49,64
5	7504,54	463,51	207,20	4,83	8,13	220,16	61,60	76,63	35,53	173,75	69,60
6	8725,97	594,35	217,46	8,50	10,07	236,03	72,08	97,20	59,20	228,48	129,84
7	9922,73	620,97	190,42	8,49	8,60	207,51	69,40	125,86	57,70	252,96	160,50
8	11661,42	847,15	251,37	18,62	18,94	288,93	99,54	158,74	50,49	308,77	249,45
9	14799,29	1003,84	277,93	15,25	21,27	314,45	111,33	189,42	98,14	398,89	290,50
10	27253,84	2061,07	290,02	24,21	35,47	349,71	227,61	371,35	217,87	816,83	894,53
Σύνολο	10003,6	697,4	216,7	10,1	11,9	238,69	81,7	115,3	62,2	259,2	199,6

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-27: Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών καταναλωτικών δαπανών των ατόμων ανά δεκατημώριο, Ελλάδα, 2013

Δεκατημώρια	Συνολική δαπάνη για υγεία	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία							Νοσοκομειακή περιθαλψη	
		Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων				Σύνολο
						Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Υπηρεσίες Παραιατρικές υπηρεσίες	Σύνολο		
1	7,8	4,4	0,1	0,1	4,6	1,3	0,3	0,6	2,2	1,0
2	8,4	4,4	0,1	0,1	4,6	0,9	0,5	0,6	2,0	1,7
3	6,6	3,5	0,1	0,1	3,6	0,8	1,0	0,5	2,3	0,7
4	5,6	2,9	0,1	0,1	3,0	0,7	0,6	0,5	1,8	0,8
5	6,2	2,8	0,1	0,1	2,9	0,8	1,0	0,5	2,3	0,9
6	6,8	2,5	0,1	0,1	2,7	0,8	1,1	0,7	2,6	1,5
7	6,3	1,9	0,1	0,1	2,1	0,7	1,3	0,6	2,5	1,6
8	7,3	2,2	0,2	0,2	2,5	0,9	1,4	0,4	2,6	2,1
9	6,8	1,9	0,1	0,1	2,1	0,8	1,3	0,7	2,7	2,0
10	7,6	1,1	0,1	0,1	1,3	0,8	1,4	0,8	3,0	3,3
Σύνολο	7,0	2,2	0,1	0,1	2,4	0,8	1,2	0,6	2,6	2,0

Πηγή: Επεξεργασία μικροδοθένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-28: Δαπάνες για υγεία ανά κατηγορία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών ιδιωτικών δαπανών για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2013

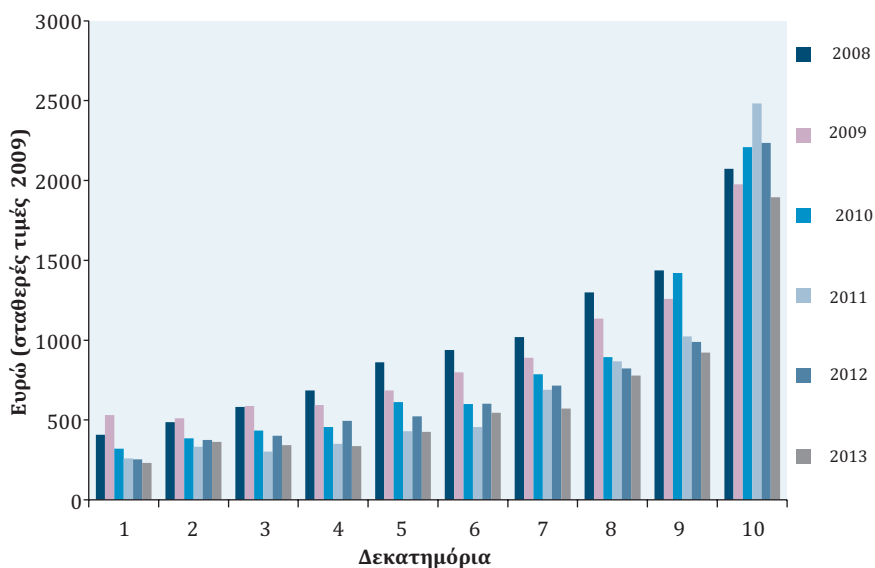
Δεκατημόριο	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία									
	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Υπηρεσίες Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο	Νοσοκομειακή περιθαλψη	
1	56,3	1,5	1,2	58,9	16,4	4,3	7,2	27,9	13,1	
2	52,7	1,5	1,1	55,3	11,3	6,1	7,0	24,4	20,3	
3	52,5	1,4	1,1	55,0	11,4	15,9	7,4	34,7	10,3	
4	51,5	1,6	1,3	54,5	12,8	10,8	8,3	31,9	13,6	
5	44,7	1,0	1,8	47,5	13,3	16,5	7,7	37,5	15,0	
6	36,6	1,4	1,7	39,7	12,1	16,4	10,0	38,4	21,8	
7	30,7	1,4	1,4	33,4	11,2	20,3	9,3	40,7	25,8	
8	29,7	2,2	2,2	34,1	11,8	18,7	6,0	36,4	29,4	
9	27,7	1,5	2,1	31,3	11,1	18,9	9,8	39,7	28,9	
10	14,1	1,2	1,7	17,0	11,0	18,0	10,6	39,6	43,4	
Σύνολο	31,1	1,4	1,7	34,2	11,7	16,5	8,9	37,2	28,6	

Πηγή: Επεξεργασία μικροδομημένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Επιδράσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ανισότητα και φτώχεια, 2008-2012

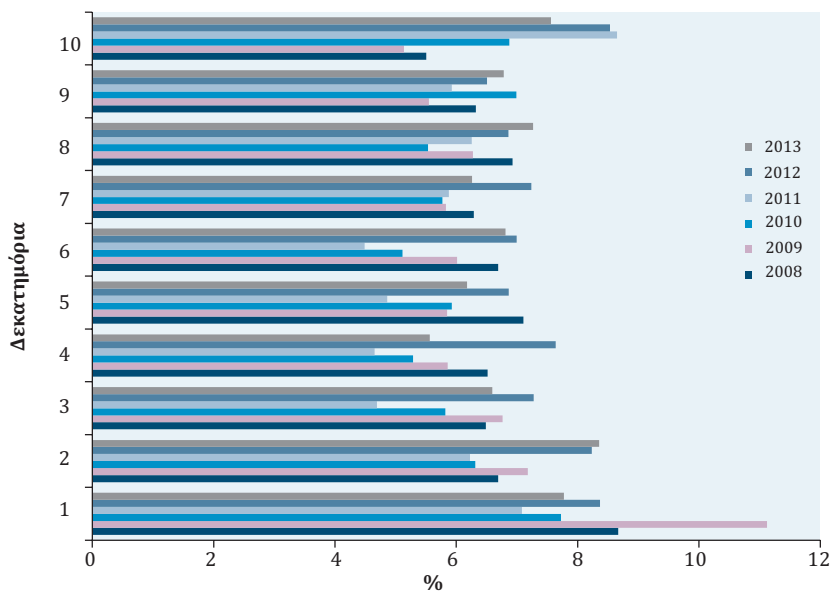
(Επεξεργασία μικροδεδομένων ΕΟΠ 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013)

Διάγραμμα Δ-16: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008-2013, ευρώ (σταθερές τιμές 2009)



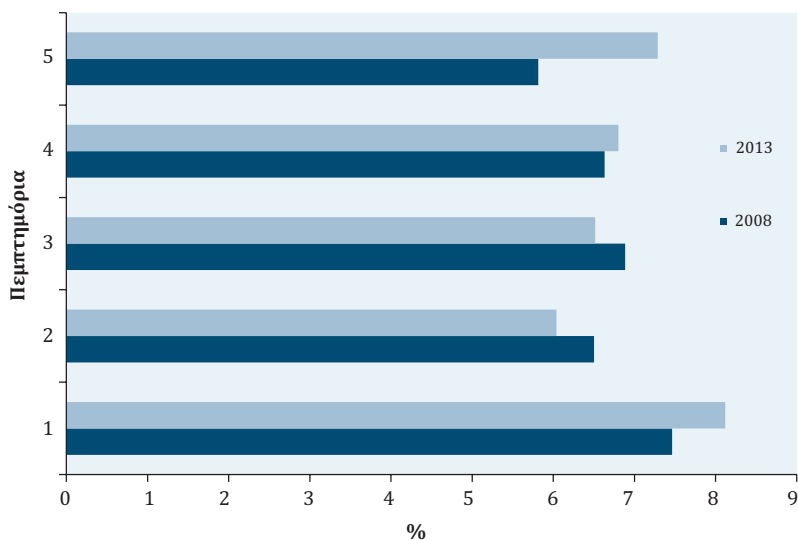
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008-2013, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-17: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008-2013



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008-2013, ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα Δ-18: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά πεμπτημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008 και 2013



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008 & 2013, ΕΛΣΤΑΤ

Πίνακας Π-29: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2008-2012 (η γραμμή φτώχειας στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό φτώχειας (%)					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	17,7	17,1	18,2	18,2	19,0	15,5
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	21,2	20,9	21,3	21,1	22,2	20,8
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	19,6	22,2	16,9	16,2	16,8	34,1

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 & 2013

Παράρτημα V

Ερωτηματολόγιο

(Εξυπηρετούμενοι από τις μονάδες υγείας πρώην ΙΚΑ και τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας [ΚΕΠΑ]- Περιοχή Θράκης)

Είμαστε μια ερευνητική ομάδα από το Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης και εκπονούμε έρευνα για την ιατρική φροντίδα στην περιοχή της Θράκης.

Θα θέλαμε να σας κάνουμε ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με τους γιατρούς που χρειάζεσθε. Η συμμετοχή σας θα μας βοηθήσει να αποτυπώσουμε τις ανάγκες και τα προβλήματα στην περιοχή της Θράκης ιδιαίτερα μάλιστα την εποχή αυτή της κρίσης και των σημαντικών μεταρρυθμίσεων που γίνονται στον τομέα της υγείας.

Το ερωτηματολόγιο είναι «ανώνυμο» και θα σας απασχολήσουμε μόνον για λίγα λεπτά.

Στοιχεία Υπηρεσίας όπου έγινε η συνέντευξη:

Μονάδας Υγείας / ΚΕ.Π.Α. / Άλλη Υπηρεσία.....

Διεύθυνση.....

Ημερομηνία κατά την οποία έγινε η συνέντευξη

Η συνέντευξη έγινε:

(α) με τον εξυπηρετούμενο

(β) με το/τη συνοδό του/της (κυρίως αν πρόκειται για μικρό παιδί, υπερήλικα ή Αμέα)

.....

(1) Είστε (άμεσα/έμμεσα) ασφαλισμένος στον ΕΟΠΥΥ; (Αναφέρεται στον εξυπηρετούμενο)

Άμεσα ασφαλισμένος	Έμμεσα ασφαλισμένος	Ανασφάλιστος (πρόνοια)	Ανασφάλιστος
--------------------	---------------------	------------------------	--------------

(2) Όταν έχετε πρόβλημα υγείας, επισκέπτεσθε συνήθως:

Τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ	Το νοσοκομείο (της περιοχής)	Ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ	Αγροτικό ΚΥ	Άλλο (π.χ. Κοινωνικό Ιατρείο)*
--------------------------	------------------------------	-----------------------------------------	-------------	--------------------------------

* Και/ή ιδιώτη γιατρό που εξετάζει ανασφαλιστούς ή κάποια άλλη απάντηση (που δεν έχει προβλεφθεί)

(3) Τώρα που πολλοί γιατροί έχουν φύγει από τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ, συναντάτε δυσκολία στο να βρείτε γιατρό όταν έχετε ένα πρόβλημα υγείας ή χρειάζεσθε γιατρό για να σας γράψει συνταγή για τα φάρμακα που παίρνετε;

Ναι	Όχι
-----	-----

(4) Κατά τον τελευταίο χρόνο πόσο συχνά χρειάσθηκε να επισκεφτείτε γιατρό (στα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ, σε νοσοκομείο, ΚΥ, γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ....) για εξέταση και/ή συνταγογράφηση;

Κάθε μήνα ή και συχνότερα	Κάθε δύο μήνες	Τρεις-τέσσερις φορές το χρόνο	Σπανιότερα	Άλλο (π.χ. Κοινωνικό Ιατρείο)*
---------------------------	----------------	-------------------------------	------------	--------------------------------

(5) Ποιες ειδικότητες γιατρών επισκεφθήκατε τον τελευταίο χρόνο;

Αλλεργιολόγο	Παθολόγο / Γενικής Ιατρικής
Γαστρεντερολόγο	Παιδίατρο
Γυναικολόγο	Παιδοψυχίατρο
Δερματολόγο	Πνευμονολόγο
Ενδοκρινολόγο	Ρευματολόγο
Καρδιολόγο	Στοματολόγο
Μικροβιολόγο	Φυσίατρο
Νευρολόγο	Χειρουργό
Νευροχειρουργό	Ψυχίατρο
Οδοντίατρο	Ω.Ρ.Λ.
Ορθοπαιδικό	Άλλη ειδικότητα
Ουρολόγο
Οφθαλμίατρο

(6) Τον τελευταίο χρόνο επισκεφθήκατε γιατρό/τρούς στο ιδιωτικό του/τους ιατρείο;

Ιδιώτες γιατρούς του ΕΟΠΥΥ, χωρίς πληρωμή	Ιδιώτες γιατρούς ΕΟΠΥΥ, με πληρωμή	Μη συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό με πληρωμή	Ιδιώτη γιατρό χωρίς πληρωμή (που δέχεται ανασφάλιστους)	Άλλη απάντηση	Δεν απαντώ
-------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------	------------

(7) Τα χρήματα που πληρώνετε «από την τσέπη σας» για φάρμακα (δηλαδή η συμμετοχή που πληρώνετε, καθώς και το 1 ευρώ ανά συνταγή που έχει προστεθεί) αποτελούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση;

Ναι	Όχι	Δεν απαντώ
-----	-----	------------

(8) Για μικροβιολογικές εξετάσεις επισκέπτεστε συνήθως:

Τα μικροβιολογικά εργαστήρια στα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ	Ιδιωτικό μικροβιολογικό εργαστήριο (με πληρωμή συμμετοχής σε εξετάσεις)	Ιδιωτικό μικροβιολογικό / εργαστήριο με κάλυψη του συνολικού κόστους από τον εξυπηρετούμενο	Δημόσιο νοσοκομείο	Άλλη απάντηση	Δεν απαντώ
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	---------------	------------

(9) Κατά τον τελευταίο χρόνο έχετε επισκεφθεί ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο για να κάνετε ένα υπερηχογράφημα, μία ακτινογραφία ή κάποια άλλη διαγνωστική εξέταση;

Ναι	Όχι	Δεν απαντώ
-----	-----	------------

(10) Τα χρήματα που πρέπει να πληρώσετε «από την τσέπη σας» σε ιδιωτικό διαγνωστικά κέντρο αποτελούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση;

Ναι	Όχι	Δεν απαντώ
-----	-----	------------

(11) Το εισιτήριο των 5 ευρώ που χρειάζεται να πληρώσετε για να επισκεφθείτε τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου αποτελεί οικονομική επιβάρυνση που σας δυσκολεύει;

Ναι	Όχι	Δεν πληρώνω (άνεργος, ανασφάλιστος...)	Δεν απαντώ
-----	-----	----------------------------------------	------------

(12) Εάν δεν μπορείτε να εξυπηρετηθείτε από τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ και

το νοσοκομείο, θα αναβάλατε την επίσκεψη σε γιατρό ακόμη και αν είχατε ανάγκη (εσείς ή είχαν ανάγκη ιατρικής φροντίδας άλλα μέλη της οικογένειάς σας), επειδή χρειάζεται να πληρώσετε;

Ναι	Όχι	Δεν ξέρω / δεν απαντώ
-----	-----	-----------------------

(13) Μήπως έχετε αντιμετωπίσει τέτοιο πρόβλημα τον τελευταίο καιρό;

Ναι, συχνά	Ναι, σπάνια	Όχι	Δεν ξέρω / δεν απαντώ
------------	-------------	-----	-----------------------

(14) Μήπως σας συνέβη να διακόψετε να παίρνετε φάρμακα (ή να διακόψετε θεραπεία) γιατί η οικονομική επιβάρυνση ξεπερνά τις οικονομικές δυνατότητές σας;

Ναι	Όχι	Δεν ξέρω / δεν απαντώ
-----	-----	-----------------------

(15) Θα κάνατε (ή έχετε ήδη κάνει) περικοπές σε άλλα έξοδα για να καλύψετε το κόστος της ιατρικής φροντίδας για σας και την οικογένειά σας;

Ναι, έχω κάνει	Ναι, αν χρειαστεί θα κάνω	Όχι (δεν έκανα και δεν προβλέπω ότι θα κάνω)	Δεν ξέρω / δεν απαντώ
----------------	---------------------------	----------------------------------------------	-----------------------

(16) Αν ναι, ποια έξοδα θα περιορίζατε (ή έχετε ήδη περιορίσει);

Έξοδα διατροφής	Έξοδα ένδυσης (ρούχα κ.λπ.)	Έξοδα διασκέδασης (καφενείο/καφετέρια, εστιατόριο...)	Έξοδα για διακοπές	Άλλη κατηγορία	Δεν ξέρω / δεν απαντώ
-----------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------	----------------	-----------------------

Σας ευχαριστώ πολύ που απαντήσατε στα ερωτήματα. Η βοήθειά σας είναι πολύ σημαντική. Θα ήθελα, ωστόσο, κάποιες συμπληρωματικές πληροφορίες για την ηλικία σας, την εκπαίδευση και την εργασία σας.

Στοιχεία εξυπηρετούμενου:

Φύλο:

Άνδρας	Γυναίκα
--------	---------

Ηλικία:

Έως 12 ετών	13-25 ετών	26-40 ετών	41-50 ετών	51-60 ετών	61-70 ετών	71-80 ετών	81 ετών και άνω	Δεν απαντώ
-------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-----------------	------------

Εκπαίδευση:

Δημοτικό (είτε το ολοκλήρωσε είτε όχι, ή δεν πήγε καθόλου στο σχολείο)	Γυμνάσιο (ή δεν ολοκλήρωσε τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με βάση παλιότερο σύστημα)	Λύκειο (ή ολοκλήρωσε τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με βάση παλιότερο σύστημα)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Μεταπτυχιακές σπουδές	Δεν απαντώ
------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------	-----------------------	------------

Εργασία:

Δεν εργάζεται (μη ενεργός/η)	Ιδιωτικός υπάλληλος	Δημόσιος υπάλληλος	Ελεύθερος επαγγελματίας / επιχειρηματίας	Αγρότης	Άνεργος	Μαθητής/φοιτητής	Συνταξιούχος	Άλλη κατηγορία	Δεν απαντώ
------------------------------	---------------------	--------------------	------------------------------------------	---------	---------	------------------	--------------	----------------	------------

Σας ευχαριστώ πολύ και πάλι.

Πίνακας Π-1: Ημερομηνία συνέντευξης

	Συχνότητα	%
01.07.2014	28	21,7
02.07.2014	5	3,9
03.07.2014	1	0,8
04.07.2014	1	0,8
07.07.2014	27	20,9
09.07.2014	14	10,9
17.07.2014	2	1,6
23.07.2014	3	2,3
27.07.2014	4	3,1
31.07.2014	5	3,9
01.08.2014	4	3,1
05.08.2014	12	9,3
20.08.2014	14	10,9
22.08.2014	9	7,0
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας Π-2: Η συνέντευξη έγινε με:

	Συχνότητα	%
Εξυπηρετούμενο	93	72,1
Συνοδό	36	27,9
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας Π-3: Ασφαλιστική κάλυψη και επίσκεψη για αντιμετώπιση προβλήματος υγείας

	Για την αντιμετώπιση προβλήματος υγείας επισκέπτεσθε:					Σύνολο
	Τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ	Το νοσοκομείο της περιοχής	Ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ	Αγροτικό ΚΥ	Άλλο (π.χ. κοινωνικό ιατρείο)	
Άμεσα ασφαλισμένος	28	23	17	15	3	86
Έμμεσα ασφαλισμένος	13	7	1	0	0	21
Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	0	15	0	0	0	15
Σύνολο	41	45	18	15	3	122

Πίνακας Π-4: Ασφαλιστική κάλυψη και επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο

		Επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο κατά τον τελευταίο χρόνο					Σύνολο
		Ιδιώτες γιατρούς του ΕΟΠΥΥ, χωρίς πληρωμή	Ιδιώτες γιατρούς ΕΟΠΥΥ, με πληρωμή	Μη συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό με πληρωμή	Ιδιώτη γιατρό χωρίς πληρωμή (που δέχεται ανασφάλιστους)	Άλλη απάντηση	
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	12	29	28	1	18	88
	Έμμεσα ασφαλισμένος	3	8	4	0	5	20
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	1	2	0	3	10	16
Σύνολο		16	39	32	4	33	124

Πίνακας Π-5: Ασφαλιστική κάλυψη και πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων

		Πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων				Σύνολο
		Τα μικροβιολογικά εργαστήρια στα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ	Ιδιωτικό μικροβιολογικό εργαστήριο (με πληρωμή συμμετοχής)	Ιδιωτικό μικροβιολογικό με κάλυψη του συνολικού κόστους	Δημόσιο Νοσοκομείο	
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	1	67	0	20	88
	Έμμεσα ασφαλισμένος	1	16	1	2	20
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	0	1	1	14	16
Σύνολο		2	84	2	36	124

Πίνακας Π-6: Ασφαλιστική κάλυψη και πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων

		Η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων ιδιωτικά αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	84	6	90
	Έμμεσα ασφαλισμένος	21	1	22
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	16	0	16
Σύνολο		121	7	128

Πίνακας Π-7: Ασφαλιστική κάλυψη και εισιτήριο των 5 ευρώ

		Το εισιτήριο των 5€ που χρειάζεται να πληρώσετε για να επισκεφθείτε τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου αποτελεί οικονομική επιβάρυνση που σας δυσκολεύει			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν πληρώνω (άνεργος, ανασφάλιστος)	
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	70	13	6	89
	Έμμεσα ασφαλισμένος	19	2	0	21
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	4	0	12	16
Σύνολο		93	15	18	126

Πίνακας Π-8: Ασφαλιστική κάλυψη και αδυναμία επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό για οικονομικούς λόγους

		Αναβολή επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό λόγω οικονομικής αδυναμίας κάλυψης το κόστους		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	56	34	90
	Έμμεσα ασφαλισμένος	12	10	22
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	14	2	16
Σύνολο		82	46	128

Πίνακας Π-9: Ασφαλιστική κάλυψη και αδυναμία επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό

		Αδυναμία επίσκεψης σε ιδιώτη τον τελευταίο καιρό			Σύνολο
		Ναι, συχνά	Ναι, σπάνια	Όχι	
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	18	32	41	91
	Έμμεσα ασφαλισμένος	5	6	11	22
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	10	5	1	16
Σύνολο		33	43	53	129

Πίνακας Π-10: Ασφαλιστική κάλυψη και διακοπή λήψης φαρμακευτικής αγωγής/θεραπείας για οικονομικούς λόγους

		Διακοπή λήψης φαρμακευτικής αγωγής/θεραπείας γιατί η οικονομική επιβάρυνση ξεπερνά τις οικονομικές δυνατότητές σας		
		Ναι	Όχι	Σύνολο
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	28	62	90
	Έμμεσα ασφαλισμένος	5	17	22
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	9	7	16
Σύνολο		42	86	128

Πίνακας Π-11: Ασφαλιστική κάλυψη και περικοπές εξόδων ιατρικής φροντίδας

		Περικοπές εξόδων για την κάλυψη κόστους ιατρικής φροντίδας για τον ίδιο ή την οικογένεια			Σύνολο
		Ναι, έχω κάνει	Ναι, αν χρειαστεί θα κάνω	Όχι, δεν έκανα και δεν προβλέπω ότι θα κάνω	
Ασφαλιστική κάλυψη	Άμεσα ασφαλισμένος	56	28	7	91
	Έμμεσα ασφαλισμένος	14	6	2	22
	Ανασφάλιστος (Πρόνοια)	16	0	0	16
Σύνολο		86	34	9	129

Πίνακας Π-12: Φύλο και επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο

		Επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο κατά τον τελευταίο χρόνο					Σύνολο
		Ιδιώτες γιατρούς του ΕΟΠΥΥ, χωρίς πληρωμή	Ιδιώτες γιατρούς ΕΟΠΥΥ, με πληρωμή	Μη συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό με πληρωμή	Ιδιώτη γιατρό χωρίς πληρωμή (που δέχεται ανασφάλιστους)	Άλλη απάντηση	
Φύλο	Ανδρας	11	17	10	2	20	60
	Γυναίκα	5	22	22	2	13	64
Σύνολο		16	39	32	4	33	124

Πίνακας Π-13: Φύλο και συμμετοχή ανά συνταγή

		Η συμμετοχή ανά συνταγή και το ένα ευρώ αποτελούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Άνδρας	55	5	60
	Γυναίκα	63	5	68
Σύνολο		118	10	128

Πίνακας Π-14: Φύλο και πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων

		Η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων ιδιωτικά αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Άνδρας	59	1	60
	Γυναίκα	62	6	68
Σύνολο		121	7	128

Πίνακας Π-15: Ηλικία και επίσκεψη σε διαγνωστικό κέντρο

		Ηλικία								Σύνολο
		Έως 12 ετών	13-25 ετών	26-40 ετών	41-50 ετών	51-60 ετών	61-70 ετών	71-80 ετών	81 ετών και άνω	
Επίσκεψη σε ιδιωτικό διαγνωστικό για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων τον τελευταίο χρόνο	Ναι	3	1	5	15	22	14	14	7	81
	Όχι	1	5	2	8	11	9	5	7	48
Σύνολο		4	6	7	23	33	23	19	14	129

Πίνακας Π-16: Ηλικία και ειστήριο των 5 ευρώ

	Ηλικία						Σύνολο	
	Έως 12 ετών	13-25 ετών	26-40 ετών	41-50 ετών	51-60 ετών	71-80 ετών		81 ετών και άνω
Το ειστήριο των 5 ευρώ που χρειάζεται να πληρώσετε για να επισκεφθείτε τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου αποτελεί οικονομική επιβάρυνση που σας δυσκολεύει	3	1	5	15	22	14	7	81
Ναι ή Δεν πληρώνω (άνεργος, ανασφάλιστος)								
Όχι	1	5	2	8	11	9	7	48
Σύνολο	4	6	7	23	33	23	14	129



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ
2007-2013
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ
ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ



ISBN: 978-960-9571-77-7