

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

### Τίτλος Εργασίας

«Η επίδραση της οικονομικής κρίσης 2008 – 2017 στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (διαρθρωτικές αλλαγές στις δαπάνες υγείας)»

**Στέφανος Τσιτσάνης**

ΑΜ: 21033

**Επιβλέπουσα:**

**Δρ. Δήμητρα Μπαλάσκα**

**(Ε.ΔΙ.Π.)**

**Αθήνα, Απρίλιος 2023**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT  
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION  
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

---

**Diploma Thesis**

**Title**

**"The impact of the economic crisis 2008 - 2017 on the  
development of the health system in Greece  
(structural changes in health expenditure)"**

**Student name and surname: Stefanos Tsitsanis**

**Registration Number: 21033**

**Supervisor name and surname:**

**Dimitra Balaska**

**Athens, April 2023**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

### Τίτλος εργασίας

«Η επίδραση της οικονομικής κρίσης 2008 – 2017 στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (διαρθρωτικές αλλαγές στις δαπάνες υγείας)»

### Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΔΗΜΗΤΡΑ ΜΠΑΛΑΣΚΑ	Ε.ΔΙ.Π.	
2	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
3	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Στέφανος Τσιτσάνης του Κοσμά, με αριθμό μητρώου 21033 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 1 έτους και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



**\* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**

(Υπογραφή)

**\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

[https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82\\_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81\\_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85\\_final.pdf](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008 από τις ΗΠΑ είχε μεγάλο αντίκτυπο και στην Ελλάδα. Θεωρήθηκε ότι ήταν η χώρα με τη μικρότερη πιθανότητα ελέγχου του αυξανόμενου χρέους της, και ότι η υπογραφή των τριών μνημονίων ήταν ο καλύτερη επιλογή, κατά την περίοδο 2011 – 2018. Αυστηρές και άμεσες μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν σε πολλούς τομείς της δημόσιας διοίκησης, μεταξύ των οποίων και του τομέα της υγείας. Με την παρούσα διπλωματική εργασία διερευνώνται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδος, καθώς επίσης και η σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, μετά την ένταξή τους σε ανάλογα προγράμματα δημοσιονομικής σταθερότητας. Οι αυστηρές διαρθρωτικές αλλαγές που έλαβαν χώρα, επιδείνωσαν κατά πολύ τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, περισσότερο από ότι αναμενόταν. Το επίπεδο υγείας των πολιτών καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης παρέμεινε σε ικανοποιητικό επίπεδο (αρνητικά επηρεάστηκαν μόνο μερικοί υγειονομικοί δείκτες), παρά τη μείωση των δημόσιων δαπανών και την παράλληλη σημαντική αύξηση των ιδιωτικών δαπανών.

Επίσης, αναλύεται κατά πόσο η οικονομική κρίση, μέσω των νέων διοικητικών και χρηματοοικονομικών αλλαγών, προετοίμασε το σύστημα της υγείας, ώστε να αντιμετωπισθεί σε ικανοποιητικό βαθμό η υγειονομική κρίση της πανδημίας Covid -19 που επικράτησε, στο τέλος του 2019. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση κυρίως από επιστημονικά άρθρα και μελέτες Ελλήνων και ξένων επιστημόνων, έδωσε τη δυνατότητα να επεκταθεί η έρευνά μας περαιτέρω και να παρουσιασθεί η αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού των στόχων και των προτεραιοτήτων στον τομέα της υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και ετοιμότητα του συστήματος της υγείας απέναντι σε κάθε μελλοντική πανδημία, ίσως είναι απαραίτητη η επανεξέταση των μεταρρυθμίσεων και ο επανακαθορισμός των προτεραιοτήτων, πλέον χωρίς καμία πίεση και βιασύνη. Επενδύοντας στη τεχνολογία, στο συμμετοχικό μοντέλο «οργανωσιακής κουλτούρας», και αξιοποιώντας όλες τις νέες πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης μπορεί η πρόσβαση σε ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας, να είναι προσιτή και διαθέσιμη σε όλη την κοινωνία, σε οποιαδήποτε κατάσταση.

**Λέξεις - Κλειδιά:** Οικονομική κρίση, Μέτρα λιτότητας, Σύστημα Υγείας, Μεταρρυθμίσεις Υγείας και Συνέπειες, Οργανωσιακή Κουλτούρα.

**ABSTRACT**

The global financial crisis that started in 2008 in the USA, had a big impact on Greece. It was considered to be the country with the least chance of controlling its growing debt, and that signing the three memorandum of understanding was the best option, during the period 2011 - 2018. Strict and immediate reforms were implemented in many areas of public administration, including the health sector. This thesis investigates the impact of the economic crisis on the Greek health care system, as well as the comparison with other European countries, after they joined similar fiscal stability programs. Many structural changes have taken place and have greatly worsened the socio-economic indicators, more than expected. At the same time, the level of citizens' health, throughout the crisis, remained at a satisfactory level (only few health indicators were negatively affected), despite a reduction in public spending and a parallel significant increase in private spending for health.

It is also analyzed whether the economic crisis, through the administrative and financial changes, prepared the health system to cope satisfactorily with the health crisis of the Covid - 19 pandemic that prevailed, at the end of 2019. The literature review, mainly from scientific articles and studies by Greek and foreign scientists, enabled us to further expand our research and present the need to redefine the objectives and priorities in the health sector. In order to achieve greater efficiency and preparedness of the health system against any future pandemic, it may be necessary to rethink the reforms and redefine priorities, now without any pressure and haste. By investing in technology, in the participatory model of "organizational culture", and by taking advantage of all new policies of European Union, access to quality and safe health services can be made accessible and available to all of society, in any situation.

**Key Words:** Financial crisis, Austerity Measures, Health System, Health Reforms and Impacts, Organizational Culture.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω

*Την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Δήμητρα Μπαλάσκα,, για την πολύτιμη υποστήριξή της, ενθάρρυνση και τις εποικοδομητικές συμβουλές της, καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας,*

*καθώς επίσης*

*τους συμφοιτητές μου, που μοιράστηκαν μαζί μου αυτό το ταξίδι της γνώσης, τους συναδέλφους και τους φίλους μου, οι οποίοι στάθηκαν αρωγοί στην προσπάθειά μου.*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### Contents

<b>ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b> .....	iii
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι</b> .....	9
1.1 Η Υγεία ως Δημόσιο & Κοινωνικό Αγαθό .....	9
1.2 Οικονομική Ανάπτυξη και Υγεία – Δείκτες Υγείας.....	15
1.3 Η έννοια της «Οργανωσιακής κουλτούρας» στο Σύστημα Υγείας.....	19
1.4 Η ελληνική οικονομία με μία ματιά κατά την περίοδο 2008 - 2018 .....	29
1.5 Η πορεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας πριν από την οικονομική κρίση - Αδυναμίες και προβλήματα.....	43
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ</b> .....	55
2.1 Μεταρρυθμίσεις στον κλάδο Υγείας μετά την ένταξη της Ελλάδος στα προγράμματα λιτότητας .....	55
2.2 Συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	72
2.3 Σύγκριση του συστήματος υγείας της Ελλάδος με άλλων χωρών της Ευρώπης.....	84
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ</b> .....	102
3. Ήταν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας έτοιμο να αντιμετωπίσει την πανδημία Covid – 19; .....	102
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV</b> .....	115
4.1 Νέες πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. ....	115
4.2 Τεχνολογίες «Πληροφοριών και Επικοινωνιών» στον τομέα της Υγείας .....	121
4.3 Τα πλεονεκτήματα του «συμμετοχικού μοντέλου» οργανωσιακής κουλτούρας.....	128
4.4 Πλουραλιστικός τρόπος Χρηματοδότησης του τομέα Υγείας .....	135
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	145
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	149



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 : Ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ (%).....	34
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2</b> : Ποσοστό Ανεργίας στην Ευρωζώνη 2007 - 2008.....	35
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3</b> : Αριθμός ανέργων & ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα (Q2 2001 – Q2 2021).....	36
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 : % Ετήσια μεταβολή πληθωρισμού .....	37
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5</b> : Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών.....	38
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Πάγιες Επενδύσεις.....	39
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 : Πλεόνασμα / Έλλειμμα γενικής κυβέρνησης ανά τρίμηνο 2007 – 2021.....	40
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Χρέος Γενικής Κυβέρνησης .....	41
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Δημόσιο χρέος προς ΑΕΠ .....	42
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Μη Εξυπηρετούμενα Δάνεια σε χώρες της ΕΕ, Q4 2018 (% επί του συνόλου)...	43
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Συνεισφορά πηγών χρηματοδότησης τα έτη 2009 & 2013 .....	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: Συνεισφορά πηγών χρηματοδότησης το έτος 2017.....	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13: Δαπάνες υγείας (συνολικές και κατά κεφαλήν) στις χώρες του ΟΟΣΑ, το έτος 2007 (US\$ PPP) .....	52
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14: Αριθμός ιατρών/ 1.000 κατοίκους (2007).....	54
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15: Αριθμός νοσηλευτών / 1.000 κατοίκους (2010).....	55
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: Χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (σε € δις) το 2009 – 2019.....	56
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: Χρηματοδότηση στην Ελλάδα, Ν. Ευρώπη και ΕΕ23 (2010 - 2019).....	57
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: Μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία σε (€) Ευρώ .....	58
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19: Αριθμός κρεβατιών εντατικής ΜΕΘ.....	62
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20: Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Αριθμός Ιατρών/ Νοσηλευτών .....	63
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21: Σύνθεση μείωσης Νοσοκομειακής Δαπάνης το 2011 (σε €).....	64
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22: Τιμές Φαρμάκων κατά τις περιόδους 2002 – 2008 και 2009 – 2020 .....	66
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: Διείσδυση φαρμάκων με βάση καθεστώς προστασίας ΕΕ18 το 2020.....	68
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24: Φαρμακεία ανά 100.000 κάτοικους ΕΕ28 (2018).....	69
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25: Αλυσίδα Φαρμάκου .....	69
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26: Μεταβολή του ΑΕΠ σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία και Κύπρο για την περίοδο 2007 - 2018.....	88
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27: Μεταβολή του δείκτη ανεργίας στην Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρο και Γερμανία για την περίοδο 2007 – 2017 .....	89
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28: Εξέλιξη ετήσιων δαπανών υγείας (σε δις €) σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία και Κύπρο για την περίοδο 2007 – 2016 .....	90
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	91
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30: Δημόσια και Ιδιωτική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υλικά (2019).....	92
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31: Κίνδυνος φτώχειας (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα/ ΕΕ28/ Ν. Χώρες ΕΕ.....	93
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32: Προσδόκιμο επιβίωσης (σε έτη) στην ΕΕ27 το 2018.....	95
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33: Φυσική μεταβολή πληθυσμού (χιλ. άτομα) - Ελλάδα.....	96

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34: Ο έλεγχος της εξάπλωσης της νόσου Covid -19 στην Ελλάδα και η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων .....	108
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35: Προσδόκιμο ζωής μετά την πανδημία COVID – 19 .....	112
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36: Υγειονομικές επιπτώσεις της πανδημίας Covid -19.....	113
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37: Κύριες πηγές χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία, 2020 (%).....	142

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1</b> Ποσοστό Ανεργίας (άνεργοι ως μερίδιο του εργατικού δυναμικού) (2000-2008) .....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Πληθωρισμός 2000 – 2008 .....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Χρέος Γενικής Κυβέρνησης (ως % του ΑΕΠ).....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Εξέλιξη δαπανών του κλάδου Υγείας κατά την περίοδο 1990 – 2011.....	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ 2010 - 2017 .....	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης .....	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Δομές Συστημάτων Υγείας.....	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ).....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση .....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Εξέλιξη του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας (2007 – 2016).....	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Μεταβολή του δείκτη θνησιμότητας (2007 – 2017) .....	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Θάνατοι από αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρο και Γερμανία για τα έτη 2007 – 2014 .....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Συγκριτικά στοιχεία χωρών Ν. Ευρώπης.....	99

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ**

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΣ	Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΤΣ	Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΟΒΕ	Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΚΕΝ	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΕΔ	Μη Εξυπηρετούμενα Δάνεια
ΜΗΣΥΦΑ	Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΚΑ	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΒΕ	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας
ΤτΕ	Τράπεζα της Ελλάδος
ECHI	European Core Health Indicators (Βασικοί Ευρωπαϊκοί Δείκτες Υγείας)
EU	European Union
DRG	Diagnosis Related Groups (Διαγνωσμένες κατηγορίες ασθενών)
PSI	Private Sector Involvement
WHO	World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ το 2008, λόγω κρίσης στην αγορά ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων, εξαπλώθηκε γρήγορα και στην Ευρώπη, και επηρέασε σε πρώτη φάση την Ιρλανδία, την Πορτογαλία και την Ελλάδα. Τα υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα της Ελλάδος και το υψηλό χρέος της, η μείωση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας της, δημιούργησαν πανικό στις αγορές χρήματος, και τα spreads εκτινάχθηκαν στα ύψη. Η εμπιστοσύνη των ξένων αγορών χάθηκε και αιωρείτο η πιθανότητα πτώχευσης της χώρας. Έτσι, η Ελληνική κυβέρνηση μετά από διαπραγματεύσεις, υπέγραψε τη δανειοδότηση για την αναδιάρθρωση του χρέους της, μέσω ενός Προγράμματος Οικονομικής Αναπροσαρμογής με τους Ευρωπαϊκούς θεσμούς και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

Η Ελληνική οικονομία για πολλά χρόνια είχε τα παρακάτω χαρακτηριστικά: εκτεταμένο κρατισμό με πολλές δημόσιες παροχές, έλλειψη διαρθρωτικών μέτρων, συνεχή αύξηση δανεισμού (κράτους και ιδιωτών), παραοικονομία, γραφειοκρατία, υπερκατανάλωση, διόγκωση των ελλειμμάτων, αύξηση του Δημοσίου χρέους κ.α. Επιπλέον, επικρατούσε μείωση της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας, μείωση της παραγωγικότητας, ελλειμματικό ισοζύγιο πληρωμών και ένα μη βιώσιμο ασφαλιστικό σύστημα για τις επόμενες γενεές.

Οι δανειστές μέσω των μνημονίων απαιτούσαν έλεγχο δαπανών και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στο Δημόσιο τομέα, με μείωση του κόστους, μείωση των υπαλλήλων, αποτελεσματικότερη οργάνωση διαφόρων δημόσιων φορέων, αποκρατικοποιήσεις, αλλαγές στον τομέα της Δικαιοσύνης, έλεγχος φοροδιαφυγής, ηλεκτρονικά μέσα πληρωμών κ.α. Η εφαρμογή αυστηρών μέτρων λιτότητας δημιούργησε αρνητικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες, όπως ανεργία η οποία ανήλθε στα υψηλότερα επίπεδα μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, φτώχεια, διαφυγή νέων στο εξωτερικό κ.α. Οι διαρθρωτικές αλλαγές που επιβλήθηκαν από τους δανειστές, επεκτάθηκαν ακόμη και στο σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Παρουσίαζε

πολλές παθογένειες και αδυναμίες, οι οποίες συνεχώς αυξάνονταν και επιβάρυναν τον ετήσιο κρατικό προϋπολογισμό της Ελλάδος, αλλά παράλληλα δεν κατάφεραν να ικανοποιήσουν το κοινωνικό σύνολο. Συσσωρευμένα διαρθρωτικά προβλήματα του παρελθόντος, όπως υψηλά συγκεντρωτικό σύστημα, χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό και διοικητική ικανότητα, υψηλές τιμολογήσεις και αποζημιώσεις προς τους προμηθευτές του συστήματος υγείας κ.α. δημιούργησαν ελλείμματα για τα Ασφαλιστικά Ταμεία υγείας και τα Δημόσια Νοσοκομεία.

Ο ερευνητικός στόχος θα αφορά στην προσπάθεια διεξαγωγής συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα των μέτρων λιτότητας και των εφαρμοσμένων διαρθρωτικών αλλαγών, με παράλληλη έρευνα κατά πόσο ήταν ενισχυμένο ή αποδυναμωμένο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, όταν ξεκίνησε η πανδημία Covid – 19 στις αρχές του 2020.

Με την παρούσα διπλωματική εργασία επιδιώκεται η μελέτη των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και ποιες ήταν οι διαρθρωτικές αλλαγές που αφορούσαν στην υγεία και στο σύστημα της υγείας.

Στα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία θα κληθεί να απαντήσει η παρούσα εργασία περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

1. Οι επιβαλλόμενες αλλαγές δυσκόλεψαν την πρόσβαση των Ελλήνων πολιτών στο Σύστημα της Υγείας; Αμβλύθηκαν περαιτέρω οι ανισότητες των πολιτών ως προς την προσβασιμότητα στην υγεία ή όχι;
2. Κατά πόσο τα μέτρα λιτότητας θωράκισαν ή αποδυνάμωσαν το σύστημα υγείας στην Ελλάδα; Συνέβη το ίδιο και σε άλλες χώρες που ήταν υπό την επιτήρηση των Ευρωπαϊκών θεσμών και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ);
3. Μπόρεσαν αυτές οι αλλαγές στο σύστημα υγείας να το προετοιμάσουν, ώστε να αντιμετωπισθεί μια πανδημία, όπως αυτή του Covid – 19, με αποτελεσματικό τρόπο;
4. Ευνοήθηκε ο θεσμός της «οργανωσιακής κουλτούρας» από τις διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας ή όχι; Χρειάζονται νέες πολιτικές στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα μετά την οικονομική και υγειονομική κρίση;

Η προστιθέμενη επιστημονική αξία της διπλωματικής εργασίας θα προέλθει από τις προτάσεις που θα προκύψουν μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων και ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει μία ανασκόπηση της έννοιας της «Υγείας ως Δημόσιο και Κοινωνικό Προϊόν», του ρόλου της Οικονομικής Ανάπτυξης και της παρακολούθησής του μέσω οικονομικών και υγειονομικών δεικτών, καταγράφοντας την εξέλιξη αυτών, πριν από την οικονομική κρίση έως το τέλος του 2018. Θα παρουσιασθεί η έννοια της «Οργανωσιακής Κουλτούρας» στον χώρο της Υγείας και ειδικότερα στη διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων και πως αποτελεί ένα συγκριτικό πλεονέκτημα απαραίτητο για την αποτελεσματική λειτουργία αυτών. Θα ακολουθήσει η περιγραφή της οικονομικής κατάστασης της Ελλάδος και διάρθρωση του συστήματος της υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα παρουσιασθούν οι μεταρρυθμίσεις που επέβαλλαν οι δανειστές μέσω των τριών μνημονίων και αφορούσαν στο σύστημα υγείας και θα αναλυθούν οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Στη συνέχεια, θα γίνει σύγκριση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην εξέλιξη των υγειονομικών δεικτών (προσδόκιμου ζωής, νοσηρότητας, θνησιμότητας, αυτοκτονιών κ.α.) στα συστήματα υγείας άλλων χωρών, που επίσης εντάχθηκαν σε ένα Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής.

Στο τρίτο κεφάλαιο, θα μελετηθούν οι διακυμάνσεις των υγειονομικών δεικτών κατά την περίοδο της πανδημίας Covid -19. Θα μελετηθούν τα δεδομένα του συστήματος υγείας εκείνη την περίοδο και θα διερευνηθεί κατά πόσο οι διαρθρωτικές αλλαγές μέσω των προγραμμάτων λιτότητας, ενίσχυσαν ή αποδυνάμωσαν το σύστημα υγείας, ώστε να αντιμετωπισθεί η πανδημία με όσον το δυνατόν μικρότερο κόστος σε απώλειες ζώων, σε επάρκεια ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, επάρκεια κλινών και ιατροφαρμακευτικών υλικών κ.α.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα μελετηθούν και θα αναπτυχθούν οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), οι οποίες «συμπληρώνουν τις εθνικές πολιτικές υγείας υποστηρίζοντας τις τοπικές κυβερνήσεις της ΕΕ για την επίτευξη κοινών στόχων, τη συγκέντρωση πόρων και την

υπέρβαση κοινών προκλήσεων», μέσω διαμόρφωσης και εφαρμογής πανευρωπαϊκών νόμων και προτύπων για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας και μέσω χρηματοδότησης για έργα υγείας σε ολόκληρη την ΕΕ. Επίσης, θα παρουσιασθούν μεταρρυθμιστικές καινοτομικές πρακτικές στους τομείς: οργανωτικής και διοικητικής δομής (συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης), χρηματοδότησης (πλουραλιστικό μοντέλο), επιστήμης της Πληροφορικής και Επικοινωνίας.

Στο τέλος, θα παρουσιασθούν τα συμπεράσματα της διπλωματικής εργασίας. Σκοπός είναι να παρουσιασθεί εάν ευνοήθηκε ο θεσμός από τις διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας ή όχι και κυρίως εάν χρειάζεται μια νέα πολιτική στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα μετά την μακρά περίοδο της οικονομικής κρίσης και υγειονομικής κρίσης.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### 1.1 Η Υγεία ως Δημόσιο & Κοινωνικό Αγαθό

Σε κάθε πολιτισμένη κοινωνία, η πολιτεία παρέχει στους πολίτες της τα βασικά κοινωνικά αγαθά, όπως την τροφή, στέγη και υγεία. Είναι πολύ σημαντικό, το κράτος να παρέχει το δημόσιο αγαθό της υγείας και να το συμπεριλαμβάνει μέσα στο Σύνταγμα και τους επιμέρους νόμους του, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η πρόσβαση όλων των πολιτών στο δημόσιο αυτό αγαθό. Το κράτος πρέπει να προστατεύει και να μεριμνά για την προσβασιμότητα στο σύστημα υγείας και να εξασφαλίζει τη χρήση των υπηρεσιών της σε όλους τους πολίτες. Η μεγάλη αξία του κοινωνικού αγαθού υγείας φάνηκε στην περίοδο της οικονομικής κρίσης 2009 – 2017 αλλά και στην πρόσφατη υγειονομική κρίση με την πανδημία Covid – 19, που πρωτοεμφανίστηκε στα τέλη του 2019 και διαρκεί έως και σήμερα.

Το κοινωνικό αγαθό της υγείας δεν μπορεί να είναι εμπορεύσιμο, δεν μπορεί η αποδοτικότητα του να διασφαλίζεται από τον ανταγωνισμό, οι καταναλωτές δεν μπορούν να έχουν επαρκή πληροφόρηση και οι παραγωγοί δεν μπορούν να έχουν ως στόχο την επίτευξη κέρδους. Η αγορά του κλάδου υγείας δεν μπορεί να λειτουργεί με τους όρους ελεύθερης αγοράς, βάσει της προσφοράς και ζήτησης, με σκοπό τη μεγαλύτερη κερδοφορία. Αποτελεί «ανελαστικό προϊόν», καθώς οι καταναλωτές δεν μειώνουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας ακόμη και εάν ανέβουν οι τιμές, δεν θα σκεφθούν το κόστος ακόμη και εάν βρεθούν σε δυσμενέστερη οικονομική θέση ή ακόμη και εάν το αποτέλεσμα δεν είναι προβλέψιμο. Βέβαια, εξ' αιτίας της οικονομικής κρίσης, παρατηρήθηκε κυρίως σε ασθενείς στην Ν. Ευρώπη ότι μείωσαν ή ανέβαλλαν τις υπηρεσίες της υγείας, λόγω οικονομικής δυσχέρειας.

Παραθέτουμε παρακάτω τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που κάνουν την αγορά του αγαθού υγείας, να διαφέρει από τις αγορές των υπολοίπων προϊόντων:

- Η αβεβαιότητα: δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει τη στιγμή που θα χρειασθεί τις υπηρεσίες υγείας, ούτε το κατά πόσο θα ικανοποιηθεί από το αποτέλεσμα π.χ. μπορεί να προκληθεί βλάβη σε κάποιον, λόγω ενός ατυχήματος ή κάποιου άλλου τυχαίου

- γεγονότος. Τα αποτελέσματα μιας θεραπείας δεν μπορούν να προβλεφθούν, πολλές φορές ούτε από τους ίδιους τους γιατρούς. Η αβεβαιότητα θα μπορούσε να καλυφθεί μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης, αλλά τα ιδιωτικά συμβόλαια έχουν πολλούς όρους και προϋποθέσεις κάλυψης, γι' αυτό η υποχρεωτική συμμετοχή όλων μέσω κρατικών ασφαλιστικών εισφορών, θεωρείται ως η καλύτερη λύση.
- Η ασύμμετρη και ατελής πληροφόρηση: μεταξύ ασθενών και ιατρών. Ο ασθενής δεν μπορεί να γνωρίζει ακριβώς όλες τις λεπτομέρειες του προβλήματος υγείας του, ούτε τις καλύτερες εναλλακτικές θεραπείες του κ.λ.π.
  - Η προκλητή ζήτηση: η δύναμη του καταναλωτή μειώνεται λόγω της ύπαρξης της αβεβαιότητας και της ατελούς πληροφόρησης και δημιουργείται η προκλητή ζήτηση, όπου ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει για μεγαλύτερη και υψηλότερου κόστους θεραπεία.
  - Μονοπώλιο: πολλές φορές οι ασθενείς διατηρούν για μεγάλο χρονικό διάστημα τον ίδιο γιατρό και κατά συνέπεια αυτή η απροθυμία των ασθενών να αλλάξουν γιατρό, οδηγεί σε έλλειψη ανταγωνισμού μεταξύ των γιατρών. Μπορεί δηλαδή οι γιατροί να συμπεριφερθούν ως «μονοπωλητές», και να ανεβάσουν τις τιμές χωρίς να φοβούνται ότι μπορεί να χάσουν την πελατεία τους.
  - Η ύπαρξη εξωτερικών θετικών οικονομιών: η παραγωγή ή η κατανάλωση κάποιων κατηγοριών υπηρεσιών υγείας από μια ομάδα ατόμων δύναται να επηρεάσει την παραγωγή ή την κατανάλωση άλλων ομάδων, διότι δημιουργείται ένα όφελος ή κόστος το οποίο το αποκομίζουν όλοι, π.χ. τα οφέλη από τους εμβολιασμούς για την πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών τα εισπράττει όλη η κοινωνία.

Λόγω των ανωτέρω χαρακτηριστικών της υγείας, επιβάλλεται η παρέμβαση του κράτους ώστε να βελτιστοποιηθεί η κοινωνική ευημερία και να μειωθούν οι τυχόν ανισότητες μεταξύ των πολιτών, ώστε να είναι τελικά αδύνατη η έννοια του ανταγωνισμού και της ελεύθερης αγοράς στον κλάδο της υγείας (Μαλλιαρού και συν, 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία ορίζεται «ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ΠΟΥ ιδρύθηκε το 1948, ανήκει στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), ασχολείται ειδικά με τη δημόσια υγεία και σύμφωνα με το καταστατικό του επιδιώκει όσον το δυνατόν υψηλότερο επίπεδο υγείας για όλους τους λαούς του κόσμου. Μία από τις συνταγματικές λειτουργίες του είναι η παροχή αξιόπιστων πληροφοριών και συμβουλών για την ανθρώπινη υγεία. Οργανώνει διάφορα προγράμματα και επιδιώκει τη χάραξη πολιτικών ωφέλιμων για τη δημόσια υγεία των χωρών, ώστε να αντιμετωπίσουν τις πιο δύσκολες καταστάσεις για τη δημόσια υγεία, με όσο το δυνατόν λιγότερες απώλειες.

Η δημόσια υγεία ορίζεται από τον ΠΟΥ ως «μια οργανωμένη δραστηριότητα της κοινωνίας για την προώθηση, την προστασία, τη βελτίωση και όποτε είναι απαραίτητο, την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων, συγκεκριμένων ομάδων ή του συνόλου του πληθυσμού. Είναι ένας συνδυασμός επιστημών, δεξιοτήτων και αξιών που λειτουργούν μέσω συλλογικών κοινωνικών δραστηριοτήτων και περιλαμβάνουν προγράμματα, υπηρεσίες και ιδρύματα που στοχεύουν στην προστασία και τη βελτίωση της υγείας όλων των ανθρώπων». Επίσης, αναφέρεται στο καταστατικό του ΠΟΥ, ότι η «η απόλαυση του υψηλότερου εφικτού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικής πεποίθησης, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης» (World Health Organization – 13<sup>th</sup> General Program of work 2019 – 2023).

Οι χώρες της Ευρώπης διαχειρίζονται την υγεία ως κοινωνικό αγαθό, που η παροχή του απευθύνεται σε όλους τους πολίτες. Σύμφωνα με τον «Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ)», η υγεία προστατεύεται και κατοχυρώνεται από το άρθρο 35 (βασίζεται στο άρθρο 152 της συνθήκης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, αλλά και στο άρθρο 11 του ευρωπαϊκού κοινωνικού χάρτη), όπου αναφέρεται ότι «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης διασφαλίζεται υψηλού επιπέδου

*προστασία της υγείας του ανθρώπου*». Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων κυρώθηκε με τη Συνθήκη της Λισαβόνας και αποτελεί πρωτογενές δίκαιο της ΕΕ και κατά συνέπεια σημαντική πηγή του δικαίου της υγείας. Οι χώρες της ΕΕ θέτουν ως προτεραιότητά τους τη χάραξη πολιτικών για τις υπηρεσίες της υγείας, ώστε να πετύχουν βελτιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας και να προκύψει η δίκαιη κατανομή των κρατικών και ευρωπαϊκών πόρων στις υπηρεσίες της υγείας.

Η υγεία στο Ελληνικό Σύνταγμα κατοχυρώνεται ως κοινωνικό δικαίωμα βάσει:

- 1) Ιθαγένειας, όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).
- 2) Επαγγελματικής κατάστασης και ασφαλιστικών εισφορών για υπηρεσίες παρεχόμενες ή /και χρηματοδοτούμενες από ασφαλιστικά ταμεία, συμπεριλαμβανομένων αστικών πολυιατρείων, ενδονοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και από συμβασιούχους ιδιωτικούς παρόχους.
- 3) Οικονομικής κατάστασης, δίνοντας δωρεάν πρόσβαση σε κέντρα υγείας και νοσοκομεία ΕΣΥ, για τους οικονομικά ασθενέστερους και τις ευάλωτες ομάδες ανθρώπων (π.χ. οι ανήλικοι, γυναίκες σε εγκυμοσύνη, ανάπηροι, τοξικά εξαρτημένοι, άστεγοι κλπ.), μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα μας και όσοι βρίσκονται στη χώρα μας χωρίς τα ανάλογα νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής, αλλά έχουν άμεση ανάγκη από υγειονομική περίθαλψη (European Observatory, Health Review 2010).

Το άρθρο 13 του ελληνικού Συντάγματος 1975, καθιερώνει το δικαίωμα στην προστασία και τη φροντίδα της υγείας. Σύμφωνα με αυτό ορίζεται *«ότι η προστασία της υγείας αποτελεί καθήκον του κράτους»* και ότι *«το κράτος λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών, την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας και τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των πολιτών»*. Το κοινωνικό δικαίωμα της υγείας στην Ελλάδα ρυθμίσθηκε σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος 1975, το οποίο ορίζει ότι *"κάθε άνθρωπος*

*έχει δικαίωμα στη ζωή και στη σωματική και ψυχική ακεραιότητα" και ότι "το κράτος προστατεύει τη ζωή κάθε ανθρώπου, ιδίως εκείνων που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας".*

Στη συνέχεια αποτέλεσε ευθύνη του κράτους λίγα χρόνια αργότερα, με το άρθρο 1 του νόμου 1397/83, λόγω της δημιουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Συνολικά, το ελληνικό Σύνταγμα καθιερώνει την υγεία ως θεμελιώδες δικαίωμα και περιγράφει την υποχρέωση του κράτους να προστατεύει την υγεία των πολιτών του. Η ελληνική κυβέρνηση δημιούργησε ένα εθνικό σύστημα υγείας και εφάρμοσε μια σειρά μέτρων δημόσιας υγείας για να εκπληρώσει αυτό το καθήκον και να προστατεύσει την υγεία του πληθυσμού της. Παρέχει καθολική κάλυψη σε όλους τους κατοίκους της Ελλάδας, συμπεριλαμβανομένων τόσο των Ελλήνων πολιτών όσο και των αλλοδαπών υπηκόων που διαμένουν στη χώρα.

Σύμφωνα με την Χασάπη Δ. (2021), στην πραγματικότητα κατά τη συνταγματική θεωρία και νομολογία, *«το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία αποτελεί έκφραση της γενικότερης έννοιας του κοινωνικού κράτους, την αρχή του οποίου υιοθετεί και η χώρα μας. Σύμφωνα με αυτή, η υποχρέωση του κράτους εντάσσεται σε ένα πλαίσιο υποχρέωσης σε κρατική μέριμνα για την υγεία και έτσι ακριβώς το συμπεριλαμβάνει και στη διατύπωση του το άρθρο 21 Παρ. 3 του Συντάγματος»*. Οι πολίτες κατέχουν το δικαίωμα στην υγεία, αλλά δεν μπορούν να απαιτήσουν συγκεκριμένες υπηρεσίες. Το αντικείμενο του δικαιώματος δεν είναι η υποχρέωση του κράτους να διαθέτει μέσα και αγαθά για την κάλυψη αναγκών των πολιτών για τη υγεία, αλλά το γεγονός ότι το κράτος πρέπει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών του, μέσω δημόσιων μέτρων και υπηρεσιών πρόληψης, μέσω των υπηρεσιών του ΕΣΥ, καθώς και μέσω κοινωνικών μέτρων δημόσιας υγείας. Έτσι, το κράτος εγγυάται στην πραγματικότητα ότι τα θεσμικά του όργανα θα εξασφαλίζουν την άσκηση του δικαιώματος στην υγεία στους πολίτες. *«Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία πρέπει να σχετίζεται άμεσα με την κοινωνική ευχέρεια για περίθαλψη υψηλής στάθμης, και οικονομικές διευκολύνσεις, που τελικά θα προωθούν τη συνολική ευημερία του ατόμου και την ποιότητα στην ζωή του, που πολλές φορές προσβάλλεται*

*από την υποτυπώδη και εξαντλητική διαδικασία που βιώνει, όταν βρεθεί στην ανάγκη του εθνικού συστήματος υγείας» (Χασάπη, Δ. 2021).*

Στο άρθρο 33 του ν. 4368/2016 και στην «Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) για τους ανασφάλιστους», ορίζεται η ελεύθερη πρόσβαση όλων στο ΕΣΥ, δηλαδή «το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες». Έτσι, οι παροχές της υγείας κατανέμονται πραγματικά βάσει των αναγκών υγείας, και όχι βάσει εισοδήματος ή αγοραστικής δύναμης των πολιτών ή βάσει θρησκευόμενου, φυλής κ.λ.π. Με αυτή τη νέα ρύθμιση όλοι οι ασφαλισμένοι, ανασφάλιστοι και πρώην κάτοχοι Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδύναμου ή Ανασφάλιστου, έχουν το ίδιο δικαίωμα πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας. Έτσι, κανένας δεν επιτρέπεται να αποκλεισθεί «υπηρετώντας την αρχή της ισότητας». Η ρύθμιση αφορούσε εκείνη την εποχή περίπου 2,5 εκ. ανασφάλιστους πολίτες και μέλη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Ειδικότερα, η ρύθμιση αφορά στην ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε δομές πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, πανεπιστημιακά νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας και δομές απεξάρτησης. Επιτρέπει την εξέταση από ιατρούς, του δημόσιου τομέα και παρέχει τη δυνατότητα διαγνωστικών εξετάσεων και χειρουργικών πράξεων Προσφέρει επίσης δωρεάν όλες τις υπηρεσίες πρόληψης, διαφόρων ειδικών θεραπειών όπως φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες κ.α., καθώς επίσης παρέχει ιατρικά βοηθήματα, αναλώσιμα υλικά, καθώς και φαρμακευτικά σκευάσματα από ιδιωτικά και δημόσια φαρμακεία σε όλη τη χώρα. Επίσης, κάποιιοι δικαιούνται μηδενικής συμμετοχής, κατά την αγορά φαρμάκων ή κατά τη διεξαγωγή διαγνωστικών εξετάσεων, ανάλογα με τα εισοδηματικά ή περιουσιακά κριτήρια κ.α. ([www.moh.gov.gr/](http://www.moh.gov.gr/) Υπουργείο Υγείας).

Σύμφωνα με το άρθρο του (Μαραγκάκη και συν, 2019), αυτή η σημαντική μεταρρύθμιση της ελεύθερης πρόσβασης όλων στο ΕΣΥ (που έγινε εν μέσω οικονομικής κρίσης το 2016), έπρεπε να είχε συνοδευθεί με αύξηση της χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας, πράγμα

το οποίο δεν έγινε, και είχε ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

### *1.2 Οικονομική Ανάπτυξη και Υγεία – Δείκτες Υγείας*

Για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας θεωρείται πολύ σημαντικός ο τομέας της υγείας. Η οικονομική ανάπτυξη αποβλέπει στην αύξηση της παραγωγής και της παραγωγικότητας πέρα από τις ποσοτικές συνέπειες της μεγεθυντικής διαδικασίας, στη βελτιστοποίηση κατανομής των αγαθών, στη μείωση των ανισοτήτων και στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου γενικότερα. Η οικονομική ανάπτυξη είναι η διαδικασία που έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, που οδηγεί στη βελτίωση του βιοτικού και πολιτισμικού επιπέδου των ανθρώπων. Η μέτρηση δε της οικονομικής ανάπτυξης γίνεται αφενός με οικονομικούς δείκτες: μέτρησης του ΑΕΠ, των συστατικών αυτού όπως της κατανάλωσης, των επενδύσεων, εξαγωγών και εισαγωγών μιας χώρας καθώς επίσης και των μεταβολών τους και αφετέρου με κοινωνικούς δείκτες: μέτρησης της εξέλιξης της υγείας, διατροφής, εκπαίδευσης, διανομής του εισοδήματος και άλλες πλευρές πολιτιστικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Για να υπάρξει η οικονομική ανάπτυξη πρέπει οι προαναφερόμενοι δείκτες να βελτιώνονται.

Η υγεία και η οργάνωση του συστήματος υγείας αποτελούν ένα από τα βασικότερα θέματα που απασχολούν τις σημερινές κοινωνίες. Βάσει διαφόρων κοινωνικών ερευνών, όπως αυτή που έγινε από το Eurobarometer (2010), στα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης, προέκυψε ότι οι Ευρωπαίοι πολίτες ανησυχούσαν για την υγεία τους, στον ίδιο βαθμό που ανησυχούσαν για τα οικονομικά θέματα, την ανεργία κ.λ.π. Επιπλέον, δήλωσαν ότι θα ήθελαν μεγαλύτερη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (Δαπάνες Υγείας, Έρευνα IOBE 2011:59).

Σύμφωνα με το πρόγραμμα ανάπτυξης του ΟΗΕ, δημιουργήθηκαν πολλοί εξειδικευμένοι δείκτες, με συνδυασμό οικονομικών και κοινωνικών δεικτών και αποτελούν π.χ. τους δείκτες: της ανθρώπινης ανάπτυξης (HDI – Human Development Index), της ανθρώπινης ευτυχίας και

ευημερίας, όπου περιλαμβάνεται η ειρήνη και ασφάλεια, ελευθερία και δημοκρατία, ποιότητα ζωής, ο δείκτης καλύτερης ζωής κ.α. που επίσης περιλαμβάνει το προσδόκιμο ζωής με καλή υγεία. Συνηθέστερα, η υγεία υπολογίζεται με τον δείκτη προσδόκιμου ζωής και προσδόκιμο ζωής με καλή υγεία, αυτοκτονίες κ.α. Φυσικά επειδή η κατάσταση της υγείας των πολιτών μιας χώρας εξαρτάται και από το περιβάλλον στο οποίο ζουν και παράγουν, όπως επίσης και από την κάλυψη των αναγκών του σε πόσιμο νερό και τροφής, χρησιμοποιούνται και υπολογίζονται και οι δείκτες περιβάλλοντος και οικολογίας: κατανάλωση Co2/ κάτοικο, αποθέματα νερού σε m<sup>3</sup>, και βάσει αυτών διαφοροποιούνται οι αναπτυγμένες και οι λιγότερο αναπτυγμένες χώρες.

Ανάμεσα στις αναπτυγμένες και στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, υπάρχουν διαφορετικές πολιτικές υγείας και διαφορετικές προτεραιότητες κάλυψης των αναγκών υγείας. Η ανάγκη για τη δημιουργία και παρακολούθηση δεικτών υγείας, και η ενσωμάτωσή των μέσα στους υπόλοιπους κοινωνικούς δείκτες, καταδεικνύει τη μεγάλη σημασία τους. Η μελέτη των δεικτών υγείας στην κοινωνική πολιτική και στο σχεδιασμό συστημάτων υγείας βοηθά στην ιεράρχηση διαφορετικών στόχων των πολιτικών υγείας. Ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης μιας χώρας (αναπτυγμένες και λιγότερο αναπτυγμένες, με χαμηλό ή υψηλό εισόδημα) υπάρχουν διαφορετικά είδη των αναγκών υγείας. Η μεγάλη διαφορά συνήθως είναι οι δυνατότητες εφαρμογών πολιτικής που εξαρτώνται από το οικονομικό επίπεδο της κάθε χώρας. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες με χαμηλό εισόδημα, ακόμη και εάν αποφάσιζαν να δαπανήσουν το 50% του παραγόμενου εισοδήματος στον κλάδο υγείας, βάσει της θεωρίας του εναλλακτικού κόστους, θα έπρεπε να μειώσουν κατά πολύ την κατανομή των πόρων για τις υπόλοιπες ανάγκες επιβίωσης και αυτό ίσως να είχε δυσμενέστερες συνέπειες για την υγεία του πληθυσμού τους (Σούλης Σ., 2015:239-241).

Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες προτεραιότητα αποτελεί η δημιουργία βασικών υποδομών και τεχνολογίας υγείας (δημιουργία παιδιατρικών μονάδων για την παροχή εμβολιασμών, τοκετών με εξειδικευμένο προσωπικό, αύξηση ιατρών και δαπανών υγείας). Στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες με υψηλό εισόδημα, η πολιτική της υγείας εστιάζεται στην



υπερπροσφορά ιατρών και ιατρικής υψηλής τεχνολογίας, στη συγκράτηση δαπανών υγείας και κατανάλωσης φαρμάκων, στη δημιουργία ογκολογικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών, στην προκλητή ζήτηση κ.α. Θα εξετάσουμε παρακάτω στο κεφάλαιο 2, την πορεία και την εξέλιξη κάποιων δεικτών υγείας διαχρονικά πριν και κατά την οικονομική κρίση αλλά και συγκριτικά μεταξύ κάποιων χωρών της ΕΕ, που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση, έναντι των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών χωρών.

Οι Ευρωπαϊκοί Βασικοί Δείκτες Υγείας (ECHI – European Core Health Indicators), έχουν προκύψει μέσα από μακρόχρονη συνεργασία μεταξύ των χωρών της ΕΕ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Τρία διαφορετικά προγράμματα ECHI (1998-2001, 2001-2004, 2005-2008) χρηματοδοτήθηκαν και προέκυψαν οι πρώτοι κατάλογοι με τους δείκτες ECHI, ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση συστημάτων πληροφοριών/ γνώσεων για την υγεία, η χάραξη πολιτικής και η παρακολούθηση της υγείας σε επίπεδο ΕΕ. Υπάρχουν διάφοροι δείκτες που παρακολουθούνται μέσα στον χρόνο και συμβάλλουν στην ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Οι δείκτες ECHI έχουν σχεδιαστεί, ώστε να είναι συγκρίσιμοι μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, επιτρέποντας τη συγκριτική αξιολόγηση και την παρακολούθηση της προόδου με την πάροδο του χρόνου. Επικαιροποιούνται και αναθεωρούνται τακτικά με βάση την ανατροφοδότηση από τα ενδιαφερόμενα μέρη και τις εξελίξεις στον τομέα της παρακολούθησης και αξιολόγησης της υγείας. Οι δείκτες ECHI χρησιμοποιούνται από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους ερευνητές και τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας για την ενημέρωση της λήψης αποφάσεων, την ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων και την παρακολούθηση της προόδου προς την επίτευξη των στόχων και σκοπών που σχετίζονται με την υγεία σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Η πιο πρόσφατη έκδοση του ECHI, το ECHI 3, δημοσιεύθηκε το 2017 και περιλαμβάνει 88 δείκτες ([www.health.ec.europa.eu](http://www.health.ec.europa.eu)).

Ο ΠΟΥ στην Ευρώπη, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης στην Ευρώπη (ΟΟΣΑ) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρησιμοποιούν τους δείκτες ECHI, ώστε να συλλέγονται τα στοιχεία μία φορά και να προέρχονται από αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης.

Οι κατηγορίες των ECHI έχουν ως κάτωθι:

- Δημογραφική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση - δείχνουν τη γενική κατάσταση της χώρας: Πληθυσμός, διανομή ανά φύλο και ηλικία, ποσοστό γεννήσεων, συνολική ανεργία, πρόσβαση στην εκπαίδευση κ.α.
- Κατάσταση υγείας - δείχνουν την πραγματική κατάσταση υγείας των πολιτών κάθε χώρας: Βρεφική θνησιμότητα, HIV/AIDS, καρδιαγγειακές και ψυχιατρικές παθήσεις, τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα, προσδόκιμο ζωής, μέσος όρος ζωής, χρόνια απώλειας σε ασθένεια κ.α.
- Παράγοντες που καθορίζουν την υγεία: κάπνισμα, υγιεινή διατροφή μέσω κατανάλωσης φρούτων κ.α.
- Παρεμβάσεις/ υπηρεσίες υγείας: Εμβολιασμοί στην παιδική ηλικία, προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις, αριθμός απλών κλινών σε νοσοκομεία και κλινών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αριθμοί & εκπαίδευση υγειονομικού προσωπικού, μέσος όρος παραμονής σε νοσοκομείο, φάρμακα, εγχειρήσεις, δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, λίστες αναμονής κ.α.
- Πολιτικές για την υγιεινή διατροφή (European Commission – Public Health 2023).

Το ECHI περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δεικτών που καλύπτουν διάφορες πτυχές της υγείας, όπως η κατάσταση της υγείας, οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, τα συστήματα και οι υπηρεσίες υγείας και η δημόσια υγεία. Οι δείκτες ταξινομούνται σε 12 τομείς, μεταξύ των οποίων:

- 1) Κατάσταση υγείας: περιλαμβάνει δείκτες όπως το προσδόκιμο ζωής, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα- Δημογραφικοί και κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας.
- 2) Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας: περιλαμβάνει δείκτες όπως η νοσηρότητα του καπνίσματος, η κατανάλωση αλκοόλ και η σωματική δραστηριότητα – κατάσταση υγείας.
- 3) Πόροι υγειονομικής περίθαλψης: περιλαμβάνει δείκτες όπως νοσοκομειακά κρεβάτια, γιατρούς και νοσηλευτές.

- 4) Δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης: περιλαμβάνει δείκτες όπως εξιτήρια από νοσοκομεία, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και χειρουργικές επεμβάσεις - Παροχή υγειονομικής περίθαλψης.
- 5) Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης: περιλαμβάνει δείκτες όπως οι συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης - Πόροι υγειονομικής περίθαλψης
- 6) Ανισότητες στην υγεία: περιλαμβάνει δείκτες όπως οι διαφορές στην κατάσταση της υγείας και στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού.
- 7) Περιβαλλοντική υγεία: περιλαμβάνει δείκτες όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, η ποιότητα του νερού και η έκθεση σε επικίνδυνες ουσίες.
- 8) Προαγωγή της υγείας: περιλαμβάνει δείκτες όπως η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και οι δραστηριότητες επικοινωνίας για την υγεία.
- 9) Πρόληψη ασθενειών: περιλαμβάνει δείκτες όπως η εμβολιαστική κάλυψη και τα προγράμματα προ συμπτωματικού ελέγχου.
- 10) Εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας: περιλαμβάνει δείκτες όπως ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας και τα προσόντα τους - Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία.
- 11) Πληροφόρηση για την υγεία: περιλαμβάνει δείκτες που σχετίζονται με τη συλλογή, ανάλυση και διάδοση δεδομένων για την υγεία.
- 12) Ασφάλεια των ασθενών: περιλαμβάνει δείκτες όπως τα ανεπιθύμητα συμβάντα και η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών (Γαβριήλ Ε. και συν).

### *1.3 Η έννοια της «Οργανωσιακής κουλτούρας» στο Σύστημα Υγείας*

Η έννοια και η εφαρμογή της «οργανωσιακής κουλτούρας» (organizational culture) στο Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα, έχει απασχολήσει διεθνώς πολλούς μελετητές σε ολόκληρο τον κόσμο, εδώ και πολλά χρόνια. Μέσω της οργανωσιακής κουλτούρας εξετάζονται και γίνονται προσπάθειες για την κατανόηση των συμπεριφορών, των αντιλήψεων και των πράξεων των μελών ενός οργανισμού, διαμορφώνεται και ελέγχεται η συμπεριφορά μέσα στους

οργανισμούς. Η ύπαρξη της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό αποτελεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και πηγές του είναι οι έννοιες, όπως: η δομή, η στρατηγική ηγεσία και στόχοι, η διοίκηση του προσωπικού. Έτσι οι μελετητές οδηγήθηκαν σε μια πιο βαθιά και ολοκληρωμένη ανάλυση της έννοιας της «οργανωσιακής κουλτούρας».

Σύμφωνα με τον *Schein E. (2004:12-15)*, πρέπει να αναλυθεί ο όρος «κουλτούρα», διότι προσθέτει κάποια κρίσιμα στοιχεία, όπως:

- Δομική σταθερότητα: όχι μόνο να μοιράζεσαι μεταξύ των μελών ενός οργανισμού ή υπό – ομάδων αλλά και να αποτελεί ένα σταθερό σημείο αναφοράς. Έτσι, με την επίτευξη ταυτότητας των μελών, δεν θα γίνει η διακοπή της κουλτούρας ή η αλλαγή της εύκολα.
- Βάθος: η κουλτούρα δεν είναι εύκολα ορατή και αποτελεί το ασυνείδητο μέρος μιας ομάδας. Μέσω της βαθιάς διείσδυσή της στα μέλη του οργανισμού επιτυγχάνεται η σταθερότητά της.
- Εύρος: η κουλτούρα καλύπτει και επηρεάζει τα πάντα, όπως τις διαδικασίες, τους στόχους, το εξωτερικό περιβάλλον.
- Διαμόρφωση ή ολοκλήρωση: οδηγεί στη μεγαλύτερη διαμόρφωση ενός ενιαίου συνόλου (κλίμα εργασίας, αξίες κ.α.) (Γούλα Α. 2014:34-35).

Έχουν δοθεί πάρα πολλοί ορισμοί του όρου «οργανωσιακής κουλτούρας». Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO): *"Η οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται στις κοινές αξίες, τις πεποιθήσεις, τα έθιμα, τις πρακτικές και την κοινωνική συμπεριφορά που χαρακτηρίζουν έναν οργανισμό. Καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι συμπεριφέρονται στον εργασιακό χώρο, τον τρόπο λήψης αποφάσεων και τον τρόπο επίλυσης των προβλημάτων"*. (WHO 2021- Promotion Health Glossary of Terms).

Ενώ, σύμφωνα με την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο: *"Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι οι αξίες, οι πεποιθήσεις, οι συμπεριφορές και οι πρακτικές που χαρακτηρίζουν έναν οργανισμό. Διαμορφώνει τις στάσεις και τις ενέργειες των εργαζομένων του*

και επηρεάζει τις σχέσεις του με τους ασθενείς, τα ενδιαφερόμενα μέρη και την ευρύτερη κοινότητα".

Παραθέτουμε και τον ορισμό του *Schein E.* (2004:17): «η κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί από μια ομάδα καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά». (Γούλα Α. 2014:35).

Αξίζει να αναφερθούμε στο πως διαμορφώνεται και πως διαχειρίζεται κανείς την οργανωσιακή κουλτούρα.

Διαμόρφωση της κουλτούρας: Ο ιδρυτής ηγέτης του οργανισμού πρώτα απ' όλα θέτει τις προσωπικές του αξίες, την αποστολή, τον/ τους στόχο/ους και στρατηγικές για την επίτευξη του στόχου καθώς επίσης και τις διαδικασίες. Εάν τα παραπάνω οδηγήσουν τον οργανισμό σε επιτυχία και οι αξίες δεν αλλάξουν και είναι αποδεκτές, τότε η κουλτούρα μεταφέρεται στα μέλη του οργανισμού και σε κάθε νέο μέλος που εισέρχεται. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι δράσεις επηρεάζονται από την κουλτούρα. Εάν όμως το περιβάλλον μεταβάλλεται, τότε ο ρόλος του ηγέτη είναι και πάλι καθοριστικός, καθώς θα πρέπει να μπορεί να λειτουργήσει εκτός της κουλτούρας, να προσαρμοσθεί στα νέα δεδομένα και να καταφέρει να την μεταφέρει πάλι μέσα στον οργανισμό (*Schein E., 2004:2, Cameron K. & Quinn R., 2006:5*). Ο *Schein E., (2004:11)* υποστηρίζει ότι η ηγεσία μαζί με τους μηχανισμούς που χρησιμοποιεί, ευθύνεται για την ανάπτυξη και διάδοση των αξιών ενός οργανισμού και ειδικότερα, θεωρεί πως η «*ηγεσία δημιουργεί και αλλάζει την κουλτούρα ενώ η διοίκηση και η διαχείριση δρουν στο πλαίσιο μιας διαμορφωμένης κουλτούρας*».

Βέβαια, η οργανωσιακή κουλτούρα δεν δημιουργείται αυτόματα από τον ηγέτη, αλλά κυρίως από τη συμμόρφωση των μελών στην ηγεσία. Η κουλτούρα διαμορφώνεται με το πέρασμα των χρόνων (*Mullins, J.L. 2000:11*). Και επίσης, ο *Jones G., (2010:225)* αναφέρει 4

παράγοντες, βάσει των οποίων αναπτύσσεται η κουλτούρα: «*Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μελών του οργανισμού, η οργανωσιακή ηθική που χαρακτηρίζει τον οργανισμό, η πολιτική ανταμοιβών που εφαρμόζεται στα μέλη του οργανισμού και η οργανωσιακή δομή*».

Διαχείριση της κουλτούρας: αναφορικά με τη διοίκηση και τη διαχείριση της κουλτούρας, υπάρχουν δύο ομάδες μελετητών: α) αυτοί που πιστεύουν ότι είναι εφικτή η διαχείριση της κουλτούρας και δίνουν οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει αυτή η διαχείριση (*Scott T., et al, 2003:19*) και β) αυτοί που πιστεύουν ότι δεν μπορεί να γίνει διαχείριση της κουλτούρας (*Cameron K., 2004:2*). (Γούλα Α., 2014:49-51, 256).

Σε τι ωφελεί όμως η ύπαρξη της κουλτούρας; Πολλοί μελετητές, όπως αναφέρονται από (Γούλα Α. 2014, σελ. 55-65), απέδειξαν ότι εάν ένας οργανισμός έχει ισχυρή κουλτούρα και σταθερές αξίες, τότε υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ανάπτυξης του οργανισμού και του υψηλού επιπέδου λειτουργίας του, όπως επίσης η θετική συμπεριφορά των εργαζόμενων θα οδηγήσει σε αύξηση της παραγωγικότητας. Επίσης, η οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με την οικονομική απόδοση, τέτοιοι οργανισμοί εκπαιδεύουν το προσωπικό τους, αναγνωρίζουν την απόδοσή τους, επιδιώκουν την ικανοποίηση των πελατών τους, επικρατεί η ειλικρίνεια, δέχονται πιο εύκολα τις αλλαγές και εργάζονται με στοιχεία συμμετοχικής διοίκησης.

Συνολικά, η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί βασική πτυχή κάθε οργανισμού, καθώς και των δημόσιων νοσοκομείων. Μόνο έτσι μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι συμπεριφέρονται και αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς. Η κατανόηση και η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και την επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Έτσι, ο Μπουραντάς Δ., (2002:551), περιγράφει την οργανωσιακή κουλτούρα ως «*μια κρίσιμη μεταβλητή αναφορικά με την ανταγωνιστικότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και την μακροπρόθεσμη επιτυχία ενός οργανισμού*», και αυτό επειδή μέσω της οργανωσιακής κουλτούρας επιτυγχάνεται η επικοινωνία και η συνοχή των μελών του οργανισμού και επίσης τα μέλη του βρίσκουν τους κοινούς στόχους και αντιμετωπίζουν εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον, όσο πολύπλοκο και εάν είναι.

Σε διάφορες χώρες, όπου έγιναν μεγάλες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας, καθοριστικό ρόλο έπαιξε η διαμόρφωση της οργανωσιακής κουλτούρας π.χ. στη Μεγάλη Βρετανία επενδύθηκαν πολλά χρήματα σε προγράμματα αλλαγής της κουλτούρας του τομέα υγείας, ώστε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων (Mannion R., et al, 2007). Το ίδιο έγινε στην Ιρλανδία και στις ΗΠΑ.

Εφ' όσον το κράτος έχει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών στους πολίτες του, δημιουργήθηκαν τα δημόσια νοσοκομεία, όπου εκεί παράγεται το «κοινωνικό αγαθό της υγείας». Το προϊόν που παράγεται στα νοσοκομεία ή στις κλινικές είναι ανομοιογενές όχι μόνον όσον αφορά στη νοσηλεία, διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες αλλά και ανομοιογένεια στην κάθε ημέρα νοσηλείας διαφορετικές προσφερόμενες υπηρεσίες (Λιαρόπουλος Α. 2010).

Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, για να βελτιωθεί και να διατηρηθεί η ιατρική φροντίδα, οι αλλαγές στην κλινική κουλτούρα που πρέπει να γίνουν, είναι πολύ βασικές για την ενδυνάμωση όλου του προσωπικού και για τη δημιουργία μιας κοινής κουλτούρας, έστω σε υπο – ομάδες μελών του προσωπικού. Η έννοια της κουλτούρας στα νοσοκομεία παρουσιάζει μια ιδιαιτερότητα έναντι άλλων οργανισμών, καθώς υπάρχουν διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες, οι οποίες εκφράζουν διαφορετικές απόψεις και τάσεις. Η δομή των νοσοκομείων έχει πολλά επίπεδα, γιατί το προσωπικό τους αποτελείται από: ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό και τεχνολόγους. Όλοι οι εργαζόμενοι ανήκουν σε οριζόντια υποσύνολα (στα τμήματα και στις μονάδες του νοσοκομείου), όπου ο βαθμός εξειδίκευσής των έχει μεγάλες διαφορές, και σε πυραμιδικά ή διοικητικά υποσύνολα (στις διάφορες υπηρεσίες ιατρικό, νοσηλευτικό κ.λ.π.), με σημαντικές αποκλίσεις ως προς το δικαίωμα λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών. Επίσης, παρουσιάζονται διαφορετικές υποκουλτούρες στην ίδια κατηγορία π.χ. ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά σε διαφορετικά ιατρικά τμήματα των νοσοκομείων, ανάλογα με τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους.

Στα δημόσια νοσοκομεία, υπάρχουν δύο μορφές εξουσίας, φαινόμενο που δεν υπάρχει σε άλλες επιχειρήσεις: η διοικητική (ασκείται από τη διοίκηση και θεωρείται η «νόμιμη εξουσία θεσμικά») και η ιατρική εξουσία (ασκείται από το ιατρικό σώμα και θεωρείται η «χαρισματική»). Επικρατούν σημαντικές αντιθέσεις και συγκρούσεις, με διαφορετικές υποκουλτούρες, οι οποίες δυσκολεύουν τη συνύπαρξή τους και επηρεάζουν τη λειτουργία και την παραγωγικότητα των νοσοκομείων. Σύμφωνα με τον Gilmore T., (2002), «Οι διοικητικοί ρόλοι απαιτούν τη σκέψη του οργανισμού ως ένα σύνολο, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την ιατρική επιστήμη, όπου η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και δίδεται μεγάλη σημασία στην επαγγελματική αυτονομία». Η ιατρική εξουσία εμφανίζεται σε όλα τα επίπεδα δομής ενός νοσοκομείου, επηρεάζει όλες τις υπόλοιπες υπο – κουλτούρες (νοσηλευτικού και τεχνολογικού προσωπικού). Σε έρευνες σε νοσοκομεία των ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι δεν μπορούσαν να εφαρμοσθούν επιτυχώς προγράμματα βελτίωσης της δομής και της ποιότητας των υπηρεσιών, καθώς οι ιατροί με τον φόβο μην χάσουν την αυτονομία τους, δεν υιοθετούσαν τις νέες προτεινόμενες πρακτικές. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τον Russel C. et al (1999: 633-34) διοικητική εξουσία ασκείται από «ανοιχτές ομάδες ανθρώπων» που δεν μπορεί να περιορισθεί, αλλά ενόψει του κοινού συμφέροντος, μπορεί να ενταχθούν σε μία ή σε άλλη ομάδα (Γούλα Α., 2014).

Όταν ιδρύθηκε το ΕΣΥ το 1983 στην Ελλάδα, το όραμα ήταν η αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ. Αλλά ήδη από τη δεκαετία του 1990, φάνηκαν τα σημάδια της απορρύθμισής του, και όπως αναφέρεται από τη Γούλα Α., (2014: 185 -6), ο κύριος παράγοντας ήταν η έλλειψη της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα π.χ. την μη εφαρμογή αποφάσεων για την ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος ή ιατρικού φακέλου, την μη ανάληψη διοικητικών θέσεων από άτομα με ειδικευση στη διοίκηση επιχειρήσεων ή οικονομολόγων managers κ.λ.π.

Στα νοσοκομεία κυριαρχεί το γραφειοκρατικό μοντέλο κουλτούρας, όπως και στην υπόλοιπη δημόσια διοίκηση. Συγκεκριμένα, «δεν υπάρχουν εξειδικευμένοι οικονομολόγοι του τομέα υγείας, δεν παρέχονται κίνητρα παραγωγικότητας στους υπαλλήλους του, με αποτέλεσμα να



έχουν την νοοτροπία δημόσιου υπαλλήλου, και επίσης να έχουν την ευθυνοφοβία, να μην υπάρχουν μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας, με λίστες αναμονής, πολυπλοκότητα και χαμηλό επίπεδο ξενοδοχειακών υπηρεσιών, με ελλείψεις ελέγχων κατανάλωσης νοσοκομειακών προϊόντων και με απουσία συντονισμού των επιμέρους υπηρεσιών (Γούλα Α. 2014:225). Συνήθως, τα διάφορα συμφέροντα ή η γραφειοκρατία δεν επιτρέπει στην κεντρική διοίκηση να γνωρίζει εις βάθος την κατάσταση των νοσοκομείων.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και η εφαρμογή των αυστηρών μέτρων λιτότητας στο σύστημα υγείας, είχαν ως αποτέλεσμα, την αρνητική επίδραση στην οργάνωση των νοσοκομείων. Το σύστημα δομής και διοίκησης των νοσοκομείων έγινε περισσότερο γραφειοκρατικό και συγκεντρωτικό, με έλεγχο κάτω από το Υπουργείο Υγείας. Βέβαια, νέες περιφερειακές υγειονομικές αρχές και διοικητικά συμβούλια νοσοκομείων περιλαμβάνονταν στη νέα διοικητική τους δομή. Οι ελλείψεις σε προσωπικό, προμήθειες υλικών και εξοπλισμού ήταν εμφανείς, μετά από τις περικοπές που επιβλήθηκαν στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης 2008 – 2018. Το μειωμένο προσωπικό εργαζόνταν περισσότερες ώρες ή περισσότερες βάρδιες. Σε μερικά νοσοκομεία για να μειωθούν οι επικαλύψεις υπηρεσιών και για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα, έγιναν ενοποιήσεις ολόκληρων νοσοκομείων ή και μόνο τμημάτων τους (Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης θα παρουσιασθούν αναλυτικά στην ενότητα 2.1).

Σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα στα συστήματα υγείας, οι μελέτες εξετάζουν τη σχέση των διαφόρων παραμέτρων που επηρεάζουν την ποιότητα, όπως η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και την ασφάλεια του ασθενή

Παραθέτουμε παρακάτω μερικές μελέτες που αφορούσαν στη διαμόρφωση και διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας στα ελληνικά νοσοκομεία:

1. Η μελέτη του Kastanioti C. (2012), ήταν κριτική ανασκόπηση της αρθρογραφίας σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα και την αξιολόγηση του κατά πόσον υπάρχει

- μια ενιαία κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα στα δημόσια νοσοκομεία. Όλες οι μελέτες κατέληξαν στην ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης μεταξύ μιας ισχυρής οργανωσιακής κουλτούρας και της ικανοποίησης των εργαζομένων και των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία.
2. Στην έρευνα που διεξήγαγε η Bellou V., (2016), εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της μακροπρόθεσμης ικανοποίησης των πελατών στην υγειονομική περίθαλψη (εφαρμόστηκε σε έναν ιδιώτη πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα). Διαπιστώθηκε, ότι μια οργανωσιακή κουλτούρα με επίκεντρο τον πελάτη, δύναται να αυξήσει την ικανοποίηση των εργαζομένων, να βελτιώσει τις σχέσεις με τους πελάτες και να οδηγήσει σε καλύτερες συνολικές επιδόσεις. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι για την επίτευξη μακροχρόνιας ικανοποίησης των πελατών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η ύπαρξη ορισμένων χαρακτηριστικών της οργανωσιακής κουλτούρας, όπως η ηγεσία, επικοινωνία και ενδυνάμωση των εργαζομένων, είναι πολύ σημαντικά. Προτείνεται ότι οι εάν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης επενδύσουν στην οργανωσιακή κουλτούρα και προωθήσουν μια πελατοκεντρική νοοτροπία σε ολόκληρο τον οργανισμό, είναι εφικτή η βελτίωση της ικανοποίησης των πελατών. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαίο να παρασχεθούν στους εργαζόμενους η απαραίτητη κατάρτιση και οι πόροι, ώστε να είναι δυνατή η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών προς τους πελάτες, καθώς και η προώθηση μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης και καινοτομίας.
  3. Η μελέτη των Tsouni et al, (2017), εξετάζει τη σχέση της οργανωσιακής κουλτούρας με την ικανοποίηση των ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία (αφορούσε 275 ασθενείς από τέσσερα διαφορετικά ελληνικά νοσοκομεία). Διαπιστώθηκε ότι υπήρχε θετική σχέση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της ικανοποίησης των ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα νοσοκομεία με ισχυρότερη οργανωσιακή κουλτούρα, η οποία χαρακτηρίζεται από αξίες όπως ο σεβασμός, η συνεργασία και η επικοινωνία, έχουν υψηλότερες βαθμολογίες

- ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης, από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι ορισμένες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας, όπως η δέσμευση των εργαζομένων, η ομαδική εργασία και η ηγεσία, ήταν ιδιαίτερα σημαντικές για την πρόβλεψη της ικανοποίησης των ασθενών. Ενώ ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο, δεν επηρέασαν σημαντικά τις αξιολογήσεις ικανοποίησης των ασθενών. Κατέληξαν λοιπόν στο ότι τα νοσοκομεία μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών, εάν εστιάσουν στη διαμόρφωση και διατήρηση μιας ισχυρής οργανωσιακής κουλτούρας που εκτιμά τον σεβασμό, τη συνεργασία και την επικοινωνία, προωθώντας την ομαδική εργασία των εργαζομένων και την αποτελεσματική ηγεσία.
4. Οι Lazakidou L. and Mavridoglou G. (2018) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας, εργασιακής ικανοποίησης και αντιλαμβανόμενης ποιότητας φροντίδας σε ελληνικά νοσοκομεία. Η έρευνα περιελάμβανε 329 επαγγελματίες υγείας και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ορισμένες διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας (π.χ. υποστήριξη της καινοτομίας, συμμετοχή των εργαζομένων και ομαδική εργασία) σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση από την εργασία και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα της φροντίδας, ενώ άλλες διαστάσεις (π.χ. τυποποίηση και συγκεντρωτισμός) σχετίζονται αρνητικά.
  5. Οι Alexias, et al. (2020), εξέτασαν την επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας στην εργασιακή ικανοποίηση και την πρόθεση αποχώρησης των νοσηλευτών από την τρέχουσα εργασία τους σε ελληνικά νοσοκομεία (283 νοσοκόμες σε 6 διαφορετικά νοσοκομεία της Ελλάδος). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θετική οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση και χαμηλότερη πρόθεση αποχώρησης μεταξύ των νοσηλευτών. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το στυλ ηγεσίας των διευθυντών των νοσηλευτών είχε σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της

- οργανωσιακής κουλτούρας και κατά συνέπεια επηρέασε την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους και την πρόθεσή τους να μην αποχωρήσουν.
6. Στο ίδιο συμπέρασμα σχετικά με τις νοσοκόμες είχε καταλήξει και η μελέτη των Μαλλιάρου και συν, (2017), στο ότι η θετική οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών.
  7. Οι Καρακατσάνη και συν (2018) μελέτησαν τις αντιλήψεις των ιατρών και νοσηλευτών για την οργανωσιακή κουλτούρα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Κατέληξαν λοιπόν, ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, και επιπλέον ότι οι νοσηλευτές είχαν πιο αρνητική άποψη συγκριτικά με τους γιατρούς.
  8. Σύμφωνα με τη μελέτη των Kastania et al (2019), εξετάστηκε η σχέση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και ασφάλειας ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία (η έρευνα διεξήχθη μεταξύ 246 επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού, από τέσσερα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα). Διαπιστώθηκε ότι η θετική οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα στην ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων λιγότερων ανεπιθύμητων συμβάντων και χαμηλότερων ποσοστών βλάβης των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα των ελληνικών νοσοκομείων θεωρήθηκε κυρίως γραφειοκρατική, με μικρή έμφαση στην καινοτομία, την ενδυνάμωση των εργαζομένων ή την επικοινωνία. Επίσης, συμπέραναν ότι ορισμένες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας, όπως η επικοινωνία, η καινοτομία και η υποστήριξη της ανάπτυξης των εργαζομένων, συσχετίστηκαν θετικά με την ασφάλεια των ασθενών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι ερευνητές πρότειναν την υιοθέτηση οργανωσιακής κουλτούρας με επίκεντρο τους ασθενείς, ώστε να βελτιωθεί η ασφάλειά τους.

9. Η μελέτη των Οικονόμου και Τσιρώνα (2019), εξετάζει τη σχέση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της εργασιακής ικανοποίησης και συζητά τις θετικές επιδράσεις στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς.

Ένα γενικό συμπέρασμα από τις ανωτέρω μελέτες, είναι ο σημαντικός ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας σε σχέση με την ικανοποίηση του προσωπικού των νοσοκομείων αλλά και με την ασφάλεια, εμπιστοσύνη και ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών τους.

#### *1.4 Η ελληνική οικονομία με μία ματιά κατά την περίοδο 2008 - 2018*

Κατά την περίοδο 1990 έως και το 2007, η Ελλάδα παρουσίαζε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης, δηλαδή αυξανόμενο παραγόμενο προϊόν, κυρίως μέσω της αύξησης της ιδιωτικής κατανάλωσης και των επενδύσεων. Οι επενδύσεις και οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις έφεραν άνοδο στην εσωτερική ζήτηση, στην παραγωγική ικανότητα και αυξητικούς ρυθμούς του ΑΕΠ (4,1%) κατά τη διάρκεια της περιόδου 1997 - 2006. Λόγω της ανάληψης των Ολυμπιακών Αγώνων από την Ελλάδα το 2004, τα διαρθρωτικά ταμεία της ΕΕ αύξησαν τη χρηματοδότησή τους προς την Ελλάδα και πραγματοποιήθηκαν σημαντικές επενδύσεις, οι οποίες βελτίωσαν κατά πολύ τις δημόσιες υποδομές, ενόψει των Ολυμπιακών αγώνων.

Παράλληλα όμως, η Ελληνική οικονομία χαρακτηριζόταν από πολλές δημόσιες παροχές, απουσία διαρθρωτικών μέτρων, συνεχή αύξηση όχι μόνο του κρατικού δανεισμού αλλά και των ιδιωτών της, αύξηση των δαπανών χωρίς ικανοποιητική προστασία στις ευάλωτες ομάδες, η εισφοροδιαφυγή και η φοροδιαφυγή έγιναν κοινωνικά αποδεκτά και ανεκτά και από την κρατική μηχανή, σπατάλη στις δημόσιες επιχειρήσεις και τους οργανισμούς, διαφθορά, γραφειοκρατία που κρατούσε τη διεθνή ανταγωνιστικότητα της χώρας σε χαμηλά επίπεδα, πολλές αγροτικές επιδοτήσεις οι οποίες δεν χρησιμοποιήθηκαν για τη βελτίωση καλλιεργειών,

υπερκατανάλωση και μεγάλα ελλείμματα της χώρας. Επιπλέον, η ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας και η παραγωγικότητα είχαν μειωθεί, το ισοζύγιο πληρωμών παρουσίαζε ελλείμματα και το ασφαλιστικό σύστημα δεν ήταν βιώσιμο, δημιουργώντας πολλά αδιέξοδα για τις επόμενες γενεές (Λιαργκόβας Π. 2020).

Οι φορολογικοί συντελεστές είχαν φθάσει στα χαμηλότερα επίπεδα για τα μεσαία εισοδήματα και τις επιχειρήσεις. Από την άλλη πλευρά οι μισθοί, οι συντάξεις και οι κοινωνικές παροχές αυξήθηκαν, όπως π.χ. το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ), το επίδομα ανεργίας κ.α. Συστήθηκε το Εθνικό Ταμείο Κοινωνικής Συνοχής για την αντιμετώπιση του ζητήματος της φτώχειας. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν αποκρατικοποιήσεις στις τράπεζες, στον τομέα τηλεπικοινωνιών (ΟΤΕ) και στον τομέα μεταφορών (πρώην ΟΛΥΜΠΙΑΚΗ).

Η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση που εμφανίσθηκε το 2007 και ξεκίνησε από τις ΗΠΑ, οφειλόταν στη χρήση ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου και τη μεγάλη χρήση «δομημένων επενδυτικών προϊόντων», που εξαρτιόνταν από την πιθανότητα αποπληρωμής ή όχι των στεγαστικών δανείων. Η αύξηση των επιτοκίων π.χ. από 1% το 2004 σε ποσοστό μεγαλύτερο του 5% το 2006, οδήγησε τους δανειολήπτες στη μη δυνατότητα αποπληρωμής των δόσεων των δανείων τους και παράλληλα στη μείωση των τιμών των ακινήτων, λόγω μειούμενης ζήτησης. Η μείωση των τιμών των ακινήτων με την παράλληλη αύξηση των επιτοκίων, δυσκόλεψε τους δανειολήπτες στεγαστικών δανείων, με αποτέλεσμα την μη αποπληρωμή των δανείων, ξεκινώντας πρώτα από την Αμερική και ακολούθως επεκτάθηκε στην Ευρώπη (σε μεγάλο βαθμό στην Ισπανία και Ιρλανδία). Έτσι αυξήθηκαν τα μη εξυπηρετούμενα στεγαστικά δάνεια και παράλληλα παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση των κατασχέσεων κατοικιών.

Η στεγαστική κρίση επηρέασε αρνητικά τις τράπεζες και οδηγηθήκαμε στην τραπεζική κρίση, με πιο μεγάλο γεγονός αυτό της κατάρρευσης της Lehman Brothers (μεγάλη επενδυτική τράπεζα, που λειτούργησε 148 χρόνια και άντεξε μέσα από πολέμους και κραχ του χρηματιστηρίου). Η τραπεζική κρίση κατόπιν, μετατράπηκε σε κρίση χρέους για διάφορες

χώρες. Έτσι διεθνώς, οι οικονομίες πέρασαν από τη χρηματοπιστωτική κρίση στην τραπεζική κρίση και κατόπιν στην οικονομική κρίση και στην ύφεση. Η Ιρλανδία ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα με κρίση χρέους, και το χρέος της τότε ισοδυναμούσε με μόλις 25% του ΑΕΠ. Η κρίση κατόπιν επηρέασε ιδιαίτερα τις οικονομίες της Πορτογαλίας, Ελλάδος, Κύπρου και σε μικρότερο βαθμό της Ιταλίας, Ισπανίας και Βελγίου. Βέβαια, όλες οι οικονομίες των ευρωπαϊκών χωρών επηρεάστηκαν, άλλες περισσότερο και άλλες λιγότερο.

Ο αντίκτυπος της διεθνούς οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ήταν μεγαλύτερος από οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Ενώ, η Ελλάδα μέχρι το 2008 θεωρούνταν σχεδόν το ίδιο αξιόπιστη όσο και οι υπόλοιπες χώρες της Ευρωζώνης, στο Β' εξάμηνο του 2009, αξιολογήθηκε ως η χώρα με τη μικρότερη πιθανότητα ελέγχου του αυξανόμενου χρέους της. Μέχρι τον Νοέμβριο του 2009, τα spreads<sup>1</sup> δανεισμού της χώρας ήταν σε σχετικά χαμηλά επίπεδα. Στη συνέχεια άρχισαν να ανεβαίνουν, ώσπου έγιναν απαγορευτικά (2007: 25.7, 2008: 66.1, 2009:166, 2010: 788, 2011:1.361). Αναθεωρήθηκαν οι προβλέψεις για το έλλειμμα της Ελλάδος στο 12,5% για το 2009 έναντι 6% (μόλις τρεις εβδομάδες πριν) και λίγο αργότερα στο 15,4% του ΑΕΠ. Επίσης, η εκτίμηση για το δημόσιο χρέος ανήλθε στο 113,4% έναντι 107,2% του ΑΕΠ και μετέπειτα στο 126,8% του ΑΕΠ.

Οι πιέσεις προς την Ελλάδα για λήψη μέτρων προσαρμογής αυξήθηκαν, οι αγορές αποσταθεροποιήθηκαν. Από τα τέλη του 2009, οι ξένοι οίκοι αξιολόγησης υποβάθμισαν την πιστοληπτική ικανότητα<sup>2</sup> της Ελλάδος και αυτό οδήγησε σε τεράστια αύξηση των επιτοκίων

---

<sup>1</sup> *Spreads*: είναι η διαφορά απόδοσης δύο ομολόγων (ελληνικών και γερμανικών), και εκφράζονται συνήθως σε μονάδα βάσης (100 μονάδες =1%). Συνήθως χρησιμοποιούνται τα *spreads* 10 ετών ομολόγων, για να διαπιστωθεί πόσο υψηλότερη απόδοση ζητούν οι επενδυτές σε σχέση με το γερμανικό. Η άνοδος του *spread* σημαίνει μεγαλύτερος κίνδυνος» (Σούλης, Σ. 2015:125).

<sup>2</sup> Πιστοληπτική ικανότητα: «εξαρτάται από την αποπληρωμή των δανειακών της υποχρεώσεων και το μέγεθος του κινδύνου εξασφάλισης των δανειακών κεφαλαίων, κυρίως από το ύψος του δημόσιου χρέους και τη δυναμική της οικονομίας. Οι αγορές διαμορφώνουν τα *spreads* ανάλογα με την πιστοληπτική ικανότητα της χώρας» (Σούλης Σ. 2015):119).

των Ελληνικών ομολόγων, καθώς υπήρχε μεγάλη πιθανότητα για πτώχευση στο άμεσο μέλλον. Έτσι, ο δανεισμός της χώρας μας από την ΕΕ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) ήταν η μοναδική λύση, καθώς η ελληνική οικονομία χαρακτηριζόταν από μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, τεράστιο δημόσιο χρέος και επιδείνωση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας. Η ελληνική οικονομία βρέθηκε σε ύφεση από το 2009, καθώς το ΑΕΠ συρρικνώθηκε κατά 2%, κυρίως λόγω της απότομης πτώσης των επενδύσεων (οι επενδυτές εγκατέλειπαν την Ελλάδα, καθώς θεωρούσαν ότι ο νομισματικός κίνδυνος και η πιθανότητα πτώχευσης της χώρας ήταν αυξανόμενοι) αλλά και λόγω της πτώσης στην ιδιωτική κατανάλωση και τις εξαγωγές.

Στις αρχές του 2010, ελληνική κυβέρνηση ανακοίνωσε μέτρα, ώστε να μειωθεί το δημοσιονομικό έλλειμμα κατά 4% το 2010 και να φθάσει σε επίπεδα κάτω από το 3% έως το 2012, και έτσι να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη των ξένων αγορών ως προς την Ελλάδα. Ενεργοποιήθηκε ο μηχανισμός στήριξης από την ΕΕ και το ΔΝΤ, και εφαρμόστηκε από την ελληνική κυβέρνηση πιο αυστηρή εισοδηματική πολιτική, με αύξηση στους άμεσους και έμμεσους φόρους, μειωμένες προσλήψεις στο Δημόσιο τομέα, αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, αύξηση του ΦΠΑ, νέο φορολογικό σύστημα για την πάταξη της φοροδιαφυγής, περικοπή δαπανών του δημόσιου τομέα και συγχώνευση ή εξάλειψη, σε οντότητες που δεν ήταν παραγωγικές. Τον Μάρτιο ακολούθησαν και νέα σειρά μέτρων, με περαιτέρω μειώσεις μισθών υπαλλήλων στον δημόσιο τομέα, επιπλέον αύξηση του ΦΠΑ, μειώσεις δημόσιων επενδύσεων. Αλλά παρέμενε η αμφιβολία εάν η Ελλάδα θα μπορούσε να διαχειριστεί την κρίση και επιπλέον υπήρχαν φήμες ότι κινδύνευε το ίδιο το ευρώ. Το αποτέλεσμα ήταν να προκύψουν: νέα υποβάθμιση της χώρας μας από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης και κατάταξη των ελληνικών ομολόγων για πρώτη φορά στην κατηγορία των «σκουπιδιών – junk bonds» (Βαρουφάκης και συν 2011).

Το πρώτο μνημόνιο υπογράφηκε στις 5 Μαΐου 2010, ένα Οικονομικό Πρόγραμμα Προσαρμογής (Economic Adjustment Program – EAP) μεταξύ: Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (ΕΚΤ) και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) –



γνωστή ως «Τρόικα» και αργότερα και με τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας - ESM). Το δάνειο συνολικού ύψους € 110 δις. (€ 80 δις από την Ευρωζώνη και τα υπόλοιπα € 30 δις από το ΔΝΤ), είχε ως στόχο τη μείωση του δημόσιου ελλείμματος/ χρέους και την επίτευξη ανάπτυξης. Η Ελλάδα υπέγραψε μνημόνιο, το οποίο επέβαλε λιτότητα, μέσω μείωσης των δημόσιων δαπανών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων σε όλους τους τομείς της οικονομίας. Τον Μάρτιο του 2012, υπογράφεται το 2<sup>ο</sup> μνημόνιο και ακολουθήσε το 3ο μνημόνιο το 2015 (μετά την επιβολή των «*capital controls*» στις τράπεζες για την αποφυγή διαρροών καταθέσεων στο εξωτερικό). Η συνολική οικονομική ενίσχυση ανήλθε στα € 290 δις.

Εφαρμόστηκαν αυστηρά μέτρα λιτότητας, που περιλάμβαναν περικοπές κυρίως στη χρηματοδότηση για το σύστημα δημόσιας διοίκησης και κυρίως για τον τομέα της υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και της εκπαίδευσης. Εφαρμόστηκαν τρία προγράμματα οικονομικής προσαρμογής, με τους δανειστές να απαιτούν:

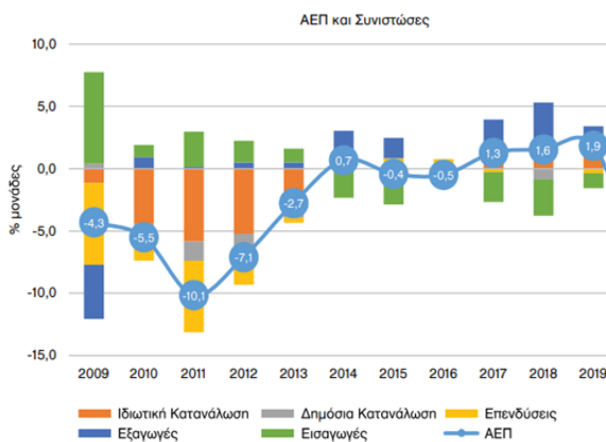
- ✓ Έλεγχο δημόσιων δαπανών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στο Δημόσιο τομέα, με μείωση των δημόσιων υπαλλήλων μέσω μείωσης προσλήψεων νέων υπαλλήλων, συγχωνεύσεις δημόσιων υπηρεσιών και εφοριών, με σκοπό τη μείωση του λειτουργικού κόστους, μέσω μείωσης πληρωμής ενοικίων, όπου ήταν ενοικιαζόμενα κτίρια και καλύτερης εκμετάλλευσης των ιδιόκτητων κτιρίων που θα μπορούσαν να εκμεταλλευθούν κ.α. Η εφαρμογή των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής ελέγχονταν κάθε τρίμηνο από τους δανειστές. Επέβαλλαν εσωτερική υποτίμηση (εφ' όσον δεν μπορούσε να εφαρμοσθεί υποτίμηση μέσα στην Ευρωζώνη), και έτσι μειώθηκε το κόστος εργασίας, που θα οδηγούσε σε πτώση τιμών. Με αυτόν τον τρόπο καταργήθηκε η Συλλογική Σύμβαση Εργασία, και μειώθηκαν οι μισθοί των δημόσιων υπαλλήλων κατά 30%, ο κατώτατος μισθός πρόσληψης, η αποζημίωση απόλυσης και αυξήθηκαν οι ασφαλιστικές εισφορές εργοδότη και εργαζόμενου. Επίσης, αυξήθηκε το όριο συνταξιοδότησης, έγιναν αλλαγές στον τρόπο υπολογισμού σύνταξης κ.α.
- ✓ Αποκρατικοποιήσεις, αλλαγές στον τομέα της Δικαιοσύνης, έλεγχος φοροδιαφυγής, μεγαλύτερη χρήση ηλεκτρονικών μέσων πληρωμής κ.α.

Παρακάτω ακολουθεί η διαχρονική εξέλιξη των σημαντικότερων οικονομικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας (ανεργία, πληθωρισμός, ρυθμός ανάπτυξης, έλλειμμα, δημόσιο χρέος κ.α.) κατά τις κάτωθι περιόδους:

- έως το 2009 πριν από την οικονομική κρίση και
- 2009 έως 2018 μετά την ένταξη της Ελλάδος στα Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής μέχρι το τέλος των μνημονίων.

**α) Ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ<sup>3</sup> (%)**

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ (%)**



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 : Ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ (%)

Ο ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ (%) την περίοδο 2006 – 2007 ανήλθε στο 5,7% και 3,3% αντίστοιχα (2002-2008: 3.5%). Ενώ σημειώθηκαν μεγάλες αρνητικές μεταβολές του ΑΕΠ από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης μέχρι και το 2013 (2009 – 2013: -5.2%), και συνεχίστηκαν με μικρότερο αρνητικό ρυθμό μέχρι το 2016.

Κατά την περίοδο 2008 – 2013, το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 25%. Όσον αφορά τις συνιστώσες του ΑΕΠ, είχαμε μεγάλη μείωση των επενδύσεων και της κατανάλωσης (Το ΑΕΠ = Υ= C (Κατανάλωση)+I (Επενδύσεις)+(X-M) (Εξαγωγές – Εισαγωγές).

**β) Ποσοστό Ανεργίας**

<sup>3</sup> Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν: «είναι η συνολική αγοραία αξία σε χρηματικές μονάδες των τελικών αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται σε μία χώρα, σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, συνήθως ένα έτος» (Σούλης Σ. 2015:73).



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 :** Αριθμός ανέργων & ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα (Q2 2001 – Q2 2021)



**Πηγή:** ΕΛΣΤΑΤ – IOBE  
Έκθεση για την Ελληνική Οικονομία 03/2021 – 20 Οκτ. 2021.

Το 2009 όλοι σχεδόν οι τομείς δραστηριότητας βρέθηκαν σε ύφεση και το γεγονός αυτό επηρέασε αρνητικά την απασχόληση και αυξήθηκε το ποσοστό ανεργίας (Health Review 2011). Το ποσοστό της ανεργίας αυξήθηκε δραματικά οδηγώντας τα νοικοκυριά στην μη αποπληρωμή των υποχρεώσεών τους και στη μείωση του βιοτικού τους επιπέδου. Σημαντική συνέπεια της οικονομικής κρίσης ήταν η μεγάλη αύξηση της ανεργίας, η οποία έφθασε στην υψηλότερη τιμή 27,3% το 2011 (κατά την περίοδο 2001 – 2021). Στη συνέχεια μειώθηκε στο 15,8% το δεύτερο τρίμηνο του 2021, αλλά δεν κατάφερε να μειωθεί κάτω από τα επίπεδα του 2008, αφού ο ρυθμός μείωσης είναι μικρότερος από τον ρυθμό αύξησης της ανεργίας το προηγούμενο διάστημα. Σταθερά υψηλά διατηρήθηκε και η μακροχρόνια ανεργία και συγκεκριμένα ο αριθμός των μακροχρόνια ανέργων (>12 μήνες) ανήλθε σε 932 χιλ. έναντι 187 χιλ. το 2008, σχεδόν είχε πενταπλασιασθεί (IOBE, Τριμηνιαία Έκθεση, Απρίλιο 2014).

*«Η αύξηση της ανεργίας οδήγησε σε μεγάλη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών και εξασθένησε την κοινωνική προστασία, με αποτέλεσμα να μειωθούν οι παροχές του κλάδου της ανεργίας και των συντάξεων σε χρήμα αλλά και οι παροχές σε είδος και σε χρήμα και στον κλάδο υγείας»* (Σούλης Σ. 2015:140).

### γ) Εξέλιξη Πληθωρισμού

Η ελληνική οικονομία συνέχιζε να αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις και πριν από το 2009, όπως υψηλός πληθωρισμός, που παρέμενε στο 3,2% το 2006, σε επίπεδα υψηλότερα από το μέσο όρο στην ευρωζώνη, και έφτασε στο 4,2% το 2008. Συνέπεια αυτού ήταν η συνεχής

πτώση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας, οδηγώντας σε μεγαλύτερο έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών στο 12,1% του ΑΕΠ το 2006 και 14,5% το 2008, όπως θα δούμε παρακάτω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Πληθωρισμός 2000 – 2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
EU 27	3.5	3.2	2.5	2.1	2.3	2.3			
ΕΛΛΑΔΑ	2.9	3.7	3.9	3.4	3	3.5	3.3	3	4.2

Πηγή: Eurostat - IOBE - Τριμηνιαία Έκδοση 01/2009.

Η Ελλάδα το 2007 είχε υψηλότερο πληθωρισμό και από Ιταλία, Πορτογαλία και Κύπρο. Ήταν χαμηλότερος βέβαια από χώρες των Βαλκανίων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 : % Ετήσια μεταβολή πληθωρισμού

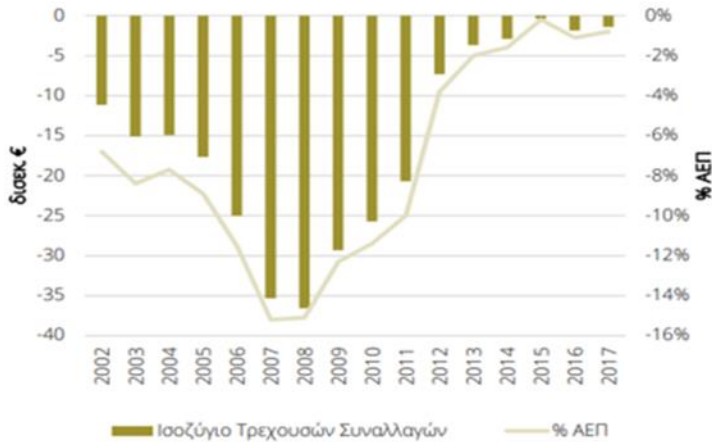


Βρέθηκε σε επίπεδα πολύ μεγαλύτερα του EU μεταξύ 2<sup>ου</sup> μισού του 2009 και αρχές του 2012.

Πηγή: Eurostat/ European Statistical Recovery Dashboard

**δ) Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών (ΙΤΣ)**

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 : Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών*



Διόγκωση αρνητικού Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών (ΙΤΣ), μέχρι το 2008, κυρίως λόγω μεγαλύτερης αύξησης των εισαγωγών αγαθών (καυσίμων) έναντι των εξαγωγών (οι οποίες αυξάνονται με σταθερό ποσοστό, συμβάλλοντας στη μείωση του εμπορικού ισοζυγίου αλλά είναι

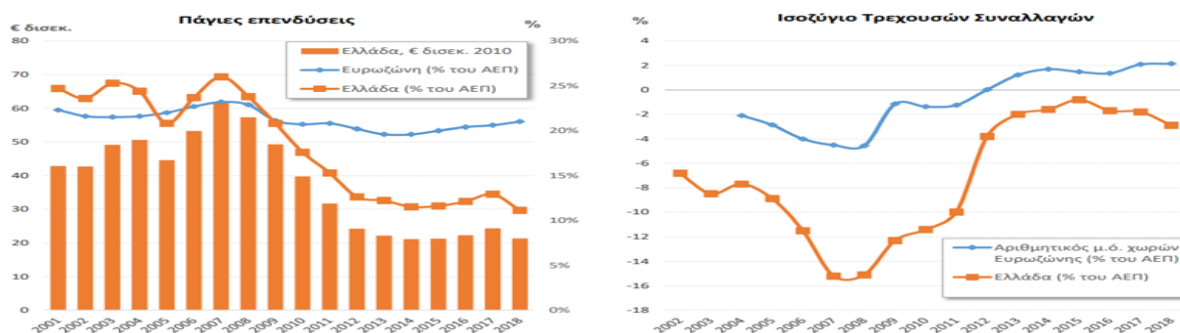
μικρότερες από τις εισαγωγές), συντηρώντας το αρνητικό εμπορικό ισοζύγιο. «Οι θετικές συνιστώσες είναι: καθαρές εισπράξεις από τον τουρισμό, μεταφορές και μεταβιβάσεις» (Σούλης Σ., 2015:139).

**Πηγή:** ΕΛΣΤΑΤ / IOBE

Η βασική αιτία, που προσέφυγε η Ελλάδα στον εξωτερικό δανεισμό, ήταν το διπλό έλλειμμα (γνωστό και ως «δίδυμο έλλειμμα»), δηλαδή του δημοσιονομικού ελλείμματος και του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών (Σουλιώτης Κ. και συν, 2018).

ε) Επενδύσεις

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Πάγιες Επενδύσεις



Πηγή: IOBE, Eurostat, ΕΛΣΤΑΤ, ΤτΕ

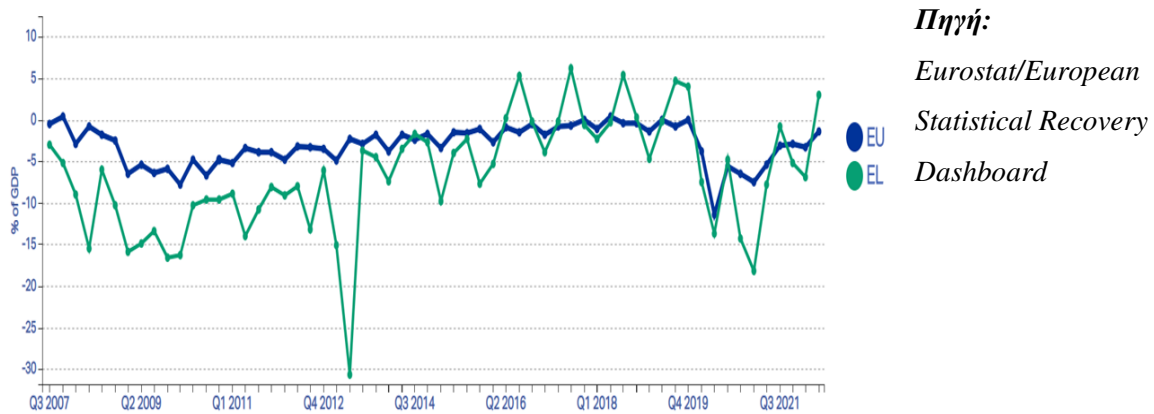
Οι επενδύσεις τόσο σε απόλυτα μεγέθη, όσο και σαν ποσοστό του ΑΕΠ ακολούθησαν πτωτική πορεία από το 2007 έως το 2015. Παρατηρείται μικρή άνοδος το 2016 & 2017, αλλά απέχουν κατά πολύ από τα προηγούμενα υψηλά επίπεδα. «Για την ανάκαμψη του βιοτικού επιπέδου στην Ελλάδα, θα απαιτηθούν σημαντικές επενδύσεις, χωρίς όμως η χρηματοδότησή τους να προέρχεται από μεγάλα ελλείματα του Ισοζυγίου Τρεχουσών συναλλαγών» (IOBE: Έκθεση για την Ελληνική Οικονομία 4/2019)

Παρατηρήθηκε μείωση των επενδύσεων (δημόσιων και ιδιωτικών) στην Ελλάδα λόγω της δημοσιονομικής κρίσης. Μέχρι το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης, ο κύριος επενδυτής ήταν το κράτος, όμως λόγω των επιβαλλόμενων δημοσιονομικών περιορισμών και του μεγάλου χρέους, το κράτος δεν μπορούσε πλέον να έχει αυτόν τον ρόλο. Το Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ), έδινε τη δυνατότητα χρηματοδότησης επενδύσεων, αλλά η μεγάλη γραφειοκρατία εμπόδιζε τη δυνατότητα άντλησης μεγάλων κονδυλίων και έτσι το ποσοστό επένδυσης του δημόσιου τομέα παρέμενε σε χαμηλά επίπεδα. Από την άλλη πλευρά, οι τράπεζες λόγω των δυσκολιών τους περιόρισαν τις χρηματοδοτήσεις ιδιωτικών επενδύσεων. Επίσης, οι επενδυτές από το εξωτερικό δεν επέλεξαν την Ελλάδα ως χώρα για τις επενδύσεις τους, λόγω της πιθανότητας πτώχευσης της χώρας, απέφευγαν τις

επενδύσεις, τουλάχιστον στα πρώτα χρόνια της κρίσης. «Εξ' άλλου οι ξένοι επενδυτές σκέφτονται ορθολογικά και σκοπός τους είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους» (Λιαργκόβας Π. 2020).

**στ) Πλεόνασμα / Έλλειμμα γενικής κυβέρνησης (%ΑΕΠ)**

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 : Πλεόνασμα / Έλλειμμα γενικής κυβέρνησης ανά τρίμηνο 2007 – 2021  
(ως % ΑΕΠ)*



Την περίοδο 1960 έως και 1970, τα δημόσια έσοδα ήταν ίσα με τις δημόσιες δαπάνες. Το ελληνικό δημόσιο χρέος άρχισε να αυξάνεται πολύ κατά τη δεκαετία του 1980 και το δημόσιο έλλειμμα ανήλθε σε επίπεδα άνω του 8% του ΑΕΠ. Το έλλειμμα βρέθηκε στα μεγαλύτερα αρνητικά επίπεδα το 2013.

**ζ) Εξέλιξη Χρέους Γενικής Κυβέρνησης (ως % του ΑΕΠ)**

Συνέπεια της συνεχούς αύξησης των ελλειμμάτων ήταν η αύξηση του δημόσιου χρέους που είχε ανέλθει στο 71% τη δεκαετία του 1990 έναντι 26% τη δεκαετία του 1980, ενώ το 2009 ανήλθε στα επίπεδα του 115,1% του ΑΕΠ. Στη δεκαετία του 1990, η ελληνική παραγωγή ήταν μικρότερη από την κατανάλωση, και κατά συνέπεια οι εισαγωγές ήταν μεγαλύτερες από τις εξαγωγές. Επιπλέον, νέα κράτη μέλη εντάσσονταν στην ΕΕ, με αποτέλεσμα οι εισροές προς την Ελλάδα από κοινοτικούς πόρους ήταν μικρότερες ενώ παράλληλα η χώρα πλήρωνε



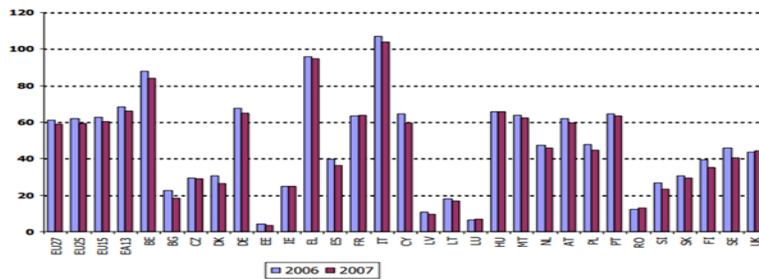
μεγαλύτερους τόκους για το αυξημένο εξωτερικό χρέος της. Μέχρι το 2008, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ αυξάνονταν αλλά παράλληλα διογκωνόταν και το Δημόσιο Χρέος (% του ΑΕΠ). Γενικότερα, το κράτος και οι πολίτες ζούσαμε με δανεικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Χρέος Γενικής Κυβέρνησης (ως % του ΑΕΠ)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΕΥ 27	61.9	61	60.3	61.8	62.1	62.6	61.3	58.7
ΕΛΛΑΔΑ	103.2	103.6	100.6	97.9	98.6	98.8	95.9	94.8

Πηγή: Eurostat - IOBE - Τριμηνιαία Έκδοση 01/2009

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Χρέος Γενικής Κυβέρνησης



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα, η Ελλάδα (μαζί με την Ιταλία και το Βέλγιο είχαν το υψηλότερο χρέος μέσα στην ΕΕ, πριν από την έναρξη της

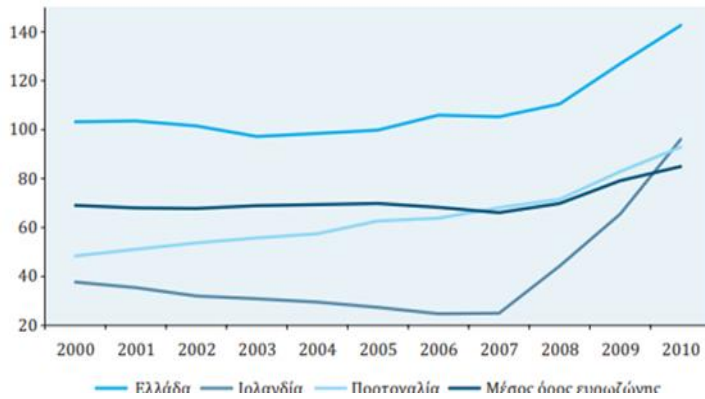
οικονομικής κρίσης).

Το εθνικό χρέος ανήλθε σε 142,8% το 2010 και 152,6% το Q3 2011 έναντι 105,4% του ΑΕΠ το 2007. «Για να χρηματοδοτήσει τα χρέη του, το ελληνικό κράτος χρειάστηκε να δανειστεί δισεκατομμύρια ευρώ από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ΔΝΤ και την ΕΚΤ, υπό αυστηρούς κανονισμούς, συμπεριλαμβανομένης της δραστηκής περικοπής των δημόσιων δαπανών» (Ifanti A. et al, 2013).

Σε περίπτωση που το χρέος μιας χώρας καθίσταται μη βιώσιμο, για να μην μηδενισθεί η πιστοληπτική της ικανότητα και οδηγηθεί στην πτώχευση, πρέπει να γίνει η αναδιάρθρωση του χρέους της. Αυτή η αναγκαιότητα της αναδιάρθρωσης (πρέπει να γίνει αποδεκτή από τους δανειστές), και προκύπτει όταν δεν μπορεί να δανεισθεί από τις αγορές, δηλαδή τη στιγμή που τα spreads καθίστανται ασύμφορα. Έτσι, έγινε η αναδιάρθρωση του Ελληνικού χρέους μέσω ανταλλαγής ομολόγων από εγχώρια και ξένα ιδιωτικά κεφάλαια - Private Sector Involvement

(PSI) συνολικού ποσού €197 δις, με αρνητικές συνέπειες: «απομείωση της αξίας των ελληνικών τραπεζών, που οδηγήθηκαν σε ανακεφαλαιοποίηση, απομείωση της αξίας του χαρτοφυλακίου των ασφαλιστικών ταμείων, απώλεια των αμοιβαίων κεφαλαίων και αβεβαιότητα στις διεθνείς αγορές» (Σούλης Σ. 2015:118).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Δημόσιο χρέος προς ΑΕΠ



Η Ελλάδα παρουσίαζε το υψηλότερο Δημόσιο Χρέος προς το ΑΕΠ, μεταξύ της Ιρλανδίας, Πορτογαλίας και μ.ο. Ευρωζώνης.

**Πηγή:** Eurostat

Τέλος, αξίζει να αναφερθούμε σε μία άλλη αρνητική παράμετρο της Ελληνικής Οικονομίας, στα Μη Εξυπηρετούμενα Δάνεια. Τα μη εξυπηρετούμενα δάνεια (ΜΕΔ/ NPLs) «κόκκινα δάνεια» θεωρούνται μία από τις πιο σημαντικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Το 2016, αποτελούσαν το 45% των συνολικών ιδιωτικών δανείων έναντι 7% πριν από την οικονομική κρίση. Όπως είναι βέβαια γνωστό, αυτό το ποσοστό δεν σημαίνει ότι όλοι οι δανειζόμενοι δεν μπορούν να αποπληρώσουν, καθώς ανάμεσά τους πάντα υπάρχουν και οι «στρατηγικοί κακοπληρωτές», αυτοί που μπορούν να αποπληρώσουν αλλά δεν θέλουν.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Μη Εξυπηρετούμενα Δάνεια σε χώρες της ΕΕ, Q4 2018 (% επί του συνόλου)



Πηγή: ΕΚΤ, IOBE

Το 2018, η Ελλάδα κατείχε το μεγαλύτερο ποσοστό Μη Εξυπηρετούμενων Δανειών ίσο με 41%, έναντι 4% μ.ο. της Ευρωζώνης.

Συνολικά, η Ελλάδα επηρεάστηκε κατά πολύ από τη διεθνή χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, εξ' αιτίας των μεγάλων αδυναμιών που παρουσίαζε η Ελληνική οικονομία, όπως: μεγάλο Δημόσιο Χρέος, πολύ υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα, μείωση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας. Συμφώνησε στην υπογραφή 3 προγραμμάτων προσαρμογής και χρηματοδότησης από: ΕΕ, ΕΚΤ και ΔΝΤ, αποφεύγοντας έτσι την πτώχευση της χώρας αλλά παράλληλα όφειλε να πραγματοποιήσει πολλές και μεγάλες διαρθρωτικές αλλαγές και να εφαρμόσει μία σειρά πολύ αυστηρών μέτρων λιτότητας, κυρίως: στη Δημόσια Διοίκηση, στον τομέα υγείας και κοινωνικών παροχών. Οι συνέπειες ήταν πολλές, και ειδικότερα ήταν εμφανείς στην πορεία των περισσότερων οικονομικών δεικτών που παρουσίασαν μεγάλη επιδείνωση, όπως: η ανεργία έφθασε στο υψηλότερο επίπεδο του 27% το 2013, διόγκωση του Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών, αρνητικός ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ, μεγάλη μείωση επενδύσεων στο εσωτερικό της χώρας, όχι μόνο από εγχώρια αλλά και από ξένα κεφάλαια.

### 1.5 Η πορεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας πριν από την οικονομική κρίση - Αδυναμίες και προβλήματα

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως το «συνδυασμένο σύνολο των ατόμων των θεσμών και των πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις όπου, η πρωταρχική πρόθεση αυτών των δράσεων είναι η βελτίωση της υγείας των πολιτών» (Murray J., Frenk J. 2000: 717–731/ Γούλα Α,

2014:182). Τα συστήματα υγείας βελτιώνουν και διασφαλίζουν όχι μόνο την υγεία του πληθυσμού μιας χώρας αλλά και βελτιώνουν και διασφαλίζουν την ευημερία και την ποιότητα της ζωής του πληθυσμού, μέσω της ποιότητας, της ποσότητας, της διαθεσιμότητας και του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Δικαίος Κ. και συν, 1999). Τα συστήματα υγείας έχουν ως σκοπό τους να διατηρήσουν τον κοινωνικό τους χαρακτήρα και παράλληλα να είναι οικονομικά βιώσιμα, και γι' αυτό σύμφωνα με τους Αντωνίου και συν (2021), αποτελούν «τις πιο περίπλοκες μορφές οργάνωσης και διοίκησης».

Υπάρχουν τέσσερις τύποι συστημάτων υγείας, βάσει του τρόπου χρηματοδότησής τους και παρουσιάζονται παρακάτω:

**Μοντέλο Χρηματοδοτούμενο από φόρους (Beveridge):** Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το κράτος παρέχει υπηρεσίες υγείας και πληρώνει για αυτές, μέσω εισπραχθέντων φόρων (W. Beveridge ανέπτυξε το μοντέλο για την Εθνική Υπηρεσία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου). Το κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι αφορά όλους τους πολίτες, προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και σύστημα ενιαίου πληρωτή. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα είναι συμπληρωματικός.

**Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (Bismark):** Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται μέσω ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική και τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εργοδότες συνεισφέρουν στο σύστημα μέσω φόρων μισθοδοσίας. Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από ένα σύστημα πολλαπλών πληρωτών, όπου διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία ανταγωνίζονται και η κυβέρνηση ρυθμίζει το σύστημα (O von Bismarck, ανέπτυξε το μοντέλο για το σύστημα υγείας της Γερμανίας).

**Μοντέλο Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας:** Σε αυτό το μοντέλο, τα άτομα ή οι εργοδότες (ομαδικά συμβόλαια για τους εργαζόμενους τους) αγοράζουν ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας για την κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασφαλιστικές εταιρείες διαπραγματεύονται τις τιμές με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και

πληρώνουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι ασθενείς μπορεί να είναι υπεύθυνοι για εκπτώσεις, συμμετοχές και άλλες δαπάνες εκτός τσέπης.

Μοντέλο Out-of-Pocket: Δεν υπάρχει ούτε ασφάλιση ούτε υποστήριξη από το κράτος. Οι πολίτες πληρώνουν για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης απευθείας, χωρίς καμία ασφάλιση ή κρατική υποστήριξη. Συνήθως συναντάται σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, που οι άνθρωποι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν την ασφάλιση υγείας ή που δεν υπάρχει καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Kutzin, J. 2001).

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα απέκτησε τη μορφή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, με σκοπό την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής κάλυψης στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού. Το ΕΣΥ ιδρύθηκε βάσει της αρχής ότι η *«υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και το κράτος πρέπει να παρέχει δίκαια σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική τους και κοινωνική κατάσταση»* (Ν. 1397/1983). Για πρώτη φορά έγινε οργανωμένη προσπάθεια για την παροχή, αφενός υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω Κέντρων Υγείας και εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία και αφετέρου παροχή δευτεροβάθμιων υπηρεσιών μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Χαρακτηρίζεται ως υψηλά συγκεντρωτικό και ρυθμιζόμενο σύστημα.

Συνυπήρχε με ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης υγείας, με *«μεγάλο αριθμό ταμείων περίπου 30, ανάλογα με την επαγγελματική ιδιότητα των ασφαλισμένων και κάλυπταν περίπου το 97% του ελληνικού πληθυσμού: ΙΚΑ κάλυπτε το 50% του πληθυσμού με υπαλλήλους και εργάτες ιδιωτικού τομέα, ΟΓΑ κάλυπτε το 20% με αγρότες, ΟΑΕΕ κάλυπτε το 13% με αυτό-απασχολούμενους και άλλα μικρότερα»* (Υπουργείο Υγείας, 2003). Όλα υπάγονταν στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, με μεγάλες διαφορές π.χ. ως προς τα ποσοστά εισφορών, ως προς τα είδη παροχών και των προϋποθέσεων χορήγησης των παροχών κ.α. Λόγω μεγάλων και πολλών διαφορών, υπήρξαν ανισότητες στην πρόσβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών.

Σημαντικός ήταν ο ρόλος των ασφαλιστικών ταμείων στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Λειτουργούσαν με δύο πρότυπα:

- 1) Λειτουργούσαν σε ιδιόκτητες εγκαταστάσεις και κάλυπταν όλες τις ανάγκες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ιατροί που εργάζονταν εκεί, αμείβονταν με μισθό.
- 2) Χωρίς δικές τους εγκαταστάσεις και οι ιδιώτες ιατροί υπέγραφαν συμβάσεις, και αποζημιώνονταν με καθορισμένη αμοιβή και σε αναδρομική βάση. Υπήρχε και μια παραλλαγή, όπου οι ασφαλισμένοι μπορούσαν να επιλέξουν όποιον ιατρό ήθελαν, πλήρωναν την τιμή της αγοράς και μετά το ταμείο τους επέστρεφε ένα προκαθορισμένο ποσό (Greece, Health Review 2010).

Για τους σκοπούς και τις αρχές του ΕΣΥ (για ελεύθερη και ίση πρόσβαση κάθε πολίτη στις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας), υπεύθυνο ήταν το Υπουργείο Υγείας. Ο σχεδιασμός και οι ρυθμίσεις του ΕΣΥ υπάγονταν στο Υπουργείο Υγείας, καθώς αποφάσιζε για όλα τα θέματα σχεδιασμού και εφαρμογών του συστήματος υγείας π.χ. καθόριζε τις προτεραιότητες σε θέματα υγείας, πρότεινε αλλαγές σε νομοθετικά θέματα, επέπτευε τον διορισμό προσωπικού υγείας και άλλα πολλά. Παρόλο που ανατέθηκαν μερικώς κάποιες αρμοδιότητες σε περιφερειακές υγειονομικές αρχές της χώρας ή σε άλλες αρχές που δημιουργήθηκαν κατά καιρούς γι' αυτό το σκοπό, μετά από λίγο είτε καταργήθηκαν είτε αποδυναμώθηκαν, και ούτως ή άλλως ήταν πολύ περιορισμένες. Έγιναν αρκετές προσπάθειες αποκέντρωσης της διοίκησης του συστήματος υγείας, με τους Ν. 2889/2001, 3106/2003 περί περιφερειακής διάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας αντίστοιχα, και μιας σειράς από άλλους νόμους, δημιουργήθηκαν κάποιες περιφερειακές αρχές, που ο ρόλος τους και το όνομά τους άλλαξε στην πορεία των ετών από το 2001-2007. Ο συντονισμός αυτών των περιφερειακών αρχών του συστήματος υγείας με τις περιφερειακές μονάδες τοπικής αυτοδιοίκησης ήταν πολύ δύσκολος. Επίσης, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού σε θέματα διοίκησης νοσοκομείων δημιουργούσε αδυναμία, με αποτέλεσμα οι περιφέρειες, δήμοι ή άλλες αρχές, όπως περιφερειακά συμβούλια υγείας κ.α. δεν μπόρεσαν να αναλάβουν τελικά κάποιες μεγαλύτερες αρμοδιότητες διοικητικής δομής στο σύστημα υγείας. Παρ' όλες τις καλές προθέσεις στην

αρχή, τελικά το σύστημα υγείας δεν απέκτησε εμπειρία σε σύστημα αποκέντρωσης. Το αποτέλεσμα ήταν η παραμονή του συστήματος υγείας ως εξαρτημένο από την κεντρική κυβέρνηση (Greece, Health Review 2010, σελ. 25 - 40).

Επιπλέον, το δημόσιο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως «γραφειοκρατικό», δίνοντας «βαρύτητα σε εγκυκλίους, τυπικές διαδικασίες, έγκριση προϋπολογισμού, και στη νομιμότητα των διοικητικών πράξεων. Έννοιες όπως αυτές του κόστους, της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, ποιότητας δεν έχουν πρωταρχικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Από τη δεκαετία του 1990, ήταν εμφανής η αναποτελεσματικότητα των μονάδων υπηρεσιών στο ΕΣΥ, και η έλλειψη της οργανωσιακής κουλτούρας (Γούλα Α. 2014:185).

Ως προς τη δομή του, το ΕΣΥ σύμφωνα με Σίσκου και συν (2008), θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μεικτό σύστημα. Το μεικτό σύστημα αφορούσε και τη χρηματοδότηση αλλά και τις υποδομές. Υπάρχει συνύπαρξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με χρηματοδότηση μέσω κρατικών πόρων (κρατικός προϋπολογισμός /ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών) και ιδιωτικών πληρωμών. Έτσι, υπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας υγείας με μεγάλα νοσοκομεία υπό μορφή εταιρειών, αλλά και διαγνωστικά κέντρα /ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, παρέχοντας κυρίως πρωτοβάθμια φροντίδα.

Από την πλευρά της προσφοράς, έχει τα χαρακτηριστικά του μοντέλου Beveridge, με την νοσοκομειακή περίθαλψη να παρέχεται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και με την έξω νοσοκομειακή φροντίδα να παρέχεται μέσω των κέντρων υγείας στην περιφέρεια της χώρας, ενώ από την πλευρά της ζήτησης έχει τα χαρακτηριστικά του μοντέλου Bismark μέσω των 30 ασφαλιστικών ταμείων που υπήρχαν, όπως αναλύθηκαν παραπάνω (Γούλα Α. 2014: 182).

Αναλυτικότερα, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτείται (δηλαδή η είσπραξη εσόδων/ πηγές κεφαλαίων) από τον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα. Ειδικότερα, στον δημόσιο τομέα τα έσοδα προέρχονται από:

- Κρατικό προϋπολογισμό είτε μέσω άμεσης και έμμεσης φορολογίας στα εισοδήματα των νοικοκυριών και επιχειρήσεων είτε μέσω πολύ υψηλών φόρων που επιβάλλονται

σε προϊόντα, που θεωρούνται βλαβερά για την υγεία των ανθρώπων, όπως στα τσιγάρα και στα ποτά και από

- Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), μέσω ασφαλιστικών εισφορών που προέρχονται από τους εργαζόμενους, εργοδότες και τέλος από τους αυτοαπασχολούμενους.

Ενώ, στον Ιδιωτικό Τομέα, τα έσοδα προέρχονται είτε από «πληρωμές από τη τσέπη», δηλαδή κατευθείαν από τα εισοδήματα των ασθενών είτε μέσω αποζημιώσεων από συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Επιπλέον, υπάρχουν οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες, αλλά αποτελούν ένα μικρό ποσοστό χρηματοδότησης. Άλλη πηγή εσόδων αποτελεί και η εξωτερική βοήθεια από άλλες χώρες ή και διεθνείς οργανισμούς (π.χ. ΠΟΥ, ΕΕ, Παγκόσμια Τράπεζα), και μπορεί να είναι σε χρήμα ή και σε είδος. (Λιαργκόβας Π. 2019:209-210 ).

*ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Εξέλιξη δαπανών του κλάδου Υγείας κατά την περίοδο 1990 – 2011*

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2007
Συνολικές Δαπάνες στην Υγεία/κατά κεφαλήν, US\$ PPP	853	1263	1449	1755	1955	2029	2727
Συνολικές Δαπάνες στην Υγεία % ΑΕΠ	6.6	8.6	7.9	8.8	9.1	9	9.6
Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως % συνολικών δαπανών	53.7	52	60	60.8	58	59.8	60.3
Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως % συνολικών δαπανών	46.3	48	40	39.2	42	40.2	39.7

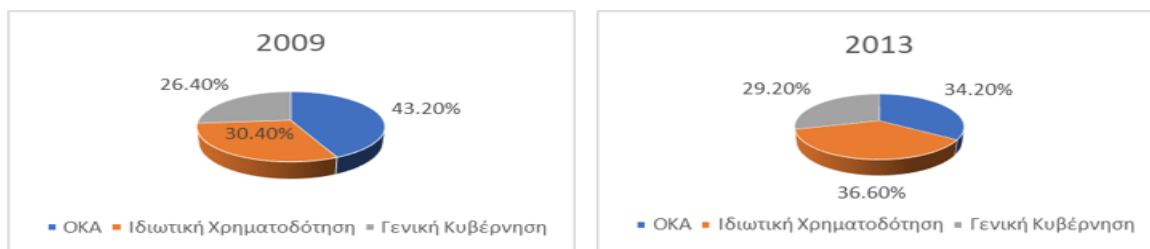
*Πηγή: ΟΟΣΑ 2009 - ΠΟΥ 2009- ΕΛΣΤΑΤ*

Όπως φαίνεται από τον ανωτέρω πίνακα, οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά πολύ και σαν ποσοστό επί του ΑΕΠ κινήθηκαν μεταξύ 6,6% το 1990 έως 9,6% το 2007. Ενώ, οι συνολικές δημόσιες δαπάνες αποτελούσαν το 2007 το 60,3% έναντι των ιδιωτικών δαπανών 39,7%.

Στα παρακάτω διαγράμματα, θα δούμε τη συνεισφορά κάθε πηγής χρηματοδότησης και πως μεταβλήθηκαν τα ποσοστά κατά το 2009, και ειδικότερα κατά το 2013 & 2017, πλέον μέσα στην οικονομική κρίση.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Συνεισφορά πηγών χρηματοδότησης τα έτη 2009 &amp; 2013



Το 2009 το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης 43% το κατείχαν οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και ακολουθούσε η Ιδιωτική χρηματοδότηση (30.4%) και η Γενική Κυβέρνηση (26.4%). Αυτό ανατράπηκε το 2013, μετά την επιβολή μέτρων λιτότητας, και το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης το κατείχε η Ιδιωτική Χρηματοδότηση (36.6% έναντι 30.4% το 2009).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: Συνεισφορά πηγών χρηματοδότησης το έτος 2017



Η Ιδιωτική χρηματοδότηση κατείχε πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό και το 2017 και ανήλθε στο 39.20% έναντι 36.6% το 2013 και 30.4% το 2009. Όπως θα δούμε και παρακάτω, στην Ελλάδα, οι ιδιώτες έχουν τη μεγαλύτερη

επιβάρυνση, όσον αφορά στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

**Πηγή:** Greece, Health System Review 2017 & Ιδία επεξεργασία των διαγραμμάτων.

Όπως περιγράφονται στο άρθρο (Χλέτσος, 2015), υπήρξαν οι κάτωθι παρεκκλίσεις από τους αρχικούς στόχους του ΕΣΥ:

- Δεν έγινε εγκαίρως η ενοποίηση των ασφαλιστικών Ταμείων (επιτεύχθηκε τελικά μερικώς το 2011 και ιδρύθηκε ένας κοινός μεγάλος φορέας «Εθνικός Οργανισμός

Παροχής Υπηρεσιών Υγείας», εφεξής ΕΟΠΥΥ<sup>4</sup>, ώστε να υπάρχει ενιαία διοίκηση και ο προγραμματισμός/ οργάνωση να γίνεται κεντρικά (θα αναλυθεί περαιτέρω στο κεφάλαιο 2).

- Δεν έγινε ουσιαστική αποκέντρωση του συστήματος υγείας, περιορίστηκε ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα ενώ ενδυναμώθηκε ο ρόλος του δημοσίου τομέα και του κράτους.
- Δόθηκε μεγάλη εστίαση στο θεσμό του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα η λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και οι υπηρεσίες πρόληψης περιορίστηκαν σημαντικά.
- Οι πολίτες δεν είχαν ίση πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Σημειώθηκαν μεγάλα αυξανόμενα ελλείματα και χρέη, λόγω παραπάνω κοστολόγησης των δημόσιων δαπανών υγείας και ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης (είτε από το ιατρικό προσωπικό νοσοκομείων είτε από τους συμβεβλημένους ιατρούς με το σύστημα υγείας) αλλά και της αδυναμίας συλλογής εσόδων.

Όταν ξεκίνησε η οικονομική κρίση, υπήρχαν αδυναμίες του Ελληνικού συστήματος υγείας, καθώς λειτουργούσε με ξεπερασμένη οργανωτική δομή (συγκεντρωτικές αποφάσεις και διοικητικές διαδικασίες, οι διευθυντικές και διοικητικές θέσεις μερικές φορές κατέχονταν από άτομα με μειωμένες διοικητικές ικανότητες), στηριζόταν κυρίως σε κλινική ιατρική και υπηρεσίες νοσοκομείου, χωρίς σχεδιασμό, με υψηλό κόστος και χωρίς πρόληψη για να αντιμετωπισθούν εγκαίρως οι ανάγκες των πολιτών στον τομέα υγείας, η κατανομή ανθρώπινων και οικονομικών πόρων ήταν άνιση και αναποτελεσματική μέσα στις μονάδες και στις περιφέρειες, οι μηχανισμοί χρηματοδότησης ήταν προβληματικοί, οι μηχανισμοί αξιολόγησης αναγκών και προτεραιοτήτων ήταν ανύπαρκτοι ή ξεπερασμένοι, το σύστημα αποζημίωσης ήταν αναχρονιστικό. Αποτέλεσμα των ανωτέρω αδυναμιών και του μεγάλου

---

<sup>4</sup> ΕΟΠΥΥ: «αυτοδιοικούμενος δημόσιος φορέας, ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας, αποτελεί τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας, θέτει τις απαραίτητες συμβατικές δεσμεύσεις με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και λειτουργεί ως ένα ενιαίο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης».

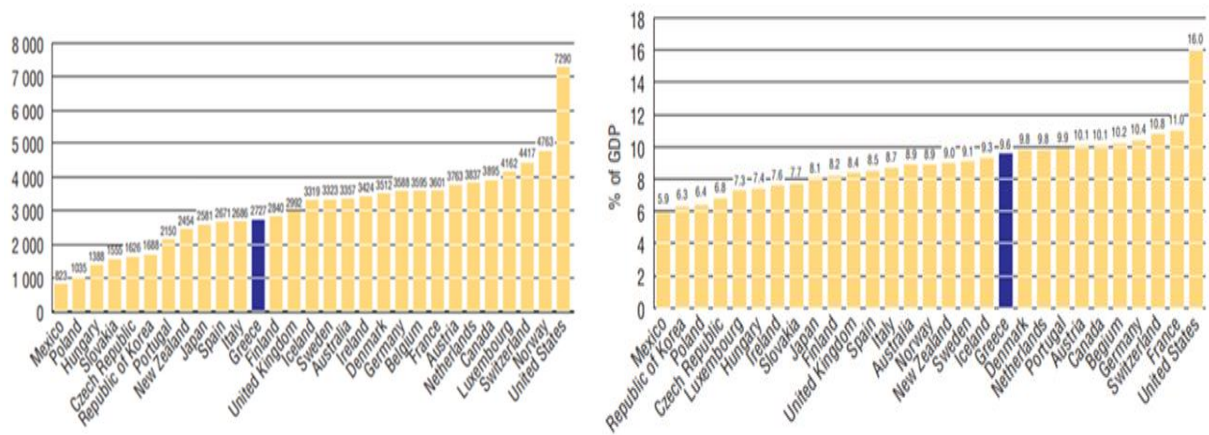
αριθμού ασφαλιστικών ταμείων και παροχών που αναφέρθηκε παραπάνω, ήταν η μεγάλη συσσώρευση χρεών στο δημόσιο σύστημα υγείας. (Economou Ch. et al, 2015).

Επιπλέον, υπήρχε υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών και παράλληλα ανεπαρκή προσφορά γενικών γιατρών και νοσηλευτών. Η απουσία ενός λειτουργικού συστήματος τιμολόγησης, είχε σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν μη λογικοί μηχανισμοί τιμολόγησης και αποζημιώσεων, που οδηγούσαν σε μη σωστή περίθαλψη, οι πολίτες πλήρωναν μεγάλα ποσά από τη τσέπη τους, αρκετά μαύρη οικονομία, και «εμπόδιζαν το σύστημα να παρέχει δίκαιη χρηματοδότηση και πρόσβαση σε υπηρεσίες» (Kentikelenis A., Papanikolas I. 2011). Υπήρχε μεγάλο ποσοστό άτυπων πληρωμών «κάτω από το τραπέζι» για να έχουν καλύτερη εξυπηρέτηση και πιο γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι άτυπες πληρωμές ανέρχονταν περίπου στο ¼ των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. Από το 2012, επιβλήθηκε όριο στον αριθμό επισκέψεων ασθενών που θα δέχονταν οι ιατροί ανά μήνα και θα αποζημιώνονταν από τον ΕΟΠΥΥ, για να αντιμετωπισθεί η «προκλητή ζήτηση». Τότε παρατηρήθηκαν μεγάλες καθυστερήσεις και οι ασθενείς έψαχναν για εναλλακτικό πάροχο ή πλήρωναν με μετρητά την επίσκεψη ή «κάτω από το τραπέζι». Έτσι, από τη μια πλευρά, το συνολικό άθροισμα των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και των άτυπων πληρωμών ήταν πολύ υψηλό, ενώ από την άλλη πλευρά οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, αποτελούσαν το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Το αποτέλεσμα από τον παραπάνω συνδυασμό ήταν να δημιουργηθούν ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και να μειωθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος (OECD - State of Health, Greece, 2021).

Στα παρακάτω διαγράμματα, φαίνεται ότι το ποσοστό των συνολικών δαπανών στον τομέα της υγείας, στις χώρες του ΟΟΣΑ, και ειδικότερα φαίνεται ότι στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 9,6% του ΑΕΠ (2007), ανήλθε στο 10,2% το 2010, αρκετά υψηλό μεταξύ των χωρών της Ευρώπης (η Ελλάδα κατείχε την 11η θέση μεταξύ χωρών όπως Αυστρία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο κ.α. αλλά κοντά στο ποσοστό χωρών όπως της Δανίας, Ολλανδίας, Πορτογαλίας). Ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (μέσα στους 11 πρώτους το κατείχαν οι ΗΠΑ). Οι συνολικές δαπάνες υγείας στις χώρες της ΕΕ αποτελούσαν το 8,3% του ΑΕΠ. Επιπλέον,

όσον αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, η Ελλάδα ανήκε στην 2<sup>η</sup> ομάδα με σχετικά χαμηλό κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας μαζί με τις χώρες όπως: Ιταλία, Ισπανία, Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο Αγγλίας. «Το μεγαλύτερο ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας, αφορούσε 55% νοσοκομειακό τομέα, 14% ΠΦΥ, 25% φάρμακα, 2% οδοντιατρικό τομέα και 4% λοιπές υπηρεσίες» (Τούντας Γ. 2011). Παγκοσμίως, το 50% των δαπανών υγείας αφορούν στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13: Δαπάνες υγείας (συνολικές και κατά κεφαλήν) στις χώρες του ΟΟΣΑ, το έτος 2007 (US\$ PPP)



Πηγή: OECD 2009/ Σημ: Δεδομένα για Ιαπωνία, Λουξεμβούργο και Πορτογαλία αφορούν το 2006

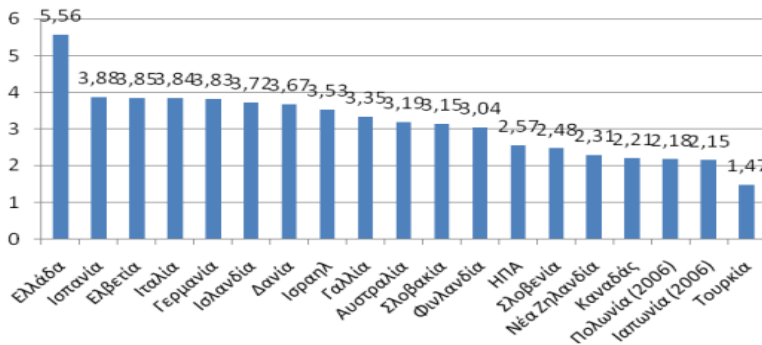
Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότεροι λόγοι που οδήγησαν στη μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας, όπως παρουσιάζονται από (Γούλα Α., 2014: 189-192):

- Δημογραφικές αλλαγές: η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα από τη μια πλευρά και η αυξανόμενη υπογεννητικότητα από την άλλη πλευρά, καθώς τα ηλικιωμένα άτομα έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας συγκριτικά με τους νεότερους. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στην Ελλάδα ανερχόταν στο 13,1% το 1980 και έφθασε στο 17,7% το 2004, δηλαδή αύξηση ίση με 35% μέσα σε αυτήν την περίοδο. Επιπλέον, η έλλειψη οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα, έχει σαν

- αποτέλεσμα να προσέρχεται μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων στα νοσοκομεία, άρα να αυξάνεται το κόστος.
- **Ιατρική Τεχνολογία:** τα ιατρικά μηχανήματα νέας τεχνολογίας και οι νέες ιατρικές εγκαταστάσεις όχι μόνο έχουν μεγαλύτερο κόστος αγοράς, συντήρησης αλλά επίσης απαιτούν πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού με υψηλότερες αμοιβές. Δηλαδή στην αγορά της υγείας αυξάνεται το κόστος, ενώ στις υπόλοιπες αγορές προϊόντων, η αγορά και χρήση μηχανημάτων νέας τεχνολογίας, μειώνει το κόστος παραγωγής συγκεκριμένης ποσότητας προϊόντων, χάρις των «οικονομιών κλίμακος» που δημιουργούνται. Επίσης, το κόστος αυξανόταν και λόγω του μεγάλου και ανεξέλεγκτου αριθμού παραπεμπτικών για ακτινολογικές εξετάσεις, εγκεκριμένων από ιατρούς π.χ. το 2009, οι εγκεκριμένες μαγνητικές τομογραφίες στην Ελλάδα, ήταν υπερδιπλάσιες του μ.ο. των χωρών του ΟΟΣΑ (Στάθης Γ, 2010:2).
  - **Φαρμακευτική Δαπάνη:** *«Το 2009, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ήταν μεγαλύτερη από τον μ.ο. χωρών του ΟΟΣΑ κατά 60%»* (Στάθης Γ. 2010:2) και *«καταλάμβανε τη 3<sup>η</sup> θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και την 1<sup>η</sup> θέση, ως ποσοστό του ΑΕΠ»* (Δόλγερας Α., 2010). Σύμφωνα με τον (Τούντα Γ. 2011), η κατά κεφαλήν δαπάνη για τα φάρμακα ήταν στα € 682 το 2008 και αυξήθηκε πάνω από 400% σε σχέση με το 2000. Η τόσο μεγάλη αύξηση οφειλόταν κυρίως στην έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών στον όγκο των συνταγογραφήσεων φαρμάκων. Επιπλέον, η ύπαρξη της ασυμμετρίας πληροφόρησης στο προϊόν «υγεία», αφήνει τον γιατρό να αποφασίσει για το είδος και την ποσότητα των φαρμάκων ανά ασθενή. Επίσης, το *«φάρμακο έχει διπλή ιδιότητα, είναι και κοινωνικό προϊόν (βελτιώνει την υγεία και την ποιότητα της ζωής ασθενών) αλλά και καταναλωτικό προϊόν (υπόκειται στους νόμους της αγοράς και από πίσω του υπάρχει μια μεγάλη βιομηχανία παρασκευής φαρμάκων που πολλές φορές παρεμβαίνει, επηρεάζει για ίδιο όφελος, αυτό του μεγαλύτερου κέρδους)»*.
  - **Νέο επιδημιολογικό πρότυπο:** σημειώθηκε αύξηση των καρδιοαγγειακών παθήσεων, αύξηση περιπτώσεων καρκίνου, όπως επίσης αύξηση σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων ή νέων ασθενειών, όπως αυτές του AIDS ή του Alzheimer. (Γούλα Α., 2014:192).

Μια άλλη ιδιαιτερότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, είχε να κάνει με την πυκνότητα των ιατρών και των νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους. Η πυκνότητα των ιατρών στην Ελλάδα το 2007 ανερχόταν στους 5,56 ανά 1.000 κατοίκους, ενώ στην ΕΕ ήταν στους 3,3 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους. Επίσης, σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ την περίοδο 2000 - 2008, στην Ελλάδα παρουσιαζόταν πολύ μεγάλος ρυθμός αύξησης της πυκνότητας των ιατρών, που έφθανε κατά μέσο όρο το 4,2% έναντι 1,5% στην ΕΕ.

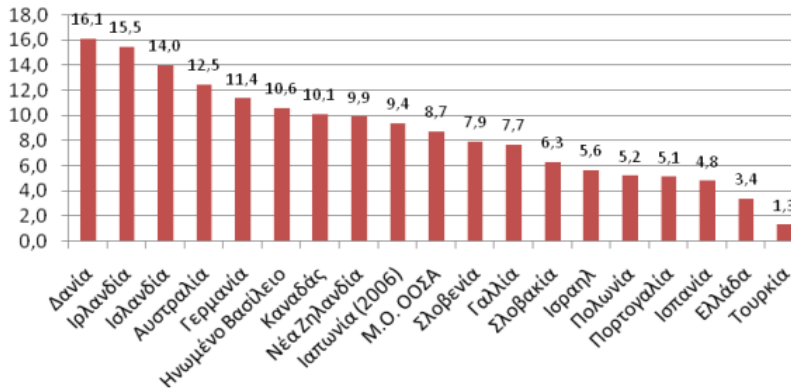
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14: Αριθμός ιατρών/ 1.000 κάτοικους (2007)



**Πηγή:** OECD Healthdata Database, Version October 2010, IOBE Δαπάνες Υγείας 2011.

Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές, που ενώ στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη πυκνότητα ανά 1.000 κατοίκους, περίπου 8,7, στην Ελλάδα το 2010, ανερχόταν 3,4 από τους χαμηλότερους με την Τουρκία με 1,3 (Δανία τον υψηλότερο 16,1).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15: Αριθμός νοσηλευτών / 1.000 κατοίκους (2010)



*Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010, IOBE Δαπάνες Υγείας 2011.*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

### 2.1 Μεταρρυθμίσεις στον κλάδο Υγείας μετά την ένταξη της Ελλάδος στα προγράμματα λιτότητας

Μετά την ένταξη της χώρας στο πρόγραμμα διάσωσης και χρηματοδότησης από την Τρόικα (ΕΕ, ΕΚΤ και ΔΝΤ), μία σειρά αυστηρών μέτρων έπρεπε να εφαρμοσθούν, υπό την επίβλεψη των δανειστών. Ήταν αναγκαία η συνεχής επιτήρηση και έλεγχος από την πλευρά των δανειστών ανά τρίμηνο, με πιθανές προσαρμογές και επιβολή νέων μέτρων, σε περίπτωση που τα αποτελέσματα κρίνονταν μη αναμενόμενα. Ανάμεσα στα μέτρα λιτότητας που αποφασίσθηκαν και έπρεπε να εφαρμοσθούν από την Ελληνική Κυβέρνηση, περιλαμβάνονταν και μέτρα που αφορούσαν στο σύστημα Υγείας, που θα οδηγούσαν σε σημαντική μείωση και εξορθολογισμό της δημόσιας δαπάνης στην υγεία.

Αξίζει να εστιάσουμε την προσοχή μας σε τέσσερεις μεγάλους πυλώνες μεταρρυθμίσεων, που αφορούν:

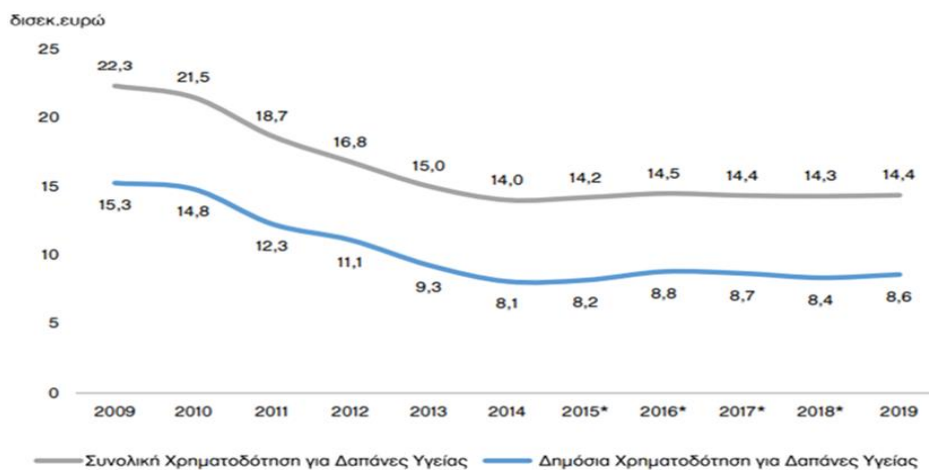
**Στη Χρηματοδότηση:** Το 2010, η κυβέρνηση έπρεπε να προχωρήσει στη συνολική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά οι δημόσιες δαπάνες για το σύστημα υγείας

έπρεπε να διατηρηθούν στο 6% του ΑΕΠ ή κάτω από αυτό, και παράλληλα έπρεπε να διατηρηθεί η πρόσβαση όλων των πολιτών και να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών (IMF, Memorandum, July 2011).

Οι συνολικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία αποτελούνται από τις δημόσιες δαπάνες και τις ιδιωτικές δαπάνες. Οι συνολικές δαπάνες για δημόσια υγεία στην Ελλάδα, αυξήθηκαν σημαντικά κατά την περίοδο 2005 – 2009 και έφθασαν στο υψηλότερο σημείο €23,3 δις το 2009. Κατά την περίοδο αυτή, οι συνολικές δαπάνες αυξήθηκαν κατά 45% ενώ οι δημόσιες δαπάνες κατά 73%, με ρυθμό αύξησης πολύ μεγαλύτερο από τον ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ (19,7%). Έτσι, δημιουργήθηκαν τεράστια ελλείμματα στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Μετά ξεκίνησε η εφαρμογή των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής και επιβλήθηκαν τα μέτρα λιτότητας. Όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, οι συνολικές δαπάνες μειώθηκαν σημαντικά μέχρι το 2014, και έφθασαν στα €14,0 δις έναντι € 22,3 δις το 2009 (μείωση ίση με €8,3 δις; -35%), όπου πλέον σταθεροποιήθηκαν σε αυτά τα επίπεδα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα. Ενώ, η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 47% (- €7,2 δις) το ίδιο χρονικό διάστημα, που σημαίνει ότι αυξήθηκε η ιδιωτική χρηματοδότηση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: Χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (σε € δις) το 2009 – 2019



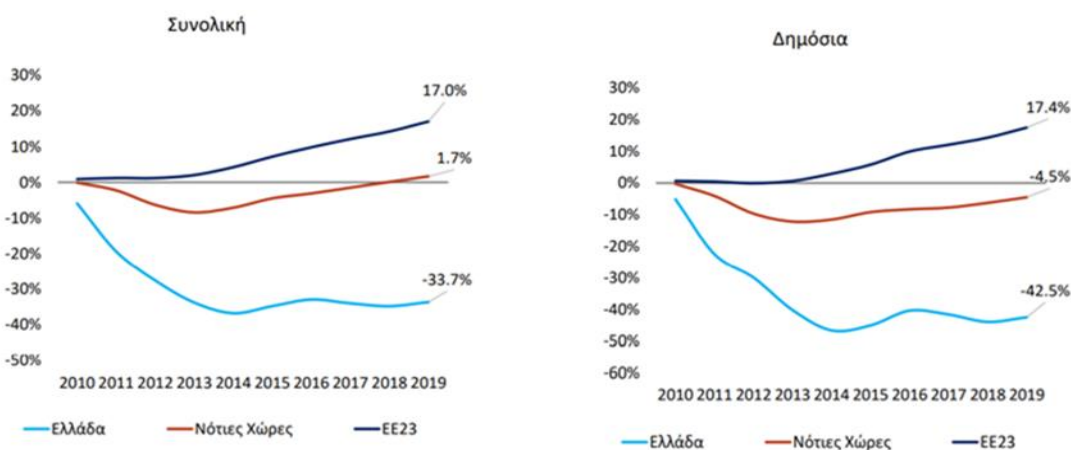
ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2019, ΕΛΣΤΑΤ, 2021, OECD Health Statistics, 2020 επίεξεργασία στοιχείων IOBE. \* Αναθεωρημένα στοιχεία. Για τα έτη 2015 και 2016 η αναθεώρηση οφείλεται αποκλειστικά στην αναθεώρηση των στοιχείων του ΑΕΠ. Για τον ορισμό της συνολικής και δημόσιας χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας βλέπε παράρτημα. Τα στοιχεία είναι σε τρέχουσες τιμές.



**Πηγή:** Επεξεργασία IOBE: Φαρμακευτική αγορά 2020

Στο παρακάτω διάγραμμα, παρουσιάζεται η πορεία της συνολικής και δημόσιας χρηματοδότησης ξεχωριστά για την Ελλάδα, τις χώρες της Ν. Ευρώπης και της ΕΕ23. Όπως φαίνεται, η συνολική και δημόσια δαπάνη της ΕΕ23 ακολούθησε ανοδική πορεία για το διάστημα 2010 – 2019. Επίσης, φαίνεται ότι η χρηματοδότηση στην Ελλάδα μειώθηκε κατά πολύ περισσότερο από ότι συνολικά στις χώρες της Ν. Ευρώπης (που η μείωση ήταν μέχρι το 2013, ενώ στην Ελλάδα παρέμεινε σε πολύ χαμηλά επίπεδα μέχρι και το 2019).

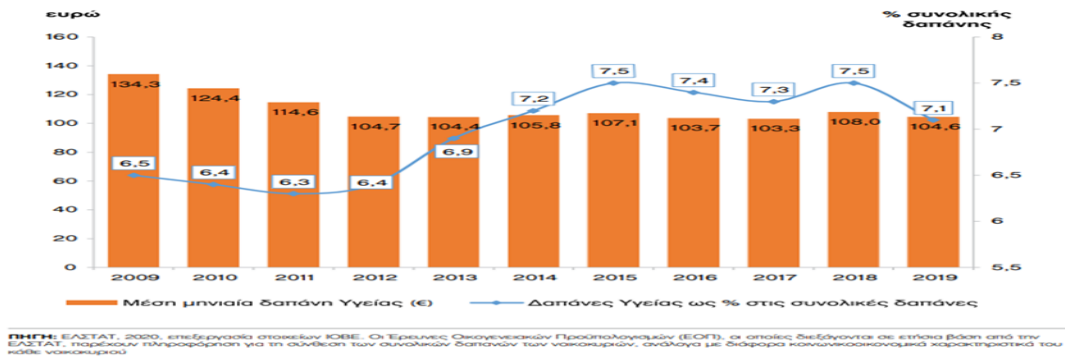
*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: Χρηματοδότηση στην Ελλάδα, Ν. Ευρώπη και ΕΕ23 (2010 - 2019)*



**Πηγή:** Επεξεργασία IOBE: Φαρμακευτική αγορά 2020

Οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα, αποτελούσαν το 7,5% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών το 2015 (το υψηλότερο ποσοστό για την περίοδο 2009 έως 2019), έναντι 6,5% το 2009, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα. Ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2019 μειώθηκε κατά 22,1% σε απόλυτα μεγέθη έναντι 2009 (€104,6 το 2019 έναντι €134,3 το 2009), ενώ το ποσοστό των δαπανών αυξήθηκε στο 7,1% το 2019 έναντι 6,5% το 2009, «φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών, την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών για δαπάνες υγείας και την ανελαστικότητα της δαπάνης για τις συγκεκριμένες κατηγορίες», όπως περιγράφεται στη μελέτη του IOBE για τη Φαρμακευτική Δαπάνη 2020.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: Μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία σε (€) Ευρώ



Η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, ήταν μεγαλύτερη από τη μείωση συνολικών δαπανών υγείας, κατά συνέπεια προέκυψε σταθερή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (πληρωμές από την τσέπη), που ήταν από τις υψηλότερες στην ΕΕ. Το 2015, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας αποτελούσε το 59% ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες το 41% (ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά μέσα στην Ευρωζώνη). Αυτές οι πληρωμές αποτελούνται από συμμετοχή στην αγορά φαρμάκων, άμεσες πληρωμές από τους πολίτες για κάποιες υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και πληρωμές για υπηρεσίες που κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά αγοράζονται από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας. Επιπλέον, υπάρχουν και οι άτυπες πληρωμές που εφαρμόζονται, από τη μια πλευρά λόγω της υπό - χρηματοδότησης του συστήματος και από την άλλη πλευρά λόγω έλλειψης ελεγκτικών μηχανισμών. Ενώ, η εθελοντική ασφάλιση υγείας αυξάνει τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας μόνο κατά 3,9% (Health Review 2017). Οι Σουλιώτη και συν (2018) θεωρούν ότι «η μεγάλη αύξηση των άμεσων ιδιωτικών δαπανών, είναι η πιο οπισθοδρομική μορφή χρηματοδότησης που αυξάνει τις ανισότητες στο ελληνικό σύστημα υγείας και επηρεάζει ειδικά τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες».

Επίσης, παρατηρείται και γεωγραφική ανισότητα στον τομέα υγείας και αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα, που παρατηρείται κυρίως στις χώρες της Ν. Ευρώπης: Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία και Ιταλία. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των αναπτυγμένων βόρειων περιοχών τους έναντι των νότιων περιοχών τους. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου λόγω της μορφολογικής της δομής

(πολλά μικρά νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές), υπάρχουν περιοχές που θεωρούνται ως μη προνομιούχες, όσον αφορά στον εξοπλισμό και στο υγειονομικό προσωπικό των τοπικών νοσοκομείων και κλινικών. Οι ανισότητες αυτές ήταν πιο εμφανείς κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (Serapioni M. 2017).

Εκτός από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν για την εξοικονόμηση δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία, υπήρχαν και μέτρα για την αύξηση των εσόδων του ΕΣΥ. Συγκεκριμένα, οι πολίτες που προσέρχονταν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ τις απογευματινές ώρες, πλήρωναν συμμετοχή 3€ η οποία αυξήθηκε σε 5€, και επίσης τα νοσοκομεία τέθηκαν σε ολόημερη λειτουργία.

**Στην αποτελεσματικότητα του νοσοκομειακού τομέα:** περιλαμβάνονται διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στα νοσοκομεία, αλλαγές στο σύστημα με το οποίο πλήρωναν τα νοσοκομεία, μειώσεις κόστους παντός τύπου προμηθειών από τα νοσοκομεία.

Το ελληνικό σύστημα υγείας στηριζόταν πολύ στις υπηρεσίες των νοσοκομείων. Το 2014, υπήρχαν 283 νοσοκομεία (χωρίς τα στρατιωτικά και τα σωφρονιστικά νοσοκομεία), με το 55% να είναι δημόσια νοσοκομεία και τα υπόλοιπα ιδιωτικά. Όσον αφορά στα νοσοκομειακά κρεβάτια, το 65% περίπου ανήκαν στο δημόσιο έναντι 35% στον ιδιωτικό τομέα, με επίσης μεγάλη συγκέντρωση κλινών, περίπου 60% στην περιοχή της Αττικής, στην Αθήνα και στην περιοχή της Θεσσαλονίκης (ως η 2<sup>η</sup> μεγαλύτερη πόλη της Ελλάδος), βέβαια αυτό ήταν ανάλογο και με τη μεγάλη συγκέντρωση του πληθυσμού της Ελλάδος, κυρίως στην περιοχή της Αττικής.

Εφαρμόστηκαν μία σειρά από μέτρα όπως: μειώσεις κλινών δημόσιων νοσοκομείων (διατέθηκαν 500 νοσοκομειακές κλίνες για τους πελάτες των ασφαλιστικών εταιρειών κατά προτεραιότητα) και μείωση των κλινικών μονάδων (συγχωνεύσεις μεταξύ νοσοκομείων ιδιοκτησίας Ασφαλιστικού Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - ΙΚΑ και ΕΣΥ, διοικητική συγχώνευση παρακείμενων νοσοκομείων και ενοποίηση ομοειδών τμημάτων εντός του ίδιου νοσοκομείου). Επιπλέον, εφαρμόστηκαν: η αλλαγή στον τρόπο χρηματοδότησης των

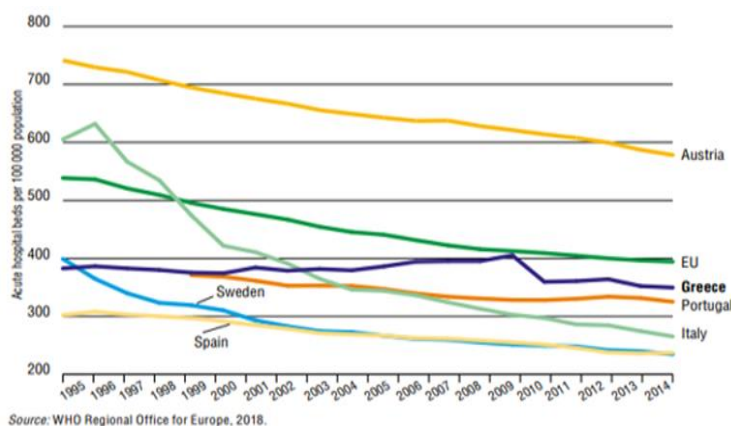
νοσοκομείων, μέσω της εφαρμογής των «κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN)», ο εξορθολογισμός των προμηθειών, καθώς και η εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων από το ιατρικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία.

Επίσης, καθιερώθηκε ένα νέο σύστημα πληρωμών των νοσοκομείων, το σύστημα ταξινόμησης των ασθενών «Diagnosis Related Groups (DRGs), στα ελληνικά είναι γνωστό ως «Διαγνωσμένες ή Διαγνωστικές Κατηγορίες Ασθενών». Για την κατασκευή αυτού του συστήματος πρέπει να καθορισθούν ομοειδείς ομάδες ιατρικών περιπτώσεων, που προσφέρουν παρόμοιες υπηρεσίες, χρησιμοποιούν τους ίδιους πόρους και προκύπτουν οι ίδιες εκροές. Τα νοσοκομειακά περιστατικά ταξινομούνται βάσει της διάγνωσης, των εκτελούμενων διαδικασιών, της ηλικίας των ασθενών και άλλων σχετικών παραγόντων. Γενικότερα, η πληρωμή κατά DRG καλύπτει όλες τις χρεώσεις σχετικές με τα νοσοκομειακά νοσήλια, από τη στιγμή της εισαγωγής ενός ασθενούς μέχρι την έξοδό του από ένα νοσοκομείο. Ο σκοπός είναι η συγκράτηση του κόστους περίθαλψης για πιο αποτελεσματική και ορθολογική κατανομή των πόρων, η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας π.χ. των μονάδων ενός νοσοκομείου, καθώς επίσης και η χρηματοδότησή των (Τούντας Γ. Οικονόμου Ν.Α. 2007). Επίσης, αυξάνεται ο βαθμός διαφάνειας, από τη μια πλευρά της απόδοσης των προμηθευτών και από την άλλη πλευρά της κατανάλωσης των πόρων, καθώς υπήρχε ελλιπής πληροφόρηση για την εσωτερική διαδικασία των νοσοκομείων και δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μέσα για να γίνουν συγκρίσεις. «Η μέθοδος DRG είναι ένας μηχανισμός κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων βάσει των υπηρεσιών που αυτά παρέχουν, ο οποίος παράλληλα αποθαρρύνει την παροχή της περιττής (μη αναγκαίας) ιατρικής περίθαλψης και ενθαρρύνει, αντίστοιχα, την οικονομικά αποδοτική παροχή της κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης» (Ξένος Π., και συν. 2014). Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται σε πολλές χώρες όπως ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία και σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες.

Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν δραστικά περίπου κατά 20% κατά τη χρονική περίοδο 2009 – 2011, παρά την αύξηση κατά 20% που παρατηρήθηκε στις εισαγωγές ασθενών στα δημόσιες μονάδες φροντίδας, λόγω της μείωσης του εισοδήματος των ασθενών.

Μέχρι τότε, το κάθε νοσοκομείο συνήθιζε να προμηθεύεται μόνο του από ξεχωριστούς προμηθευτές, με αποτέλεσμα τις ανεβασμένες τιμές αγορών σε όλες τις ιατρικές προμήθειες. Με την αλλαγή που εφαρμόστηκε λόγω μνημονίου, καθιερώθηκε ένα αρκετά συγκεντρωτικό σύστημα αλλά ικανό χρηματοοικονομικό μοντέλο διαχείρισης προμηθειών, (σε θέματα, διαχείρισης προμηθειών, λογιστικού συστήματος και κοστολόγησης), όπου οι εντολές αγορών συγκεντρώνονταν από όλα τα νοσοκομεία και υπήρχε ένας μόνο προμηθευτής κοινός για όλα τα νοσοκομεία (οι εντολές έφευγαν από την κατώτατη διοίκηση στον Διευθύνοντα Σύμβουλο του εκάστοτε νοσοκομείου, μετά περνούσαν στην Επιτροπή προμηθειών και κατέληγαν στις περιφερειακές μονάδες ΔΥΠΕ και μετά στον ΕΠΥ). Μέσω του νέου τρόπου, συγκεντρώνοντας μεμονωμένες προσφορές εκτός νοσοκομείων σε μία συνολική προσφορά, επιτεύχθηκε σημαντική μείωση του κόστους προμηθειών, καλύτεροι χρόνοι πληρωμών εκ μέρους των νοσοκομείων, ομοιόμορφα αιτήματα προμηθειών, μεταφορά πιθανόν πλεονάσματος υλικού από ένα νοσοκομείο σε ένα άλλο και καλύτερη διαχείριση προϊόντων που σε άλλες περιπτώσεις θα έληγαν και δεν θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν (Derwenis N., et al, 2012). Τα εφαρμοσμένα μέτρα λιτότητας εστίασαν επίσης, στη μείωση του συνολικού κόστους των νοσοκομειακών προμηθειών (φαρμακευτικά, ιατρικά είδη, ορθοπεδικά υλικά και χημικά αντιδραστήρια) μέσω ενός νέου συστήματος έναντι του απαρχαιωμένου συστήματος που μέσω του κατακερματισμού των προμηθειών, επιβαρυνόταν το συνολικό κόστος (Greece Health Review 2017).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19: Αριθμός κρεβατιών εντατικής ΜΕΘ



Source: WHO Regional Office for Europe, 2018.

τον μέσο όρο της ΕΕ.

Μειώθηκε επίσης και ο αριθμός κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Παρά τη μείωση, ο αριθμός κλινών εξακολουθούσε να είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό κλινών στην Πορτογαλία, Ιταλία και Ισπανία, αλλά μικρότερος από

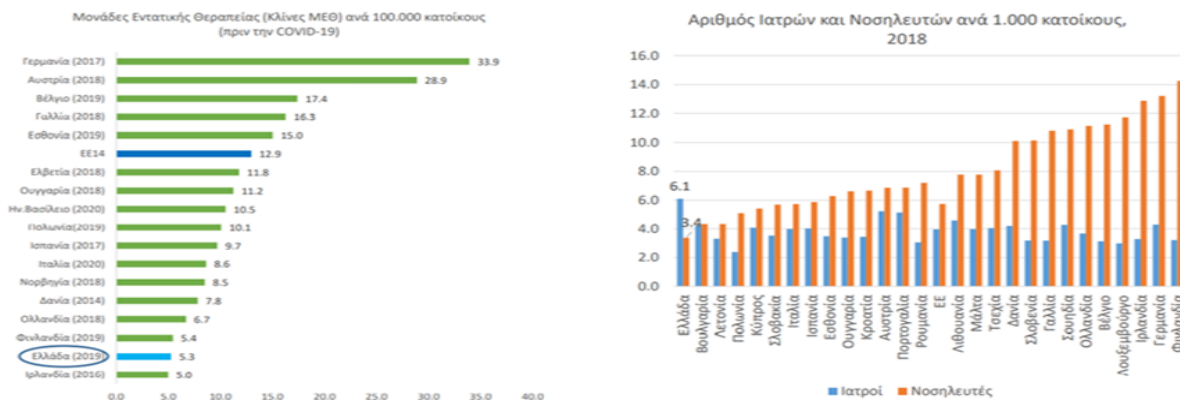
Ο αριθμός των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών<sup>5</sup> σε ολόκληρη την ΕΕ έχει μειωθεί κατά τη δεκαετία 2005 – 2015, κατά 9,5%. Πιθανότατα να οφείλεται σε αλλαγές στις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης, με συνέπεια η μέση διάρκεια νοσηλείας να μειώθηκε λόγω «νέων θεραπειών και λιγότερο επεμβατικών μορφών χειρουργικής επέμβασης, μερικές από τις οποίες μπορεί να χορηγηθούν μέσω περιπατητικής (εξωτερικής ιατρικής) φροντίδας» (Eurostat 2018). Το 2010, ξεκίνησαν επίσης, οι πρώτες περικοπές στις αποδοχές των υγειονομικών στο ΕΣΥ (τα επόμενα χρόνια ακολούθησαν και άλλες), όπως και μειώσεις προσλήψεων. Οι συνολικές δαπάνες για τις αποδοχές του προσωπικού περιλαμβάνουν: μισθούς προσωπικού νοσοκομειακών ιδρυμάτων, εφημερίες ιατρών ΕΣΥ και λοιπές παροχές προσωπικού (π.χ. υπερωρίες). Αναφορικά με τις προσλήψεις υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία και στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ακολουθήθηκε η ίδια αναλογία που εφαρμόστηκε και για τους υπόλοιπους δημόσιους υπαλλήλους – στα πέντε

<sup>5</sup> Ως νοσοκομειακές κλίνες ορίζονται αυτές που συντηρούνται τακτικά και στελεχώνονται και είναι άμεσα διαθέσιμες για τη φροντίδα των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομεία (Eurostat 2018)

άτομα που αποχωρούσαν προς συνταξιοδότηση, γινόταν πρόσληψη μόνο ενός. Επιπλέον, πολλοί γιατροί συνταξιοδοτήθηκαν νωρίτερα, ενόψει του φόβου μείωσης των μελλοντικών συνταξιοδοτικών τους δικαιωμάτων, καθώς επίσης και της πιθανής επιμήκυνσης του εργασιακού τους βίου (αυτό αναμενόταν για το σύνολο των δημόσιων υπαλλήλων).

Παρά ταύτα, όπως φαίνεται και από το κάτωθι διάγραμμα, το 2018 ο αριθμός ιατρών ανά 1.000 κατοίκους, ήταν από τους υψηλότερους στην ΕΕ27, ενώ ο αριθμός των νοσηλευτών ήταν ο χαμηλότερος στην ΕΕ27 (υπήρχε μεγάλη έλλειψη νοσηλευτών έναντι των ιατρών). Ενώ οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (κλίνες ΜΕΘ) ανά 100.000 κατοίκους, πριν από την πανδημία covid - 19, ήταν από τους χαμηλότερες στις 5,3 έναντι 12,9 στην ΕΕ14, μόνο η Ιρλανδία ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα στις 5.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20: Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Αριθμός Ιατρών/ Νοσηλευτών



Πηγή: Eurostat, Επεξεργασία IOBE (Φαρμακευτική αγορά 2020)

Η επιβολή των μέτρων 2010 – 2011 είχε μεγάλη επιτυχία, όσον αφορά στην επίτευξη των στόχων που τέθηκαν από το πρώτο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής στον κλάδο της υγείας, και ειδικότερα στη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης κατά €1.200 εκ. το 2011 σε σχέση με το 2010 είχε επιτευχθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21: Σύνθεση μείωσης Νοσοκομειακής Δαπάνης το 2011 (σε €)



Όπως φαίνεται από το διάγραμμα, οι μεγαλύτερες περικοπές ήταν στους εργαζόμενους του ΕΣΥ (43% ή €460,59€ εκ.), στη συνέχεια στα φάρμακα (24% ή €258,95€ εκ.) και τέλος στις προμήθειες υγειονομικού και λοιπών υλικών (24% ή €262,26€ εκ.). Επιπλέον περικοπές, υπήρχε κίνδυνος μείωσης της ποιότητας των παρεχόμενων

υπηρεσιών.

**Πηγή:** Επεξεργασία IOBE (Δαπάνες Υγείας 2011, σελ. 292)

### Στην Ασφάλιση Υγείας

Το 2011 ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ, που για εκείνη την περίοδο θεωρήθηκε μια μεγάλη μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας, καθώς η προμήθεια φαρμάκων και υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους θα γινόταν από ένα μοναδικό αγοραστή, τον ΕΟΠΥΥ και παράλληλα θα είχε μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη απέναντι στους προμηθευτές του συστήματος υγείας. Κατά την περίοδο 2011 - 2014 μετατράπηκε σταδιακά σε ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης, όπου συμπεριλήφθηκαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ). Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε μια προσπάθεια μεταρρύθμισης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης. Οι παλαιοί ασφαλισμένοι πολίτες εξακολουθούσαν να πληρώνουν τις εισφορές τους στα παλιά ταμεία, ενώ οι νέοι ασφαλισμένοι πλέον πλήρωναν εισφορές στον ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, ο ΕΟΠΥΥ συντόνιζε την ΠΦΥ, ρύθμιζε τις συμβάσεις με όλους τους προμηθευτές του συστήματος υγείας, έθετε πρότυπα ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με στόχο την μικρότερη πίεση στα δημόσια νοσοκομεία.



Από τις μεγάλες διαφορές που υπήρχαν μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων ως προς τις παροχές που προσέφερε το καθένα στους ασφαλισμένους του, ακολούθησε η εξίσωση των παροχών και των εισφορών σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Δημιουργήθηκε ένα κοινό πακέτο παροχών για όλους τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Οι ανωτέρω αλλαγές θα οδηγούσαν σε σημαντική μείωση του διοικητικού προσωπικού τουλάχιστον κατά 50% και των ιατρών με σύμβαση εργασίας, κατά 35% περίπου, συγκριτικά με το άθροισμα των προηγούμενων τεσσάρων ταμείων, με στόχο να εναρμονισθεί η αναλογία ασθενών ανά ιατρό με το ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Οι εξειδικευμένοι συμβεβλημένοι ιατροί του ΕΟΠΥΥ κατανέμονταν άνισα σε όλη τη χώρα, με μεγάλη συγκέντρωση στις μεγάλες πόλεις και έλλειψη ορισμένων ειδικοτήτων στις υπόλοιπες περιοχές. Ανάμεσα στα μέτρα λιτότητας του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής, τέθηκε το όριο των 200 επισκέψεων ανά μήνα που θα μπορούσε να δεχθεί ο κάθε συμβεβλημένος ιατρός μέσω του ΕΟΠΥΥ. Επίσης, ορίστηκε ένα μηνιαίο ανώτατο όριο αξίας φαρμακευτικών σκευασμάτων, στις συνταγές που θα μπορούσε να εκδώσει.

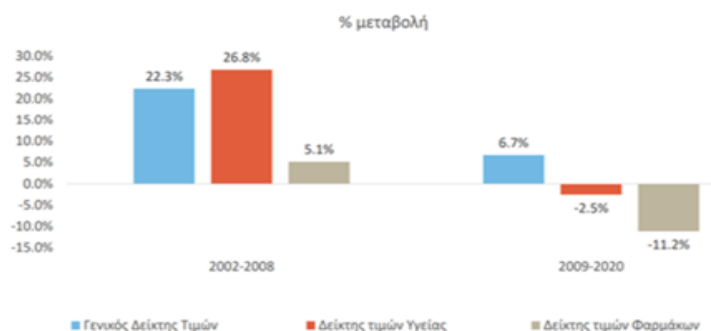
Το 2014, την ευθύνη για την ΠΦΥ την ανέλαβε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), κάτω από τον συντονισμό των ΥΠΕ (πρωτοβάθμιες εγκαταστάσεις περίθαλψης όπως κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους). Έτσι, ΕΟΠΥΥ παρέμεινε μόνο αγοραστής υπηρεσιών, τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Το ΠΕΔΥ ενσωμάτωσε όλους τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, αποτέλεσε ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας και η πρόσβαση στις δομές του ήταν καθολική. Το ΠΕΔΥ αγοράζει υπηρεσίες Υγείας από το ΕΣΥ ή από τους ιδιώτες της υγείας, και παρέχει τις υπηρεσίες αυτές στους ασφαλισμένους του στην περιφέρεια, κάνοντας χρήση τα 200 αγροτικά κέντρα υγείας, που στο παρελθόν αποτελούσαν τα πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ (το 2012 είχαν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ). Το ΠΕΔΥ συνεργάζεται με τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι δέχονται ασθενείς στα ιδιωτικά τους ιατρεία και με τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ, ιδιωτικά εργαστήρια.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνει: ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, ιατρικά και μικροβιολογικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα, και ιδιωτικά ιατρεία.

Χρηματοδοτείται άμεσα από τις πληρωμές ασθενών και από τις αποζημιώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία υπογράφουν συμβάσεις με πολλές δομές του ιδιωτικού τομέα υγείας και παρέχουν κυρίως πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, ενώ αμείβονται σε προσυμφωνημένες τιμές (IOBE, 2017).

**Στον φαρμακευτικό τομέα:** Το ποσοστό κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων στην Ελλάδα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, ήταν πολύ υψηλότερο από εκείνο των χωρών του ΟΟΣΑ, πριν από την οικονομική κρίση. Μέσα στα πλαίσια της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας, της μείωσης του ελλείμματος και της βιωσιμότητας του χρέους, στόχος ήταν ο περιορισμός του κόστους του τομέα της υγείας και η αύξηση της αποτελεσματικότητάς του. Η μείωση του κόστους θα επιτυχανόταν μέσω ενός «νέου συστήματος τιμολόγησης αναφοράς» για μείωση των τιμών των φαρμάκων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22: Τιμές Φαρμάκων κατά τις περιόδους 2002 – 2008 και 2009 – 2020



Την περίοδο 2009 – 2020 ο δείκτης τιμών φαρμάκων μειώθηκε κατά 11,2% έναντι αύξησης κατά 5,1% την περίοδο 2002 – 2008. Ενώ, ο δείκτης τιμών υγείας μειώθηκε κατά 2,5% κατά την περίοδο 2009 – 2020 έναντι σημαντικής αύξησης κατά 26,8% την περίοδο 2002 – 2008.

**Πηγή:** Eurostat 2021, *International trade, EU Trade since*, επεξεργασία στοιχείων IOBE (Φαρμακευτική αγορά 2021)

Σύμφωνα με τον νόμο 3892/2010 (ΦΕΚ 189/Α/4.11.2010) καθιερώθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (μέχρι τότε υπήρχε κυρίως η χειρόγραφη συνταγογράφηση), και παρά τις αρχικές αντιδράσεις των ιατρών στη χώρα μας (για σημαντική επιβάρυνση του χρόνου τους και καθυστερήσεις της δουλειάς τους λόγω της κατάστασης του δικτύου, αύξηση των εξόδων τους για την αγορά του απαραίτητου εξοπλισμού), αποτέλεσε την πιο σημαντική εθνική

εφαρμογή ηλεκτρονικής διακυβέρνησης. Κύριο χαρακτηριστικό της προηγούμενης περιόδου ήταν η υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων και η μεγάλη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο επιδιώχθηκε ο έλεγχος και ο περιορισμός της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης. Το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης διευκόλυνε την ενοποίηση όλων των εθνικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και εξάλειψε σφάλματα/ αβεβαιότητες στις ιατρικές συνταγές. Χρήσιμα στατιστικά στοιχεία και στοιχεία ιατρικού ιστορικού ήταν διαθέσιμα ανά πάσα στιγμή. Η αποτελεσματικότητα του μέτρου αυτού φάνηκε με τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης του δημόσιου τομέα τα τελευταία έτη (Μαραγκάκη Α. Κωνσταντινίδης Θ. Σαράφης Π. 2019). Επίσης, αποφασίσθηκε έλεγχος και περιορισμός στον αριθμό των συνταγών που θα μπορούσε να υπογράψει ένας γιατρός, και εκδόθηκαν οδηγίες συνταγογράφησης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Αυτό τροποποιήθηκε το 2015, και το ύψος της επιτρεπόμενης φαρμακευτικής δαπάνης εξαρτιόταν πλέον από την ειδικότητα του γιατρού, τον αριθμό των ασθενών, την περιοχή και την εποχή.

Επιβλήθηκε η διεύρυνση της λίστας “Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ)” και προέκυψε σημαντική ωφέλεια για τα ασφαλιστικά ταμεία. Εξοικονομήθηκαν περίπου €55,24 εκ. για τη δαπάνη των εν λόγω φαρμάκων, με βάση τις πωλήσεις τους, το 2010 (IOBE Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου 2011).

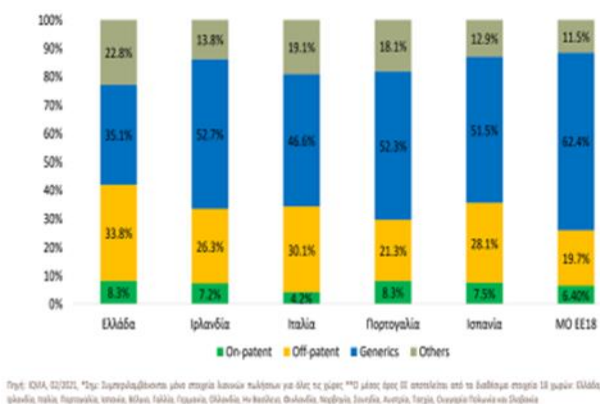
Επιπλέον, αποφασίσθηκε η διάθεση των ακριβών φαρμάκων μόνο μέσα στα νοσοκομεία ή στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και όχι ιδιωτικά φαρμακεία. Επίσης, ενισχύθηκε η χρήση των γενόσημων<sup>6</sup> φαρμάκων λόγω του χαμηλότερου κόστους τους (και πολλά από αυτά παράγονται και από ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες, άρα παράλληλα και τόνωση της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας) και μέχρι τότε αποτελούσαν ένα πολύ μικρό μέρος των συνολικών

---

<sup>6</sup> Με τον όρο «γενόσημα, νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας ως βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ενός πρωτοτύπου, το οποίο έχει αποδεδειγμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και έχει απολέσει την (νομική) προστασία της πατέντας του» – IOBE 2013. Έχει την ίδια παρασκευή με το εγκεκριμένα φάρμακα, είναι ισοδύναμο θεραπευτικά με το πρωτότυπο, έχει την ίδια δραστική ουσία και σε ποσότητα και είναι εκτός «πατέντας».

πωλήσεων, έναντι των πρωτοτύπων<sup>7</sup> (ή προϊόντα αναφοράς) μετά τη λήξη της πατέντας, που συνήθως ήταν εισαγόμενα και ακριβότερα. Επιπλέον, η μέση λιανική τιμή των γενόσημων φαρμάκων ορίστηκε στο 63% των πρωτοτύπων (αντί 72%). Οι ιατροί ήταν υποχρεωμένοι να συνταγογραφούν φάρμακα χρησιμοποιώντας το «διεθνές μη ιδιόκτητο όνομα», δηλαδή επιτρέπεται η χρήση κυρίως της δραστικής ουσίας, ενώ η χρήση επωνυμιών επιτρεπόταν μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Αλλά και τα δημόσια νοσοκομεία υποχρεώθηκαν στη χρήση γενόσημων φαρμάκων κατά 50% και καθιερώθηκε υποχρεωτική υποκατάσταση γενόσημων φαρμάκων στα φαρμακεία. Η εφαρμογή αυτού του μέτρου βοήθησε στο να αυξηθεί το ποσοστό των γενόσημων. Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα, παρά την υποχρέωση συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων όπου υπάρχει, το ποσοστό στην Ελλάδα είναι ακόμη μικρότερο από άλλες χώρες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: Διείσδυση φαρμάκων με βάση καθεστώς προστασίας ΕΕ18 το 2020



Τα γενόσημα (generics) αποτελούν το 35,1% της συνολικής κατανάλωσης φαρμάκων (1 στα 3 γενόσημο), ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το αντίστοιχο στην Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία και από τον μ.ο. ΕΕ18.

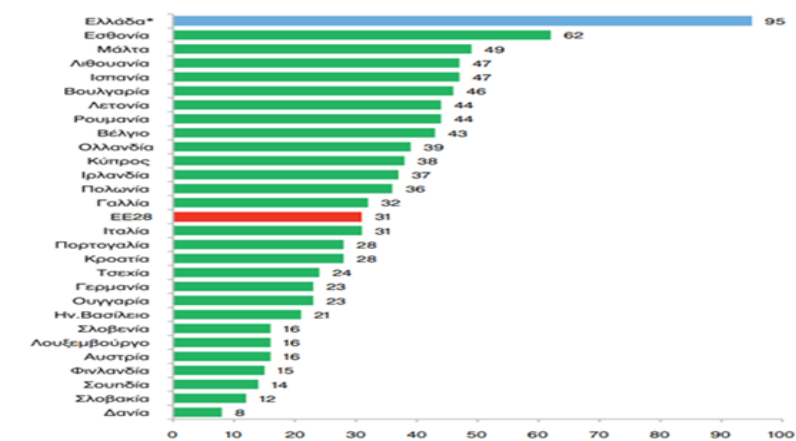
**Επεξεργασία:** IOBE (Φαρμακευτική αγορά 2020).

Οι αποτελεσματικότερες στρατηγικές αγορές φαρμάκων από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ συνέβαλλαν στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ορίστηκαν ανώτατα όρια τιμών για τα

<sup>7</sup> Με τον όρο «πρωτότυπα, νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας και προστατεύονται από ενεργό δικαίωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα), το οποίο απαγορεύει την κυκλοφορία στην αγορά οποιουδήποτε αντιγράφου του σκευάσματος για τη χρονική διάρκεια ισχύος του» - IOBE 2011.

εγκεκριμένα φάρμακα και η προμήθεια των φαρμάκων γινόταν μέσω προκήρυξης διαγωνισμών, βάσει της δραστηκής ουσίας. Επίσης, ορίστηκε εκτενής λίστα φαρμάκων, για τα οποία η Επιτροπή Προμηθειών εξέδιδε ενιαίες τάσεις για τις συμβάσεις προμηθειών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24: Φαρμακεία ανά 100.000 κάτοικους ΕΕ28 (2018)



Επίσης, κατά την περίοδο των μνημονίων, για να εξοικονομηθούν χρήματα στα ασφαλιστικά ταμεία, επιβλήθηκε η μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων, από 35% σε 19% και οι συγχωνεύσεις φαρμακείων ήταν

επιτρεπτές. Παρά την αλλαγή του νόμου, που επέτρεπε πλέον τις συγχωνεύσεις φαρμακείων, ο αριθμός των φαρμακείων ανά 100.000 κάτοικους παραμένει στην Ελλάδα ο υψηλότερος μέσα στην Ευρωζώνη και ανέρχεται στα 95 φαρμακεία, με δεύτερη την Εσθονία με 62 φαρμακεία και οι υπόλοιπες χώρες με κάτω του 50 φαρμακεία και μ.ο. ΕΕ28 στα 31 φαρμακεία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25: Αλυσίδα Φαρμάκου



Το ποσοστό κέρδους των Χονδρεμπόρων μειώθηκε στο 5,4% έναντι 8,432% (ΙΟΒΕ Δαπάνες Υγείας 2011). Τέλος, είχαμε τη μείωση ΦΠΑ στα φάρμακα σε 6,5% έναντι 10, πετυχαίνοντας έτσι την περαιτέρω μείωση της δαπάνης για τους .

Το 2011, επανήλθε η «θετική λίστα φαρμάκων» (είχε καταργηθεί το 2006) με σκοπό τη συγκέντρωση πρόσθετων εσόδων, καθώς επιβαλλόταν ένα πρόσθετο τέλος κάθε φορά που ένα νέο φάρμακο προστίθεντο στη λίστα φαρμάκων. Με αυτόν τον τρόπο εντάσσονται νέα φάρμακα/ δραστικές ουσίες στον κατάλογο των αποζημιούμενων σκευασμάτων, και δίνεται η δυνατότητα σε ασθενείς με σπάνιες παθήσεις να έχουν δωρεάν πρόσβαση. Το 2012, εφαρμόστηκε ο θεσμός της «αρνητικής λίστας φαρμάκων», τα οποία δεν αποζημιώνονταν οι ασφαλισμένοι από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπου περιλαμβάνονται πλέον πολλά φαρμακευτικά προϊόντα μη επιλέξιμα για αποζημίωση (η ενημέρωση της λίστας έπρεπε να γίνεται δύο φορές το χρόνο). Και οι δύο λίστες φαρμάκων, θετική και αρνητική, είχαν εφαρμοσθεί με επιτυχία σε άλλες χώρες της ΕΕ, όπως στην Ιταλία και Σουηδία, με σκοπό τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών (Παντελή κ.ά., 2016).

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) ανέλαβε την ευθύνη τιμολόγησης των φαρμάκων (στο παρελθόν ήταν αρμοδιότητα της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου) καθώς επίσης ανέλαβε και όλες τις άλλες πτυχές της φαρμακευτικής πολιτικής του Υπουργείου Υγείας, το 2013. Αυτή η αλλαγή σχεδιάστηκε για να τονώσει την αποτελεσματικότερη λήψη αποφάσεων και διοίκηση.

Το 2013, εφαρμόστηκαν δύο νέα μέτρα, σκοπός των οποίων ήταν η συγκράτηση και ο περιορισμός των κρατικών δαπανών υγείας:

- ✓ Clawback: μηχανισμός αυτόματης επιστροφής, μέσω του οποίου οι συμβεβλημένοι πάροχοι (φαρμακευτικές εταιρείες) θα έπρεπε να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα ποσά, τα οποία υπερβαίνουν τις μηνιαίες προϋπολογισθείσες δαπάνες υγείας και
- ✓ Rebate: μηχανισμός υποχρεωτικής έκπτωσης, με κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών του ΕΟΠΥΥ προς τους συμβεβλημένους προμηθευτές του Δημοσίου, για νοσήλια, φυσικοθεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις τις οποίες πραγματοποίησαν οι ασφαλισμένοι του.

Με την εφαρμογή αυτών των μηχανισμών, οι ιδιώτες προμηθευτές του συστήματος υγείας, έχασαν ένα μεγάλο μέρος των απαιτήσεών τους από τον ΕΟΠΥΥ. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται συνοπτικά όλες οι βασικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, στα πλαίσια των μέτρων λιτότητας.

Ακολουθεί ο συγκεντρωτικός πίνακας, που περιλαμβάνει τις σημαντικότερες αλλαγές που επιβλήθηκαν από τους δανειστές στο σύστημα υγείας, διαχρονικά από το 2010 - 2012.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ 2010 - 2017*

ΕΤΟΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ
<b>Διοικητική</b>	
2010	Διοικητική δομή: δημιουργήθηκαν 13 περιφέρειες σε όλη την Ελλάδα έναντι των 76 νομών που προϋπήρχαν και μειώθηκαν παράλληλα οι Δήμοι της χώρας σε 325 έναντι 1.000 [N]
<b>Χρηματοδότηση</b>	
2010	Ορίσθηκε μέγιστο ποσοστό δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας στο 6%. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μεγάλες περικοπές στη φαρμακευτική δαπάνη, στις ιατρικές υπηρεσίες, στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και στους μισθούς αυτών κ.α.
2011 - 2015	Οι πολίτες πλήρωναν μία μικρή συμμετοχή στα νοσοκομεία, όταν επέλεγαν να κάνουν χρήση των εξωτερικών απογευματινών ιατρείων, το οποίο κάποια στιγμή καταργήθηκε.
<b>Ασφάλιση Υγείας</b>	
2011	Ιδρύεται ο ΕΟΠΥΥ (ενιαίο σύστημα ασφάλισης υγείας, μοναδικός πληρωτής) και ίδιο πακέτο παροχών για όλους τους ασφαλισμένους πολίτες. Παλαιότερα υπήρχαν πολλά μικρά ασφαλιστικά ταμεία με διαφορετικές παροχές το καθένα, τα οποία θα συγχωνεύονταν όλα κάτω από τον ΕΟΠΥΥ [EAP]
2016	Παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε ανέργους και ευπαθείς ομάδες [N]
2017	Ιδρύθηκε ο ΕΦΚΑ [EAP]
<b>Διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας</b>	
2010 - 2012	Εφαρμόζονται μία σειρά από μεταρρυθμίσεις στη λογιστική παρακολούθηση των νοσοκομείων: καθιερώνεται το "σύστημα διπλής λογιστικής", δημοσιεύονται τακτικά οι ελεγμένοι ισολογισμοί των νοσοκομειακών μονάδων, εφαρμόζονται νέοι μηχανισμοί τιμολόγησης και κοστολόγησης, χρησιμοποιείται ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης για τις ιατρικές προμήθειες [EAP]
2011 -	Αναδιαρθρώνονται τα νοσοκομεία, μέσω συγχωνεύσεων ολόκληρων δομών και επιμέρους κλινικών [N και EAP]
2013	Εισάγεται νέο σύστημα νοσοκομειακών πληρωμών DRG [EAP]

<b>2014</b>	Ιδρύεται το "ΠΕΔΥ = Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας" και γίνονται αλλαγές στην "ΠΦΥ = Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας" [EAP]
<b>2015 -</b>	Δημιουργείται "πρωτοβάθμια περίθαλψη δύο επιπέδων με λειτουργία gatekeeping" [N]
<b>Φαρμακευτική Πολιτική</b>	
<b>2010</b>	Ορίζεται ανώτατο όριο φαρμακευτικών δαπανών, οι οποίες δεν πρέπει να ξεπερνούν τα € 2,44 δισ. το 2013, τα € 2 δισ. το 2014 και € 1,94 δισ. το 2015 – 2017 [EAP] Τα βασικά μέτρα που αποφασίσθηκαν για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών περιλάμβαναν: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ορίσθηκε μέγιστο όριο των δημόσιων δαπανών για φάρμακα εξωτερικών ασθενών στο 1% του ΑΕΠ έως το 2014</li> <li>• εφαρμόσθηκε το υποχρεωτικό "σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για γιατρούς και φαρμακοποιούς"</li> <li>• επιβλήθηκε η φαρμακευτική συνταγή βάσει δραστικής ουσίας</li> </ul>
<b>2010 -</b>	• νέο σύστημα τιμολόγησης αναφοράς για μείωση των τιμών των φαρμάκων
<b>2012</b>	• προωθήθηκε η χρήση "γενοσήμων φαρμάκων" έναντι των "πρωτότυπων φαρμάκων" <ul style="list-style-type: none"> <li>• εφαρμόσθηκαν νέοι θετικοί και αρνητικοί κατάλογοι φαρμάκων</li> <li>• μειώθηκαν τα εμπορικά περιθώρια κέρδους των φαρμακοποιών και των χονδρεμπόρων φαρμάκων</li> <li>• εφαρμόσθηκαν νέοι μηχανισμοί "claw-back και rebate"</li> </ul> Αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα φαρμακευτικά προϊόντα ορίσθηκε στο 25% της αξίας των φαρμάκων. Ενώ, ορίσθηκε μεταξύ 10% και 0% αντίστοιχα για χρόνιες ασθένειες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες.
<b>Σημειώσεις:</b> "N (National): Μεταρρύθμιση που ξεκίνησε σε εθνικό επίπεδο. EAP (Economic Adjustment Program): Απαιτούνται μεταρρυθμίσεις βάσει των Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής".	

*Πηγή: Greece, Health System Review 2017*

## 2.2 Συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Τα δέκα χρόνια οικονομικής κρίσης και τα 3 μνημόνια που εφαρμόσθηκαν από τους Ευρωπαϊκούς θεσμούς και το ΔΝΤ μαζί με τα αυστηρά μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν, για να ξεπερασθεί το δημοσιονομικό πρόβλημα που είχε η Ελλάδα, είχαν συνέπειες όχι μόνο στην οικονομική κατάσταση της χώρας και των πολιτών της αλλά και στο εθνικό σύστημα υγείας, καθώς επίσης και στις βασικές προσφερόμενες κοινωνικές υπηρεσίες.



Αρκετές μελέτες διεξήχθησαν από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, με σκοπό να προσδιορίσουν τον βαθμό και την έκταση των συνεπειών που είχαν οι επιβαλλόμενες/εφαρμοζόμενες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας και στους πολίτες. Υπάρχει έντονο ενδιαφέρον στη βιβλιογραφία για τη δημόσια υγεία και για την αξιολόγηση των επιπτώσεων στον τομέα της υγείας. Ορισμένες μελέτες έχουν αναφερθεί σε πολύ επιβλαβείς επιπτώσεις της Μεγάλης Ύφεσης στο σύστημα της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης στην Ευρώπη, ενώ άλλες έχουν διαπιστώσει ότι η ύφεση έχει ευεργετικές επιπτώσεις στην υγεία, ιδιαίτερα σε σημαντικούς δείκτες της υγείας του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων και των γενικών ποσοστών θνησιμότητας.

Σε μία μελέτη των Kentikelenis et al (2011), το δείγμα περιελάμβανε 12.346 και 15.045 απαντήσεις το 2007 και το 2009 αντίστοιχα, σχεδόν όλοι διέθεταν δημογραφικά στοιχεία. Η έρευνα βασίστηκε και σε αναφορές από ιατρούς, ερευνητικά ιδρύματα, νομαρχίες υγείας, και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ). Αυτές οι αναφορές περιλάμβαναν επιδημιολογικούς δείκτες, δεδομένα για εισαγωγές στο νοσοκομείο και αναφορές για προβλήματα ψυχικής υγείας των ευάλωτων ομάδων. Η έρευνα έδειξε, ότι το 2009 συγκριτικά με το 2007, ο αριθμός των ατόμων που ανέφερε ότι δεν πήγε επίσκεψη σε ιατρό ή σε οδοντίατρο ήταν αυξανόμενος, παρόλο που ένιωθαν ότι ήταν απαραίτητο. Οι κύριοι λόγοι φαίνεται ότι δεν ήταν οικονομικοί αλλά κυρίως λόγω των μεγάλων χρόνων αναμονής, της απόστασης διαδρομής μέχρι τα κέντρα υγείας, περιμένοντας ο πολίτης να νοιώσει καλύτερα κ.α. Το σύστημα υγείας της Ελλάδος, έδινε τη δυνατότητα για δωρεάν πρόσβαση σε γενικούς ιατρούς όσοι ήταν ασφαλισμένοι και να πληρώνουν 0 -5 € στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα της έρευνας για μειώσεις στην πρόσβαση, πιθανώς αντικατοπτρίζουν τα προβλήματα από την πλευρά της προσφοράς: υπήρχαν περικοπές περίπου 40% στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, υπό στελέχωση υγειονομικού προσωπικού, ελλείψεις σε ιατρικό υλικό και δωροδοκίες που δίνονταν στο ιατρικό προσωπικό για να ξεπεράσει τις λίστες αναμονής. Αν και οι ασφαλισμένοι ήταν λιγότερο πιθανόν να επισκεφθούν ιατρούς και εξωτερικά ιατρεία, οι εισαγωγές στα νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 24% το 2010 έναντι 2009 και κατά 8% στο πρώτο

μισό του 2011, έναντι ίδιας περιόδου του 2010. Στην ίδια περίοδο, και στα ιδιωτικά νοσοκομεία καταγράφηκε μείωση των εισαγωγών κατά 25 – 30%.

Οι Vandoros et al (2013), προσέγγισαν το θέμα βάσει της μεθόδου των «διαφορών στις διαφορές» που υπήρχαν και συνέκριναν τις τάσεις της υγείας που εμφανίσθηκαν πριν και μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, με τις τάσεις σε έναν πληθυσμό ελέγχου, την Πολωνία. Επιλέχθηκε η Πολωνία επειδή δεν βρέθηκε σε ύφεση και οι τάσεις υγείας ήταν συγκρίσιμες με της Ελλάδος πριν από την οικονομική κρίση. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την ευρωπαϊκή στατιστική υπηρεσία για την έρευνα εισοδήματος και τις συνθήκες διαβίωσης, για τη χρονική περίοδο 2006 - 2009. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στις τάσεις της υγείας στην Ελλάδα. Σε σχέση με τον πληθυσμό ελέγχου της Πολωνίας, η Ελλάδα παρουσίασε σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση των πιθανοτήτων αναφοράς κακής υγείας μετά την κρίση. Δεν υπήρχε διαφορά στις τάσεις της υγείας μεταξύ Πολωνίας και Ελλάδας πριν από την οικονομική κρίση. Κατέληξαν λοιπόν στο συμπέρασμα ότι αιτιώδης ερμηνεία της μείωσης της αυτοαξιολόγησης της υγείας στην Ελλάδα ήταν η πρόσφατη οικονομική κρίση.

Προηγούμενες μελέτες έχουν βρει ότι η οικονομική ύφεση συνδέεται με βελτιωμένη σωματική υγεία λόγω μικρότερης συνολικής θνησιμότητας, αλλά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Βάσει της μεθόδου των Vandoros et al κατέληξαν ότι οι τάσεις είναι δυσμενείς για την υγεία, είτε λόγω αλλαγών στην σωματική υγεία, καθώς οι πολίτες έχουν μειωμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας εξ' αιτίας της οικονομικής κρίσης είτε διότι κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων αυξάνονται οι συμπεριφορές μεγαλύτερης χρήσης αλκοόλ και άρα οι πολίτες οδηγούνται σε επιδείνωση της σωματικής τους υγείας. Στοιχεία της σωματικής αλλά και της ψυχικής υγείας ενσωματώνονται στην «αυτοαξιολόγηση της υγείας» και η περίοδος της ψυχικής υγείας μπορεί να είναι μεγαλύτερη βραχυπρόθεσμα. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η αυτοκτονία φαίνεται να είναι η μόνη αιτία που αυξάνεται σταθερά κατά τη διάρκεια οικονομικών υφέσεων, σε σχέση με άλλες αιτίες θανάτου που επηρεάζονται από οικονομικούς κύκλους,

Μια άλλη έρευνα των Granados J., Rodriguez J. (2015), κάνοντας συγκρίσεις με τους δείκτες προσδόκιμου ζωής, των ποσοστών θνησιμότητας, της συχνότητα εμφάνισης μολυσματικών ασθενειών, των ποσοστών εμβολιασμού στην Ελλάδα, Ισλανδία και Φιλανδία, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι δείκτες υγείας συνέχιζαν να βελτιώνονται όπως και στις άλλες δύο χώρες, όπου δεν εφαρμόστηκαν πολιτικές λιτότητας. Επιπλέον, κατέληξαν ότι δεν υποστηρίζεται η άποψη των Kentikelenis et al για την ύπαρξη υγειονομικής κρίσης στην Ελλάδα και ότι ο ισχυρισμός για τραγωδία στη δημόσια υγεία στο άρθρο τους είναι υπερβολικοί.

Κοινωνικές συνέπειες: Όπως είδαμε και ανωτέρω, η δραματική μείωση του ΑΕΠ (στην ενότητα 1.3.) και η κατακόρυφη μείωση των επενδύσεων στην Ελλάδα, είχε σαν αποτέλεσμα το ποσοστό της ανεργίας να αυξηθεί στο 27,3% το 2013 έναντι του ιστορικά χαμηλού στο 7,7% το 2008. Η αποκλιμάκωση του υψηλού ποσοστού ανεργίας γίνεται αργά, όπως φαίνεται από το γεγονός ότι τέλος του 2021 είχε μειωθεί στο 16% , ποσοστό όμως υψηλότερο από τα επίπεδα προ της κρίσης. Όσο μεγαλύτερη η ύφεση, τόσο μεγαλύτερα τα ποσοστά της ανεργίας. Εκατομμύρια εργαζόμενοι έχασαν τις δουλειές τους, το ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας αυξήθηκε κατά πολύ, με σχεδόν τρεις στους τέσσερις ανέργους να είναι μακροχρόνιοι άνεργοι. Όσο αυξάνεται το ποσοστό της ανεργίας, ένα μέρος της μετατρέπεται σε μακροχρόνια ανεργία.

Επιπλέον, παρατηρήθηκε και διεύρυνση του οικονομικού χάσματος μεταξύ των γενεών, διότι η ανεργία των νέων ηλικίας 15 – 24 ετών αυξήθηκε στην ΕΕ κατά 7,7% την περίοδο 2007 – 2013 ενώ η ανεργία στην ηλικιακή ομάδα 50 – 64 ετών, αυξήθηκε λιγότερο μόνο κατά 2,4% την ίδια περίοδο. Στις χώρες που βίωσαν πιο πολύ την οικονομική κρίση όπως: Ελλάδα, Κύπρος, Ιρλανδία, Ισπανία και Ιταλία, ο δείκτης ανεργίας των νέων αυξήθηκε περισσότερο από 7%, και ειδικότερα στην Ελλάδα ξεπέρασε το 20% το 2013 έναντι 8,9% το 2007. Σαν συνέπεια της κρίσης και του υψηλού ποσοστού ανεργίας των νέων, παρατηρήθηκε η αναγκαστική τους μετανάστευση στο εξωτερικό, και μάλιστα σε αντίθεση με τα μεταναστευτικά κύματα στο παρελθόν, το κύριο χαρακτηριστικό τους γνώρισμα ήταν το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και τα επιστημονικά τους προσόντα - brain drain. «Αρνητικές

επιπτώσεις σημειώθηκαν και στα δημογραφικά μεγέθη (λόγω της εισοδηματικής αβεβαιότητας, οι νέοι δεν δημιουργούν εύκολα οικογένεια, διατηρώντας τα ποσοστά υπογεννητικότητας σε υψηλά επίπεδα)» (Λιαργκόβας Π., 2020, σελ. 198 – 199).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στις ληξιπρόθεσμες οφειλές των πολιτών, είτε προς τις εφορίες (λόγω της υπέρ φορολόγησης που επιβλήθηκε από τα μνημόνια) είτε προς τις τράπεζες από δάνεια που είχαν εγκριθεί πριν από την κρίση.

Μια άλλη αρνητική εξέλιξη είναι ότι η εισοδηματική ανισότητα και το ποσοστό φτώχειας στην Ελλάδα βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ, χωρίς σημαντική αλλαγή την τελευταία δεκαετία. Το ποσοστό των ανθρώπων που αντιμετώπισαν τον «κίνδυνο της φτώχειας» ή του «κοινωνικού αποκλεισμού» (risk of poverty or social exclusion)<sup>8</sup> είχε ανέλθει στο 34,8% του πληθυσμού το 2017 έναντι 28,1% το 2008. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat/ statistics explained, σε επίπεδο ΕΕ, το ποσοστό ήταν στο 21,9% για το 2021 ενώ για την Ελλάδα ήταν στο 28,3% έναντι 27,5% το 2020 (3<sup>η</sup> στην κατάταξη με το υψηλότερο ποσοστό, με 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> στην κατάταξη η Ρουμανία και η Βουλγαρία αντίστοιχα). Σύμφωνα με το Health Review 2017, οι κοινωνικές μεταβιβάσεις και τα μέτρα κοινωνικής προστασίας δεν αποτελούν τόσο αποτελεσματικά μέτρα, καθώς μειώνουν τον κίνδυνο φτώχειας μόνο κατά 3 ποσοστιαίες μονάδες. Ίσως τα προβλήματα αυτά να δημιουργούνται λόγω διαρθρωτικών αδυναμιών στις αγορές προϊόντων και εργασίας, καθώς και στα συστήματα εκπαίδευσης ή φορολογίας.

Όλες οι προαναφερθέντες συνέπειες της οικονομικής κρίσης 2010 – 2020 στην Ελλάδα, συσσωρεύθηκαν και επηρέασαν αρνητικά τη ψυχική υγεία των Ελλήνων και συνδέονται με:

---

<sup>8</sup> «Ο αριθμός των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, αντιστοιχεί στο άθροισμα των ατόμων που (i) βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας (όπως υποδεικνύεται από το διαθέσιμο εισόδημά τους). και/ή (ii) αντιμετωπίζουν σοβαρή υλική και κοινωνική στέρηση (όπως μετριέται από την ικανότητά τους να αντέξουν οικονομικά ένα σύνολο προκαθορισμένων υλικών στοιχείων ή κοινωνικών δραστηριοτήτων)· και/ή (iii) ζουν σε νοικοκυριό με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας».

- σημαντική αύξηση των θανάτων από αυτοκτονίες (ανήλθαν σε 533 το 2013, έναντι 377 πριν από την κρίση). Το ποσοστό αυτοκτονιών ανήλθε στο 4,2% ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα το 2013, έναντι του μέσου όρου 12% στις χώρες του ΟΟΣΑ (Τούντας Γ. και συν, 2016)
- ψυχικές διαταραχές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Το ποσοστό κατάθλιψης ανήλθε στο 12,3% το 2013 έναντι 3,3% που ήταν έως το 2008, μεγαλύτερη κατάθλιψη παρουσίασαν οι γυναίκες 55 – 64 ετών, ακολούθησαν οι γυναίκες 45 – 64 ετών και στη 3<sup>η</sup> θέση βρέθηκαν οι άνδρες 35 – 44 ετών (Οικονόμου Μ. 2022)
- η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αυξήθηκε κατά 35%
- κατάχρηση καπνού και αλκοόλ και η αδυναμία εύρεσης εργασίας είναι οι αιτίες για αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς και
- μεγαλύτερη κατανάλωση χαμηλής ποιότητας τροφίμων.

Πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν την κυριαρχία των αρνητικών επιπτώσεων ψυχικής υγείας στην πρόσφατη οικονομική ύφεση. Η οικονομική ύφεση στην Ευρώπη και ΗΠΑ προκάλεσε σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών κατά 26,27% και επιδείνωση των αποτελεσμάτων ψυχικής υγείας κατά 28,29%, κυρίως μεταξύ των ανδρών. Η ύφεση μπορεί να αντανακλά την άμεση επίδραση της ανεργίας για την ψυχική υγεία. Η ανεργία εκτός από το ότι επιφέρει απώλεια εισοδήματος, μπορεί επίσης να επηρεάσει την ψυχική υγεία εξ' αιτίας του χρόνιου στρες, της μειωμένης κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της μειωμένης αυτοεκτίμησης και της έλλειψης κοινωνικής αναγνώρισης. Ωστόσο, η οικονομική ύφεση έδειξε ότι η αυξημένη ανεργία δεν είναι η μόνη αιτία που οδηγεί σε επιδείνωση της ψυχικής υγείας των ανθρώπων αλλά επιπλέον η ανασφάλεια εργασίας και γενικότερα το άγχος για την οικονομική αστάθεια, επιδεινώνει την ψυχική υγεία (Vandoros et al 2013).

Επίσης, η μακροχρόνια ανεργία μπορεί να προκαλέσει κοινωνική απομόνωση και φτώχεια και έτσι να αυξηθεί ο κίνδυνος νοσηρότητας και πρόωμης θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιακή ή εγκεφαλική νόσο, κυρίως σε μετανάστες ή ευάλωτες ομάδες.

Οι επιπτώσεις των μειώσεων των δημόσιων δαπανών υγείας ήταν οι ακόλουθες:

- Τα μηχανήματα και οι μονάδες νοσηλείας του συστήματος υγείας είναι αρκετά απαρχαιωμένα.
- Υπό στελέχωση των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων: Ο αριθμός του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι μειωμένος, εξ' αιτίας των μειωμένων προσλήψεων και του μεγάλου αριθμού πρόωρων συνταξιοδοτήσεων. Το προσωπικό βρέθηκε σε μεγάλη πίεση δουλειάς, καθώς έπρεπε να παρέχει τις υπηρεσίες του σε μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, ήταν δυσαρεστημένοι και λόγω των μεγάλων μειώσεων στους μισθούς τους (ποτέ δεν επανήλθαν στα επίπεδα προ της κρίσης μέχρι σήμερα). Όπως αναφέρεται στο άρθρο των Ifanti A. et al (2013), το ποσό που διατέθηκε για το ελληνικό σύστημα υγείας το 2010 μειώθηκε κατά 30% το 2011. Η δομή και η συνολική λειτουργία της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάστηκε από αυτή τη μείωση, καθώς υπήρχε υποστελέχωση στα νοσοκομεία, ελλείμματα, ελλείψεις φαρμάκων και άλλων βασικών ιατρικών και χειρουργικών υλικών, μεγάλες λίστες αναμονής ασθενών προς εξέταση ή προς χειρουργικές επεμβάσεις.
- Αύξηση της ζήτησης για εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία: όλοι σχεδόν οι πολίτες είχαν απώλεια εισοδήματος, είτε λόγω πολλαπλών μειώσεων μισθών και συντάξεων που εφαρμόστηκαν, είτε λόγω αύξησης φορολογίας μέσω αυξημένων συντελεστών ή και λόγω επιβολής νέων φορολογικών μέτρων, είτε λόγω της απώλειας εργασίας για πολλούς κ.α. Η αγοραστική δύναμη των πολιτών μειωνόταν και δεν μπορούσαν πλέον να αντέξουν τα έξοδα ενός ιδιωτικού νοσοκομείου (η μετακίνηση από τα ιδιωτικά νοσοκομεία στα δημόσια νοσοκομεία συμβαίνει ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων). Άρα το μειωμένο προσωπικό είχε μεγαλύτερη καταπόνηση σωματική και ψυχική και προσπαθούσε να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις με μειωμένους πόρους αλλά παράλληλα πάλευε να διατηρήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων μειώθηκαν πολύ, λόγω της αυξημένης ανεργίας. Σύμφωνα με τους Μπισκανάκη και Χαραλάμπους (2017), η μεγάλη πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας και η αδυναμία κάλυψης ασφαλιστικών εισφορών από τους πολίτες αποτελούν μεγάλη απειλή για τη συνέχιση βασικών παροχών υγείας: όπως οι εμβολιασμοί, που η μείωσή τους οδηγεί σε αύξηση της βρεφικής/ παιδικής νοσηρότητας ή και θνησιμότητας.
- Η μείωση του ποσοστού κάλυψης φαρμάκων και παρακλινικών εξετάσεων εκ μέρους των ασφαλιστικών ταμείων (σε μερικές περιπτώσεις και μηδενισμός της κάλυψης), επιβάρυνε τα οικογενειακά και ατομικά εισοδήματα. Όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα, η Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη μειώθηκε περίπου κατά 50% (2009 -2019) και διπλασιάστηκε η Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης*

Έτος	Συν. Φαρμακευτική Δαπάνη	Δημόσια Φαρμακ. Δαπάνη	Ιδιωτική Φαρμακ. Δαπάνη
2009	6.1	4.8	1.3
2012	4.9	3.4	1.4
2014	3.8	2	1.8
2018	4.7	1.9	1.9
2019	4.1	2.3	2.3

*Πηγή: IOBE – Φαρμακευτική Αγορά 2021*

Οι συνέπειες της υποστελέχωσης των δημόσιων νοσοκομειακών μονάδων με ιατρούς/ νοσοκόμες και της αυξημένης ζήτησης εισαγωγών, σύμφωνα με τους Μισκανάκη και Χαραλάμπους (2017), είναι:

- Η μειωμένη εξυπηρέτηση των ασθενών.
- Οι μεγάλες λίστες αναμονής των ασθενών που επιθυμούν να πάνε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων με προκαθορισμένο ραντεβού, λόγω κάποιου ιατρικού προβλήματος που έχει προκύψει, που θα μπορούσε όμως αυτή η καθυστέρηση να προκαλέσει επιπλοκές στους ασθενείς.

- Η ανάπτυξη της παραοικονομίας λόγω της μεγάλης αναμονής, με σκοπό να ξεπερασθεί η λίστα. Επίσης, ένας άλλος τρόπος παράκαμψης της λίστας, ήταν οι ασθενείς να πάνε στα Επείγοντα Περιστατικά των νοσοκομείων κατά τη διάρκεια εφημεριών, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται κατά πολύ και οι εφημερίες των νοσοκομείων (Μπισκανάκη Ε. και Χαραλάμπους Γ. 2017).

Υποστήριξαν λοιπόν, ότι όλα τα παραπάνω στρεβλώνουν τον ρόλο των νοσοκομείων που είναι η παροχή τριτοβάθμιας και όχι πρωτοβάθμιας φροντίδας, και ίσως δικαιολογεί τη σταθερότητα των ελλειμάτων των νοσοκομείων/ή αυξητικής τάσης αυτών, παρόλο τις αυξημένες εισφορές των εργαζομένων.

Σύμφωνα με τη μελέτη της Hellastat το 2010, υποχώρησε η νοσηλευτική κίνηση το 2010 στα ιδιωτικά θεραπευτήρια έναντι προτίμησης των ασθενών για τα δημόσια νοσοκομεία, σαν συνέπεια της κρίσης στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, η μελέτη έδειξε ήδη από το Α' εξάμηνο υποχώρηση του κύκλου εργασιών κατά 8,5% σε ετήσια βάση, όταν οι εκτιμήσεις της αγοράς έδειχναν αυξημένη νοσηλευτική κίνηση στα δημόσια νοσοκομεία έως και 20 - 30%. Πολλές ιδιωτικές μονάδες παρουσίαζαν προβλήματα ρευστότητας, καθώς τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία (με τα μεγάλα διογκούμενα ελλείμματα) καθυστερούσαν να τους αποζημιώσουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσω συμβάσεων. Το μειονέκτημα αυτό ήταν αρκετά μεγαλύτερο στις μικρές κλινικές, που είχαν μεγαλύτερη συνεργασία με το δημόσιο τομέα. Επιπλέον, ο μεγάλος δανεισμός των προηγούμενων ετών για τα επενδυτικά τους προγράμματα, τους έφεραν αντιμέτωπους με ένα μεγάλο χρηματοοικονομικό κόστος που δεν μπορούσε από τις ταμειακές ροές, λόγω μειούμενου κύκλου εργασιών και χαμηλότερων κερδών ή ακόμη και ζημιών. Σε μία άλλη μελέτη το 2006, η Ελλάδα κατείχε την υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, καθώς η ιδιωτική δαπάνη υγείας αποτελούσε το 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας έναντι 22,8% του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ των 15. Η μεγάλη αυτή απόκλιση αυτή υπογράμμιζε τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας του ΕΣΥ.

Τέλος, άτομα με ειδικές ανάγκες που νοσούσαν ή δικαιούνταν επιδόματα αναπηρίας, επίσης, επλήγησαν από την οικονομική κρίση, καθώς οι σημαντικές περικοπές στον προϋπολογισμό



των κοινωνικών παροχών περίπου κατά 30% (ποσοστό πριν από την κρίση 3 – 4%), είχε σαν αποτέλεσμα κάποιοι Έλληνες πολίτες να αναζητούν ιατρική βοήθεια σε μη κυβερνητικές οργανώσεις, όπως π.χ. «οι γιατροί του Κόσμου», που στο παρελθόν περιέθαλπαν μόνο τους μετανάστες.

Μετά το 2010, αυξήθηκε σημαντικά ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) και των άτυπων δικτύων υγειονομικής περίθαλψης. Ο ρόλος όλων αυτών κάλυπτε τις ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού πολιτών, που είχαν χάσει την ασφαλιστική τους ικανότητα και την πρόσβαση στη δημόσια υγεία (οι ίδιοι οι εργαζόμενοι και τα προστατευόμενα μέλη τους), είτε λόγω της μακροχρόνιας ανεργίας, πάνω από 2 χρόνια είτε λόγω αδυναμίας καταβολής εισφορών από την πλευρά των αυτοαπασχολούμενων, οι οποίοι δεν άντεχαν οικονομικά. Όπως αναφέρεται στο Health Review 2017, μετά το 2009 υπολογίζεται ότι υπήρχαν περίπου 2,5 εκ. ανασφάλιστοι. Αυτό το ασφαλιστικό κενό, ήρθε και το κάλυψε η ΚΥΑ το 2016, σύμφωνα με την οποία παρέχεται υγειονομική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού μέσω του ΕΟΠΥΥ (όπως έχει αναφερθεί στην ενότητα 1.1.).

Σε μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με τις φαρμακευτικές πολιτικές στην Ευρώπη, προκύπτει ότι τα αυστηρότερα μέτρα λιτότητας για τα φάρμακα εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, όπως μειώσεις τιμών, μειώσεις ΦΠΑ και μεγαλύτερες συμμετοχές των ασφαλισμένων στην αγορά φαρμάκων. Για κάποιο διάστημα, υπήρχε η φήμη ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες θα απέσυραν μερικά φάρμακα, λόγω της μειωμένης τιμής, αλλά αυτό δεν πραγματοποιήθηκε, βέβαια υπήρχε μεγάλος φόβος στους ευάλωτους και ασθενείς πολίτες, για την πιθανότητα, μήπως κάποια ημέρα δεν μπορέσουν να βρουν τα φάρμακά τους άμεσα. Επιπλέον, λόγω της χαμηλής τιμής των φαρμάκων, το απόθεμα κάποιων φαρμάκων δεν κρατιέται στα φαρμακεία προς πώληση, αλλά διοχετεύεται στο εξωτερικό, σε αγορές με υψηλότερες τιμές των συγκεκριμένων φαρμάκων, λόγω σημαντικών διαφορών στις τιμές ορισμένων σκευασμάτων. Αυτό ισχύει μέχρι σήμερα και όχι μόνο στην Ελλάδα και η ΕΕ προσπαθεί να ελαττώσει με προσωρινές απαγορεύσεις αυτό το φαινόμενο με των «παράλληλων εξαγωγών» όπως συνηθίζεται να λέγεται.

Το γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ είναι ο μοναδικός πληρωτής των προμηθευτών της δημόσιας υγείας, θα μπορούσε να περιορίσει την αύξηση των δαπανών και να οδηγήσει σε ορθολογικότερη κατανομή των πόρων του συστήματος υγείας. Αλλά δεν υπήρξε καμία υποστήριξη σε επιχειρησιακό επίπεδο, τουλάχιστον τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του και παρέμεινε με μειωμένο προσωπικό και με ελλιπή χρηματοδότηση. Σαν αποτέλεσμα ήταν οι καθυστερήσεις πληρωμών των παρόχων υγείας. Από το 2011 φθάσαμε στο 2014, για να δημιουργηθεί το ΠΕΔΥ και να αναλάβουν δραστηριότητες από τον ΕΟΠΥΥ. Πιθανές αιτίες για την έλλειψη προόδου ήταν η περιορισμένη διοικητική ικανότητα, μειωμένη χρηματοδότηση και απουσία, έως το 2017, έλλειψη σαφούς σχεδίου μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ίσως και έλλειψη πολιτικής βούλησης. Μεταρρυθμίσεις αναδιάρθρωσης ξεκίνησαν πάλι το 2017, σε μία προσπάθεια να δημιουργηθούν πιο αποκεντρωμένες μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά το σύστημα παραμένει αρκετά συγκεντρωτικό.

Οι μεταρρυθμίσεις ήταν έκτακτης ανάγκης και ζωτικής σημασίας για τον τομέα της δημόσιας υγείας, αλλά ίσως χρειαζόταν καλύτερη οργάνωση. Σημειώνεται, ότι η «ελληνική κρίση έχει καταγραφεί ως μία από τις πιο έντονες και «επίμονες» παγκοσμίως, τόσο για τις συνέπειες όσο και για τη διάρκειά της» (Σουλιώτης και συν, 2018).

Πρέπει να επισημάνουμε και κάποια θετικά που προέκυψαν από τα μνημόνια, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, πλαφόν στη συνταγογράφηση από τους ιατρούς, προώθηση και υποχρεωτική αύξηση παροχής γενόσημων φαρμάκων, ρύθμιση των τιμών φαρμάκων (για να ελεγχθεί η υπερχορήγηση με σκοπό την ορθή κατανομή των περιορισμένων πόρων). Η Ελλάδα, παρουσίαζε το χαμηλότερο ποσοστό διείσδυσης στην αγορά των γενόσημων φαρμάκων 32% σε σύγκριση με άλλες χώρες που φθάνουν στο 60%. Επίσης η εφαρμογή υποχρεωτικής μηχανοργάνωσης στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα στόχευε στον έλεγχο δαπανών, στη διαφάνεια και οργάνωση αλλά και στην αξιολόγηση του προσωπικού και των υπηρεσιών υγείας (Μπισκανάκη και Χαραλάμπους).

Το 2020, οι Crookes et al θεώρησαν την ελληνική περίπτωση ως σημαντική για τη μελέτη των επιπτώσεων της ύφεσης στα συστήματα υγείας. Ανέλυσαν τις αλλαγές στις δαπάνες υγείας

των νοικοκυριών στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης και διερεύνησαν εάν ο αντίκτυπος διέφερε μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, μελετώντας τις τάσεις πριν και μετά την κρίση στις πληρωμές από την τσέπη των ελληνικών νοικοκυριών για υγειονομική περίθαλψη από το 2004 έως το 2017 και διερευνώντας τις δαπάνες σε απόλυτα μεγέθη αλλά και ως ποσοστό των συνολικών αγορών των νοικοκυριών. Τα στατιστικά δεδομένα αφορούσαν Έρευνα Προϋπολογισμού των νοικοκυριών για τα έτη 2004 και 2008 – 2017, και τα στοιχεία προήλθαν από την Ελληνική Στατιστική Εταιρεία (ΕΛΣΤΑΤ). Η βάση δεδομένων για τη μελέτη αφορούσε δεδομένα από ο 51.654 νοικοκυριά με 128.111 μέλη. Οι δαπάνες υγείας αποτελούνταν από: φάρμακα, υπηρεσίες ιατρών οποιασδήποτε ειδικότητας (εξαιρουμένων των νοσοκομειακών υπηρεσιών) και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Αυτοί που συμμετείχαν στην έρευνα κατέγραψαν τις δαπάνες σε αγαθά και υπηρεσίες των προηγούμενων εβδομάδων ή μηνών και να κατέγραψαν επίσης τις ημερήσιες δαπάνες για 14 ημέρες.

Διεπίστωσαν λοιπόν ότι οι δαπάνες για υπηρεσίες σχετικές με διαγνωστικές εξετάσεις σε νοσοκομεία και φαρμακευτικά προϊόντα αυξάνονται από την αρχή της κρίσης, ενώ οι δαπάνες για υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών μειώνονται. Λόγω της οικονομικής κρίσης, τα περισσότερα νοικοκυριά δεν θέλουν να ξοδέψουν επιπλέον χρήματα σε ιδιωτικά νοσοκομεία ή επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς, πολύ περισσότερο βέβαια αυτό ισχύει για τα φτωχότερα νοικοκυριά. Κατέληξαν ότι δεν υπήρχε η οικονομική προστασία των ελληνικών νοικοκυριών, ως επακόλουθο της οικονομικής κρίσης. *«Η επίδραση αυτή ήταν ιδιαίτερα έντονη στα φτωχότερα νοικοκυριά, γεγονός που είναι ενδεικτικό ενός οπισθοδρομικού συστήματος χρηματοδότησης».*

Επίσης, είναι αναγκαίο να γίνουν πολλές προσπάθειες και επιπλέον ενέργειες, για την όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργία των νέων φορέων ΕΟΠΥΥ και ΕΦΚΑ (ενέργειες που ήδη έγιναν όπως η συγκέντρωση ενός πολύ μεγάλου αριθμού δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων, με ομοειδείς παροχές και μείωση λειτουργικού κόστους, με ενιαία διοίκηση και κεντρικό προγραμματισμό/ οργάνωση κ.α.). Ορισμένες αλλαγές αύξησαν την αποτελεσματικότητα του

συστήματος ή μείωσαν τα ελλείματα μέσω περιορισμού του κόστους λειτουργίας. Άλλες αλλαγές όμως είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών.

**2.3 Σύγκριση του συστήματος υγείας της Ελλάδος με άλλων χωρών της Ευρώπης**  
Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση βρήκε απροετοίμαστες τις περισσότερες χώρες της ΕΕ, ώστε να ανταπεξέλθουν στη νέα πραγματικότητα και επηρεάστηκαν όλοι οι τομείς της δημόσιας πολιτικής. Επιβλήθηκαν μεγάλες μειώσεις στους προϋπολογισμούς των κρατών, με μεγάλες επιπτώσεις στην κοινωνική πολιτική και στη δημόσια υγεία, μέσω μειώσεων των πόρων για τη δημόσια υγεία, μειώσεων στις πληρωμές των προμηθευτών του τομέα της υγείας, συγχωνεύσεων δομών, μειώσεων νοσοκομειακών κλινών και υγειονομικού προσωπικού. Η μεγάλη επίδραση της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι 18 χώρες της ΕΕ (σε σύνολο 28 χωρών) παρουσίασαν μειούμενες δαπάνες υγείας (Σουλιώτης και συν, 2018 ).

Βάσει της βιβλιογραφίας και των μελετών που έχουν γίνει, το συμπέρασμα ήταν ότι αυξάνονται οι ανισότητες σε περιόδους οικονομικών κρίσεων, και μάλιστα υπήρχε μεγάλο ενδιαφέρον για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Βέβαια, υπάρχουν και άλλες μελέτες που έγιναν σε σκανδιναβικές χώρες που δεν επιβεβαιώνουν την αύξηση των ανισοτήτων.

Στο σημείο αυτό αξίζει να παρουσιασθούν τα διαφορετικά Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής (ως προς το ύψος των δανείων, τη χρονική διάρκειά τους και την έξοδό τους στις ξένες αγορές), που εφαρμόστηκαν στις χώρες: Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία και τέλος στην Κύπρο.

- Ελλάδα: Μάιος 2010- € 110 δις / Μάρτιος 2012- € 142,9 δις/ εφαρμόστηκε το PSI € 197 δις (αναδιάρθρωση του χρέους μέσω ανταλλαγής ομολόγων από εγχώρια και ξένα ιδιωτικά κεφάλαια) και επιπλέον € 38 δις το 2015 (μετά από την επιβολή «capital controls» για τον περιορισμό και τον έλεγχο πιθανών διαρροών κεφαλαίων από τις ελληνικές τράπεζες). Το τέλος των προγραμμάτων ήταν το 2018.

- Ιρλανδία: Νοέμβριος 2010 – Δεκ. 2013 – € 67,5 δις + € 17,5 δις από εσωτερικό δανεισμό (από την Εθνική Υπηρεσία Διαχείρισης Διαθεσίμων). Ο συνολικός δανεισμός προέκυψε μετά την κατάρρευση των μεγαλύτερων τραπεζών της, για να επιτευχθεί η τόνωση της οικονομίας της.
- Πορτογαλία: Μάϊος 2001 έως Ιούνιο 2014 - € 79 δις, για να χρηματοδοτηθούν τα δημοσιονομικά ελλείμματα, να μειωθεί το χρέος της χώρας, να αποκατασταθεί το τραπεζικό σύστημα και να γίνουν κατάλληλες αλλαγές για την τόνωση της οικονομίας. Στο τέλος του προγράμματος σημειώθηκε σημαντική βελτίωση των δημόσιων οικονομικών και της οικονομίας της χώρας.
- Κύπρος: Μάϊος 2013 – Μάρτιο 2016, € 10 δις+ € 2,5 δις από τη Ρωσία, με σκοπό την αναδιάρθρωση του τραπεζικού της συστήματος και τη βελτίωση των δημόσιων οικονομικών.

Όπως είναι κατανοητό, η σύγκριση δεν μπορεί να είναι απόλυτη, καθώς:

- ✓ η κατάσταση της οικονομίας, τη χρονιά που ξεκίνησε η οικονομική κρίση ήταν διαφορετική,
- ✓ η διάρκεια της κρίσης δεν ήταν η ίδια π.χ. η οικονομική κρίση στην Ελλάδα κράτησε πολλά περισσότερα χρόνια, συγκριτικά με τις υπόλοιπες τρεις χώρες,
- ✓ η χρονική περίοδος που άρχισε η οικονομική κρίση και επιβλήθηκαν δημοσιονομικά μέτρα ήταν διαφορετική.

Παρουσιάζονται παρακάτω οι δομές του συστήματος υγείας, όπου επιλέχθηκαν μόνο 5 χώρες για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας είναι: Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, Πορτογαλία και Κύπρος, από το άρθρο των Αντωνίου και συν (2021).

#### *ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Δομές Συστημάτων Υγείας*

Χώρες	Δομή συστήματος υγείας	Τυπολογία συστήματος	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ιδιωτικές Δαπάνες (2016)	Ιδιωτική Ασφάλιση
Ιταλία	Υψηλά αποκεντρωμένο	Εθνικό Σύστημα Υγείας	Ισχυρή	24.40%	Περιορισμένη χρήση
Ισπανία	Αποκεντρωμένο με κρατικό συντονισμό	Εθνικό σύστημα υγείας	Πλουραλισμός	28.90%	Περιορισμένη χρήση
Ελλάδα	Συγκεντρωτικό σύστημα	Μεικτό σύστημα	Ανάγκη Εκσυγχρονισμού	38.70%	Συμπληρωματικά
Πορτογαλία	Θεωρητικά αποκεντρωμένο (περιφέρειες) στην πράξη συγκεντρωτικό	Εθνικό Σύστημα Υγείας, με στοιχεία Κοιν. Ασφάλισης	Ισχυρή	38.50%	Περιορίζεται σε συγκεκριμένες Εργασιακές ομάδες
Κύπρος	Συγκεντρωτικό σύστημα	Περιορισμένης δυναμικότητας δημόσιο σύστημα	Χρήζει οργάνωσης, μεγάλοι χρόνοι αναμονής	-	Παράλληλη λειτουργία με το δημόσιο σύστημα

**Πηγή:** *OECD countries Health Profile (2017 -2019)- Επεξεργασία στοιχείων από Αντωνίου και συν (2021)*

Παρατηρούμε ότι η Ιταλία και η Ισπανία έχουν υψηλά αποκεντρωμένο σύστημα υγείας με περιορισμένη χρήση της Ιδιωτικής Ασφάλισης σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες, σε αντίθεση με τις άλλες τρίτες χώρες που έχουν συγκεντρωτικό σύστημα και η ιδιωτική ασφάλιση δρα συμπληρωματικά. Στην Ιρλανδία, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τη φορολογία αλλά και «η εθελοντική ασφάλιση υγείας παίζει ουσιαστικό ρόλο, για να έχουν ταχύτερη πρόσβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις και σε ραντεβού με ειδικούς ιατρούς, ή κατ' επιλογήν νοσοκομειακή περίθαλψη» (*OECD State of Health in Ireland 2021*).

Σύμφωνα με το οικονομετρικό μοντέλο που εφάρμοσαν οι Maynou L. & Saez M. (2016), προσπάθησαν να δείξουν εάν η οικονομική κρίση από το 2008 και έπειτα, και ειδικότερα τα αυστηρά μέτρα λιτότητας (μειώσεις δημόσιων δαπανών, ιδιωτικοποιήσεις δημόσιων φορέων κ.α.) που εφαρμόστηκαν στις Ευρωπαϊκές χώρες, είχαν επιπτώσεις στις ανισότητες στον κλάδο υγείας των χωρών της ΕΕ, και πιο συγκεκριμένα στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Συγκεκριμένα ήθελαν να δείξουν ποιος ήταν ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στη σύγκλιση, δηλ. στη μείωση ή εξίσωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων του κλάδου της υγείας (με εξαρτημένες μεταβλητές το προσδόκιμο ζωής, ολική θνησιμότητα και θνησιμότητα από συγκεκριμένες αιτίες κ.α.). Αν και δεν υπήρχε απόκλιση σε καμία χώρα, το ποσοστό σύγκλισης όσον αφορά στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν μικρότερο σε σχέση με τον μέσο όρο στην Εσθονία, Πορτογαλία, Πολωνία και Ουγγαρία και υψηλότερο

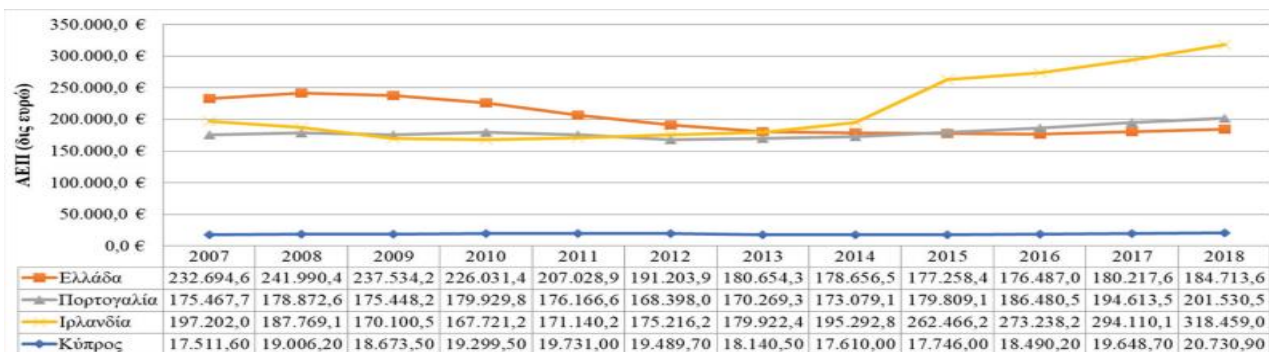
στην Ελλάδα, Σουηδία, Ισπανία και Ιταλία. Το κύριο συμπέρασμά τους ήταν η απότομη αύξηση των ανισοτήτων το 2010 για όλα τα αποτελέσματα υγείας (αν και λιγότερο απότομη για θνησιμότητα από καρκίνο). Δηλαδή η αύξηση των ανισοτήτων συνέπιπτε με τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν, και μάλιστα φάνηκε ότι ξεκάθαρα ότι αυτή η επίδραση καθυστέρησε κατά δύο χρόνια, από το 2008 στο 2010.

Σε αυτήν την ενότητα, θα συγκρίνουμε κάποιους οικονομικούς και υγειονομικούς δείκτες της Ελλάδας με τους αντίστοιχους δείκτες σε άλλες χώρες, όπου και εκεί εφαρμόστηκαν Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής - μνημόνια, μέσω των οποίων επηρεάστηκε η χρηματοδότηση της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας. Θα παρουσιασθούν κάποιοι οικονομικοί και υγειονομικοί δείκτες (η εξέλιξή τους διαχρονικά μέσα στην περίοδο 2008 -2018) και θα φανεί κατά πόσο τα διάφορα συστήματα υγείας χωρών κυρίως της Ν. Ευρώπης ανταποκρίθηκαν θετικά ή αρνητικά στα νέα δεδομένα που δημιουργήθηκαν από την οικονομική κρίση. Το άρθρο των Μαραγκάκη και συν (2019) αναλύει κάποιους οικονομικούς και υγειονομικούς δείκτες του συστήματος υγείας στις εξής χώρες: Ιρλανδία, Πορτογαλία και στη Κύπρο, χώρες που επλήγησαν κατά πολύ περισσότερο μέσα στην ΕΕ. Πολλά διαγράμματα έχουν προκύψει από αυτή την μελέτη. Επίσης, θα γίνεται αναφορά και σε στοιχεία από το άρθρο των Αντωνίου και συν (2021), οι οποίοι εξέτασαν 13 χώρες αλλά η παρούσα ανάλυση θα προσεγγίσει μόνο τις χώρες: Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Κύπρος.

Αρχικώς, θα ξεκινήσουμε με την εξέλιξη του ποσοστού του ΑΕΠ. Όπως παρατηρούμε στο κάτωθι διάγραμμα, η Ελλάδα παρουσίασε τη μεγαλύτερη μείωση στο ΑΕΠ (- €57 δις; -23.6%), καθώς το ΑΕΠ μειώθηκε από €241,9 δις το 2008 σε €184,7 δις το 2018. Η Ιρλανδία παρουσίασε τη μεγαλύτερη αύξηση του ΑΕΠ ίση με €318,45 δις (+70%), καταρχήν μειώθηκε κατά την περίοδο 2008 – 2010 και κατόπιν άρχισε να αυξάνεται. Το ΑΕΠ της Πορτογαλίας και της Κύπρου έχει αυξηθεί κατά +€22,7 δις (+12,7%) και +€1,7 δις (+8,9%) αντίστοιχα, ξεκινώντας την ανοδική πορεία τους το 2013 και 2015. Αξίζει να επισημάνουμε, ότι η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα όπου τα επίπεδα του ΑΕΠ το 2018, βρίσκονται ακόμη σε χαμηλότερα επίπεδα από τα αντίστοιχα του 2007, δηλαδή τα επίπεδα προ της οικονομικής κρίσης. Αυτό

εξηγείται από το γεγονός ότι η κρίση στην Ελλάδα διήρκησε περισσότερα χρόνια ενώ οι υπόλοιπες τρεις χώρες έχουν εξέλθει από τα μνημόνια εδώ και χρόνια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26: Μεταβολή του ΑΕΠ σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία και Κύπρο για την περίοδο 2007 - 2018



Πηγή: Eurostat – Επεξεργασία από Μαραγκάκη και συν. (2019)

Εξετάζοντας τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, κατά τη χρονική περίοδο 2007 – 2016, τη μεγαλύτερη αύξηση δαπανών υγείας την παρουσίασε η Ιρλανδία, για όλη τη εξεταζόμενη περίοδο, παρουσιάζοντας συνολική αύξηση ίση με €4.946 δις (+32%), δηλαδή ανήλθε σε €20.332 δις το 2016 έναντι €15.386 δις το 2007. Δηλαδή κατάφερε και αύξησε τις δαπάνες της για τον κλάδο υγείας ακόμη και τα 4 πρώτα χρόνια 2007 – 2010, όταν το ΑΕΠ στη χώρα αυτή, είχε καθοδική πορεία. Η Κύπρος εμφάνισε μικρότερη αλλά συνεχή αύξηση ίση με +19,2%, και ανήλθε σε €1.217,2 δις το 2015 έναντι €1.020,4 δις το 2007. Στην Πορτογαλία, οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν τη μικρότερη αύξηση (+5,8%), κυμάνθηκε από €15.907,6 δις το 2007 σε €16.836,1 δις το 2016. Τέλος, στην Ελλάδα ακόμη και το 2016, παρέμειναν σε επίπεδα πολύ χαμηλότερα του 2007, όπως και το ΑΕΠ της χώρας.

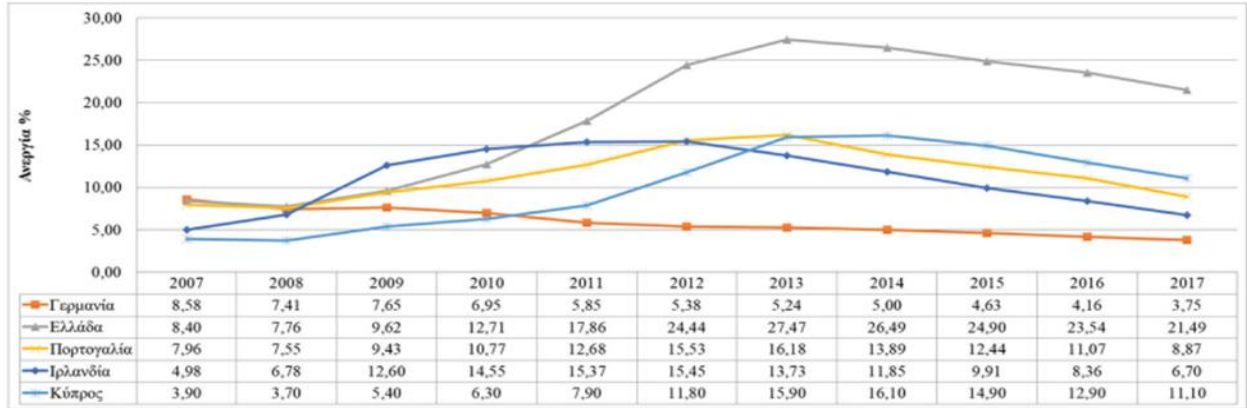
Ένας άλλος οικονομικός δείκτης που αξίζει να αναλύσουμε, είναι ο δείκτης της ανεργίας: καθώς δείχνει το ποσοστό του ενεργού πληθυσμού που είναι άνεργο, κατά συνέπεια από τη μια μεριά δεν θα μπορεί να αυξήσει τις ιδιωτικές του δαπάνες για υγεία, καθώς θα έχει



μηδενικό εισόδημα και από την άλλη πλευρά θα κάνει μεγαλύτερη χρήση των δημόσιων παροχών υγείας, άρα το σύστημα υγείας μπορεί να πιέζεται περισσότερο.

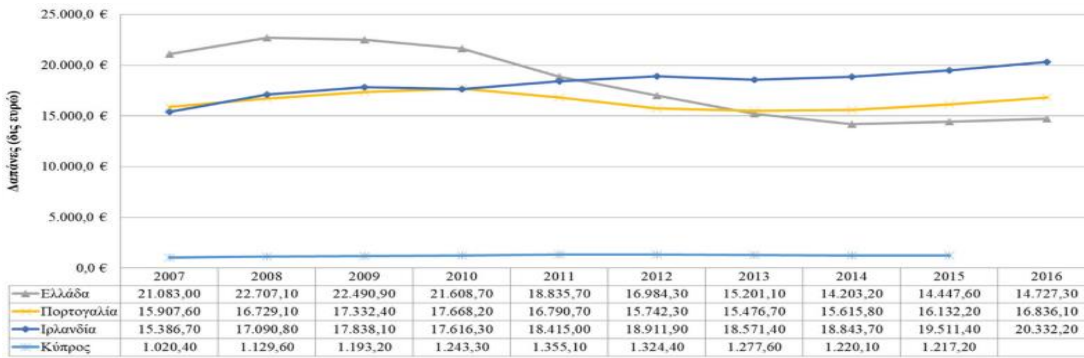
Το ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα, αυξήθηκε πολύ την περίοδο της οικονομικής κρίσης (όπως αναλύθηκε στην ενότητα 1), και συγκεκριμένα έφθασε στο 27,5% το 2013 έναντι 8,4% το 2007, ενώ στη συνέχεια ακολούθησε καθοδική πορεία και έπεσε στο 21,5% (2017), και ακόμη και σήμερα βρίσκεται σε επίπεδα υψηλότερα από το 2007, και σε πολύ υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τις άλλες τρεις χώρες. Αντίστοιχα, η ανεργία στην Πορτογαλία, παρουσίασε την υψηλότερη τιμή το 2013 φθάνοντας στο 16,2% και στη συνέχεια μειώθηκε στο 8,87% το 2017, ποσοστό που είναι λίγο υψηλότερο από τα επίπεδα του 2007. Στην Κύπρο το 2014 με 16,1% δεν έχει πέσει κάτω από τα πολύ χαμηλά επίπεδα του 2007 ενώ στην Ιρλανδία το 2012 έφθασε στο ανώτερο ποσοστό 15,5% και στη συνέχεια μειώθηκε στο 6,7% το 2017, σε λίγο υψηλότερα από του 2007 (4,98%). Στη Γερμανία το 2007 το ποσοστό της ανεργίας ήταν στα υψηλότερα επίπεδα 8,6% και βαίνει μειούμενο μέχρι το 2007 που έφθασε στα 3,75%.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27: Μεταβολή του δείκτη ανεργίας στην Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρο και Γερμανία για την περίοδο 2007 – 2017*



OECD: Stat Economic Outlook no 104, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (Μαραγκάκης και συν 2019)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28: Εξέλιξη ετήσιων δαπανών υγείας (σε δις €) σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία και Κύπρο για την περίοδο 2007 – 2016



Πηγή: OECD Stat, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου– Επεξεργασία από Μαραγκάκη και συν. (2019)

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ)

Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Ελλάδα	9,10	9,50	9,10	8,40	8,20	8,40
Πορτογαλία	9,10	9,90	9,50	9,10	9,00	9,00
Ιρλανδία	7,80	10,50	10,70	10,30	7,40	7,10
Κύπρος	5,80	6,40	6,90	7,10	6,90	-

Πηγή: OECD.Stat, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, Επεξεργασία από Μαραγκάκη και συν, (2019)

- ✓ Οι δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ), παρουσίασαν πτωτική τάση στην Ιρλανδία, καθώς η αύξηση των δαπανών υγείας σε απόλυτα μεγέθη, ήταν μικρότερη κατά πολύ από την αύξηση του ΑΕΠ.
- ✓ Για την Κύπρο, συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή οι δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ) αυξάνονται, ακόμη και κατά την περίοδο του δανεισμού (2013 -2016).
- ✓ Στην Πορτογαλία οι δαπάνες υγείας, παρουσίασαν μικρές διακυμάνσεις μεταξύ 9 – 9,5% του ΑΕΠ.
- ✓ Τέλος, στην Ελλάδα, οι δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσίασαν μικρή μείωση, ενώ σε απόλυτα μεγέθη, μειώθηκαν σημαντικά κατά €6,35 δις.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ



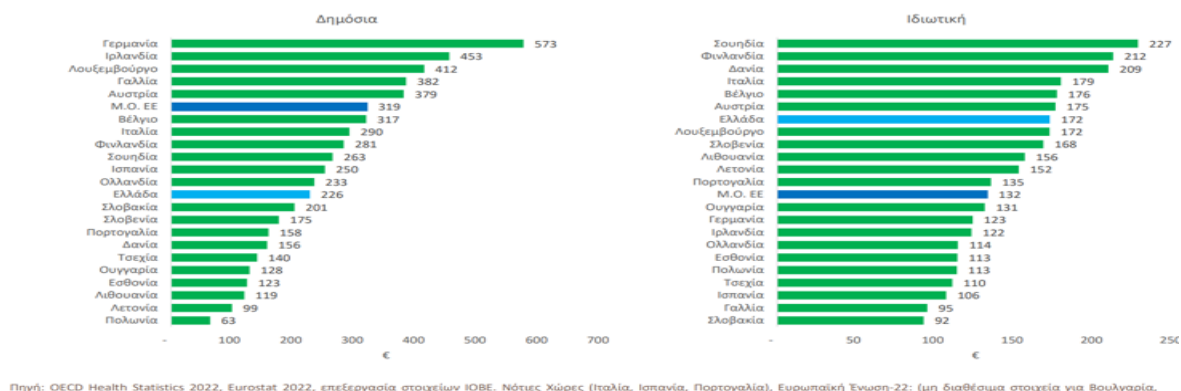
**Πηγή:** OECD, Health Statistics 2020 - Επεξεργασία IOBE (Φαρμακευτική αγορά Διαγράμματα 2021)

Η Ελλάδα παρουσίασε τη μεγαλύτερη μείωση (-7,3%) της κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 2008 - 2013, ενώ είχαν πολύ μικρές μειώσεις η Πορτογαλία (-1,9%) και η Κύπρος (-1,5%). Η δε Ιρλανδία παρουσίασε θετική μεταβολή και στις δύο περιόδους 2008 – 2013 και 2013 – 2019.

Στο παρακάτω διάγραμμα, παρουσιάζονται συγκριτικά η δημόσια και η ιδιωτική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα αναλώσιμα υλικά, ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες και τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2019, η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία είναι πολύ

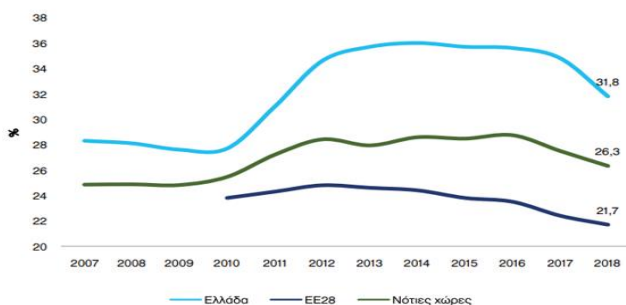
χαμηλότερες από τον μ.ο. της ΕΕ, ενώ η Ιρλανδία κατέχει τη 2<sup>η</sup> θέση μετά τη Γερμανία. Στην Ελλάδα, η ιδιωτική δαπάνη βρίσκεται πολύ πάνω από τον μ.ο. της ΕΕ, ενώ στην Πορτογαλία βρίσκεται μεταξύ του επιπέδου της Ελλάδος και του μ.ο. των χωρών της ΕΕ και τέλος στην Ιρλανδία βρίσκεται κάτω από τον μ.ο. της ΕΕ.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30: Δημόσια και Ιδιωτική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υλικά (2019)



Όσο το κράτος μειώνει τις δημόσιες δαπάνες, σημαντικό μερίδιο του κόστους περνά στους ιδιώτες/ νοικοκυριά, αυξάνοντας τις πληρωμές από τη τσέπη. Στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία παρουσιάστηκε σταθερή αύξηση των δαπανών των ιδιωτών έναντι της δημόσιας δαπάνης. Η αύξηση αυτής της δαπάνης, που έφθασε κάποια στιγμή στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία να αποτελεί το 39,4% και το 34% των συνολικών δαπανών για την υγεία αντίστοιχα, αποτελεί μία σημαντική συνέπεια της οικονομικής κρίσης, παρά την αναγνώριση του δικαιώματος στην υγεία και την καθολική και δωρεάν πρόσβαση για όλους τους πολίτες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31: Κίνδυνος φτώχειας (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα/ ΕΕ28/ Ν. Χώρες ΕΕ



Ο δείκτης «κίνδυνος φτώχειας<sup>9</sup>» (% στον συνολικό πληθυσμό) βρίσκεται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα και από τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ28 αλλά και από τον μέσο όρο των χωρών της Ν. Ευρώπης (2010 – 2018).

ΠΗΓΗ: Eurostat, 2019, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια: ποσοστό των ατόμων με εισόδημα διαθέσιμου εισοδήματος κάτω από το 60% του εθνικού εισοδήματος διαθέσιμου εισοδήματος. Διέκδοτο εισόδημα είναι το εισόδημα πάνω από το οποίο βρίσκεται το 50% του πληθυσμού. Νότιες χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση

Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Γερμανία	80,10	80,30	80,60	80,60	80,70	81,10
Ελλάδα	79,70	80,40	80,80	81,40	81,10	81,40
Πορτογαλία	79,30	79,70	80,70	80,90	81,30	81,60
Ιρλανδία	79,70	80,20	80,90	81,00	81,50	82,20
Κύπρος	79,80	81,00	81,20	82,50	81,80	82,20

Πηγή: Eurostat

Ο δείκτης υγείας που δείχνει το προσδόκιμο ζωής<sup>10</sup> στη γέννηση, φαίνεται από τον πίνακα ότι δεν επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση στις εξεταζόμενες χώρες, όπου εφαρμόστηκαν αυστηρά μέτρα λιτότητας. Σε όλες τις χώρες παρουσιάζει συνεχή βελτίωση μέχρι και το 2017, με πολύ μικρές διαφορές και είναι μεταξύ 81,4 και 82,2. Επίσης, και η Γερμανία που δεν επηρεάστηκε πολύ από την κρίση, το προσδόκιμο ζωής είναι περίπου στα ίδια

επίπεδα.

Πηγή: Eurostat και Μαραγκάκης και συν 2019

<sup>9</sup> «Η προσέγγιση της «φτώχειας», μέσω διάκρισής της σε α) Ακραία Φτώχεια: έλλειψη κάποιου στοιχειώδους ελάχιστου εισοδήματος, αναγκαίο για την κάλυψη βασικών αναγκών β) Σχετική Φτώχεια: η απόκλιση από ένα συνηθισμένο, κοινωνικά αποδεκτό επίπεδο διαβίωσης. Η φτώχεια θεωρείται δείκτης ανισότητας» (Σούλης Σ. 2015: 296).

<sup>10</sup> «Ο δείκτης ετών υγιούς ζωής (HLY) μετρά τον αριθμό των υπολοίπων ετών που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο συγκεκριμένης ηλικίας χωρίς σοβαρά ή μέτρια προβλήματα υγείας»

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης

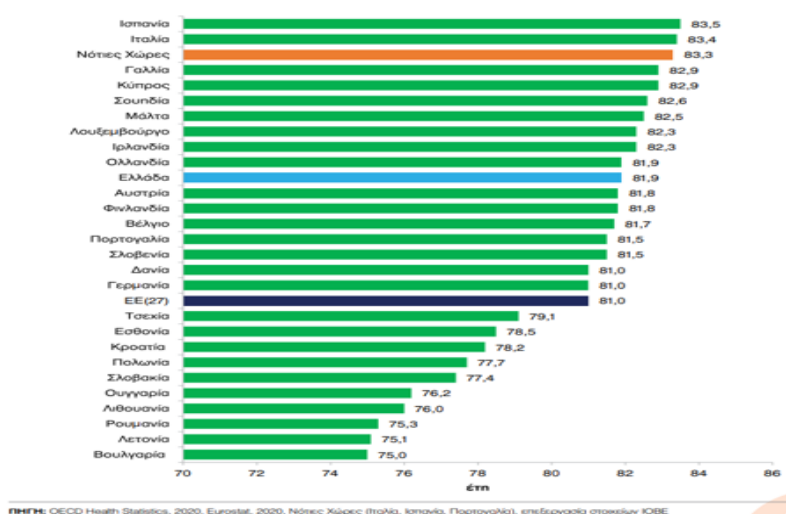
Φύλο	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Γερμανία	72,50	75,50	72,90	75,90	72,90	76,30	73,00	76,80	73,30	76,40	73,90	76,70	73,60	77,50	73,10	77,00
Ελλάδα	71,90	74,60	71,60	74,40	71,80	75,00	72,50	76,00	72,70	75,40	72,40	74,90	72,20	75,10	72,20	75,20
Πορτογαλία	65,40	65,80	66,20	65,50	65,70	65,30	67,30	68,20	67,90	68,40	68,10	68,10	68,20	68,70	68,50	69,30
Ιρλανδία	76,10	80,00	75,30	80,20	76,60	80,30	76,40	80,50	76,30	80,90	76,30	79,90	76,50	79,80	76,70	80,10
Κύπρος	72,40	74,10	71,70	74,00	72,70	74,60	73,00	74,10	73,50	75,80	74,20	76,30	76,30	78,00	75,20	77,60

Πηγή: Eurostat

*Πηγή: Eurostat και Μαραγκάκης και συν 2019*

Ένας δείκτης υγείας με μεγάλη σημασία είναι ο δείκτης προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης σε απόλυτα νούμερα. Στην Ιρλανδία, η υψηλότερη τιμή ανήλθε στα 76,7 έτη (2015) στους άνδρες και στα 80,9 έτη (2012) στις γυναίκες. Αντίστοιχα, οι υψηλότερες τιμές στην Ελλάδα ήταν για τους άνδρες στα 72,7 έτη (2012) και για τις γυναίκες στα 76,0 έτη (2011). Στο τελευταίο έτος καταγραφής, το έτος 2015, η Ιρλανδία είχε την υψηλότερη τιμή στα 76,7 έτη στους άνδρες και στα 80,1 έτη για τις γυναίκες με δεύτερη την Κύπρο στα 75,2 έτη για τους άνδρες και για τις γυναίκες στα 77,6 έτη. Άρα, ο δείκτης αυτός φαίνεται ότι δεν επηρεάστηκε σε καμία από τις τέσσερις εξεταζόμενες χώρες παρόλη την οικονομική κρίση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32: Προσδόκιμο επιβίωσης (σε έτη) στην ΕΕ27 το 2018



Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανήλθε στα 81,9 έτη είναι σε επίπεδα υψηλότερα έναντι της Πορτογαλίας (81,5) και του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ27 (81 έτη), αλλά χαμηλότερο έναντι: Ιρλανδίας (82,3 έτη), Κύπρου (82,9 έτη) και

χώρες της Ν. Ευρώπης (83,3 έτη).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Εξέλιξη του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας (2007 – 2016)

Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Γερμανία	3,70	3,60	3,40	3,30	3,30	3,20
Ελλάδα	3,50	3,30	3,20	3,20	3,10	3,10
Πορτογαλία	3,30	3,20	3,10	3,00	2,90	2,90
Ιρλανδία	3,90	3,60	3,40	3,30	3,10	3,00
Κύπρος	3,60	3,10	2,80	2,40	2,20	2,10

Πηγή: Who.int European Health Information Gateway

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ανά 1.000 γεννήσεις, αποτελεί άλλον έναν δείκτη αξιολόγησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας. Ο δείκτης αυτός βελτιώθηκε σε όλες τις χώρες κατά το διάστημα 2007 - 2016, όπου η Κύπρος έχει τη χαμηλότερη τιμή στα 2,1 (2016)

ενώ η Γερμανία την χαμηλότερη τιμή στα 3,2. Η χώρα με τη 2η υψηλότερη τιμή μεταξύ των υπολοίπων χωρών ήταν η Ελλάδα και ήταν στα επίπεδα των 3,1 (2016) έναντι 3,5 (2007).

Πηγή: Eurostat



ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Μεταβολή του δείκτη θνησιμότητας (2007 – 2017)

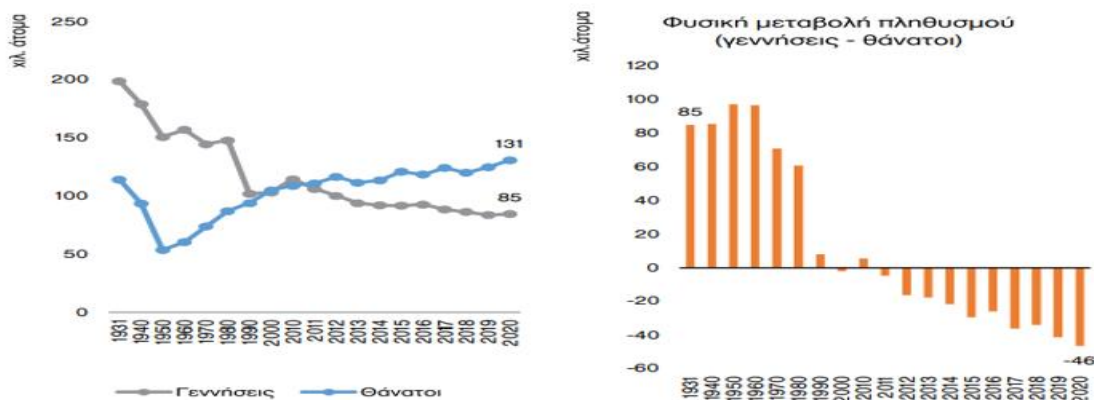
Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Γερμανία	10,10	10,40	10,60	11,10	11,30	11,30
Ελλάδα	9,90	9,80	10,00	10,20	11,20	11,60
Πορτογαλία	9,80	9,90	9,70	10,20	10,50	10,70
Ιρλανδία	6,40	6,30	6,20	6,40	6,40	6,30
Κύπρος	7,00	6,40	6,50	6,00	6,90	7,00

Πηγή: Eurostat

Ο δείκτης συνολικής θνησιμότητας ανά 1.000 άτομα, παρουσίασε ανοδική πορεία στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία. Ειδικότερα, παρουσίασε αύξηση στην Ελλάδα ίση με 1,7 (9,9 → 11,60) κατά την περίοδο 2007 - 2017 και στην Πορτογαλία ίση με 0,9 (9,8 → 10,7). Το περίεργο είναι

ότι και στη Γερμανία (χώρα χωρίς κρίση), αυξάνεται κατά 1,2 το διάστημα 2007–2017 ενώ μόνο στην Ιρλανδία εμφάνισε μείωση. Τέλος, η Κύπρος παρέμεινε στα ίδια επίπεδα το 2017 έναντι 2007, με κάποιες μικρές αυξομειώσεις ενδιάμεσα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33: Φυσική μεταβολή πληθυσμού (χιλ. άτομα) - Ελλάδα



ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, 2022 \* Φυσική μεταβολή ορίζεται η μεταβολή που οφείλεται μόνον στη διαφορά των γεννήσεων -θανάτων χωρίς συμπεριλαμβανόμενης μετανάστευσης. \*\*Στις γεννήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται οι γεννήσεις νεκρών βρεφών, οι οποίες κατά το 2020 ανήλθαν σε 440.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, IOBE

Στην Ελλάδα παρατηρείται ανοδικός αριθμός θανάτων. Ενώ, ο αριθμός γεννήσεων μειώνεται.



ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Θάνατοι από αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρο και Γερμανία για τα έτη 2007 – 2014

Χώρα	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Γερμανία	9,40	9,40	9,50	9,90	9,90	9,60	9,80	9,90
Ελλάδα	2,60	2,90	3,00	2,90	3,70	4,00	-	4,40
Πορτογαλία	7,80	7,90	7,80	8,20	7,70	8,00	7,80	9,10
Ιρλανδία	10,30	11,30	11,60	10,90	12,10	11,90	10,70	-
Κύπρος	2,30	5,10	3,70	4,30	3,40	3,90	4,80	4,80

Πηγή: Who.int European Health Information Gateway

Ανοδικές τάσεις του δείκτη θνησιμότητας από αυτοκτονίες (μέσος όρος) σε όλες τις υπό εξέταση χώρες. Κατά τη διάρκεια της περιόδου 2007 – 2014, ο δείκτης θνησιμότητας από αυτοκτονίες μεταβλήθηκε κατά: 69,2% στην Ελλάδα, 108,7% στην Κύπρο,

16,6% στην Πορτογαλία, 5,3% στη Γερμανία και 3,9% στην Ιρλανδία.

Τα μέτρα που επιβλήθηκαν από την αρχή της οικονομικής κρίσης, ιδίως στην Ελλάδα και την Πορτογαλία ήταν παρόμοια (ενώ στην Ισπανία και Ιταλία ήταν λίγο διαφορετικά), όπως επισημάνθηκε από τους Guillén A. Pavalini E., (2015). Τα μέτρα λιτότητας στον κλάδο υγείας οδήγησαν σε πάγωμα των υγείας σε μερικές χώρες αλλά και σε πολύ σημαντικές μειώσεις, όπως στην Ελλάδα, ακολουθούμενη από την Πορτογαλία.

Από την ανάλυση και τη σύγκριση των ανωτέρω οικονομικών και υγειονομικών δεικτών των τεσσάρων Ευρωπαϊκών χωρών: Ιρλανδίας, Πορτογαλίας, Ελλάδος και Κύπρου (με τη σειρά που δέχθηκαν χρηματοδότηση και εντάχθηκαν σε ένα πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής), συμπεραίνουμε τα κάτωθι:

#### Οικονομικοί δείκτες

- ✓ Ο ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ στην Ελλάδα παραμένει σε επίπεδα πολύ χαμηλότερα από αυτά προ της κρίσης, ενώ στις άλλες τρεις χώρες και ιδίως στην Ιρλανδία, βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα.
- ✓ Ο δείκτης ανεργίας, και στις 4 χώρες έφθασε σε υψηλά επίπεδα, αλλά στην Ιρλανδία και στην Πορτογαλία έχει επανέλθει κοντά στα επίπεδα προ του 2007. Ενώ στην Κύπρο και ιδίως στην Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα, με πολύ αργό ρυθμό μείωσης.

### Δείκτες δαπανών υγείας

- ✓ Σε απόλυτα μεγέθη, στην Ιρλανδία και στην Κύπρο, οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σε όλη την περίοδο της οικονομικής κρίσης, ενώ στην Ελλάδα και Πορτογαλία παρέμειναν σε επίπεδα χαμηλότερα του 2007, με ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα αυτά της Ελλάδος.
- ✓ Ως ποσοστό των δαπανών στο ΑΕΠ, η Ιρλανδία παρουσίασε πτωτική τάση, λόγω της μεγαλύτερης αύξησης του ΑΕΠ της, ενώ στην Ελλάδα παρουσίασε μια μικρή μόνο μείωση.

### Υγειονομικοί Δείκτες

- ✓ Το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση και ο δείκτης παιδικής θνησιμότητας, δεν επηρεάστηκε αρνητικά σε καμία χώρα.
- ✓ Ενώ ο δείκτης συνολικής θνησιμότητας αυξήθηκε στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο δείκτης αυτός δεν έχει καλύτερες τιμές στην Γερμανία, παρόλο που δεν είχε κανένα πρόγραμμα προσαρμογής.
- ✓ Ο δείκτης Μ.Ο. θανάτων από αυτοκτονίες, αυξήθηκε κατά πολύ στην Ελλάδα και στην Κύπρο, 69% και 108,7% αντίστοιχα.

Οι Μαραγκάκης και συν (2019), από όπου προήλθε ένα μέρος των ανωτέρω διαγραμμάτων κατέληξαν ότι παρά το γεγονός οι οικονομικοί δείκτες επιδεινώθηκαν σε μεγάλο βαθμό και υπήρξε παράλληλα μεγάλη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας συγκριτικά με τις άλλες χώρες, το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα ήταν ικανοποιητικό. Εξαίρεση αποτελούν οι δείκτες συνολικής θνησιμότητας και αυτοκτονιών, όπως φάνηκε και παραπάνω.

Παρουσιάζονται παρακάτω συγκεντρωτικά στοιχεία από το άρθρο των Αντωνίου και συν (2021):

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Συγκριτικά στοιχεία χωρών Ν. Ευρώπης

Χώρες*	ΑΕΠ κατά κεφαλήν	Πρώιμη Θνησιμότητα	Προσδόκιμο Ζωής	Κατανάλωση Αλκοόλ	Παράγοντας Καπνίσματος
Ιταλία	39.045	3.3	83.3	8.6L	19.70%
Ισπανία	36.743	3.3	83.4	7.6L	23.00%
Ελλάδα	27.274	4.3	81.5	6.5L	27.30%
Πορτογαλία	31.042	4.1	81.2	10.7L	16.80%
Κύπρος	33.067	-	-	-	25.70%

\*Μεσαίες - Πτωχές Χώρες: Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ (2016) είναι κάτω από τον μ.ο. της ΕΕ

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης φάνηκαν και στον κοινωνικό τομέα, με την Ελλάδα και την Πορτογαλία να έχουν τις υψηλότερες τιμές στην πρώιμη θνησιμότητα. Ο δείκτης θνησιμότητας συνδέεται άμεσα με την ανεργία και συγκεκριμένα «για κάθε 1% αύξηση της ανεργίας, παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας κατά 2,198%» (Van Gool and Pearson - OECD 2014), από το άρθρο των Αντωνίου και συν (2021).

Μελέτες έχουν επισημάνει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον πιο ευάλωτο πληθυσμό, με ποσοστά διαταραχών ψυχικής υγείας (π.χ. άγχος και κατάθλιψη), τα οποία αυξάνονται, όπως στις χώρες: Ελλάδα, Ισπανία, Ιρλανδία, Ιταλία και Πορτογαλία. Πέρα από την περίπτωση της Ελλάδος που αναλύθηκε στην ενότητα 2.3, παρουσιάζουμε τα κάτωθι για την Πορτογαλία, καθώς η εξέλιξη των υγειονομικών δεικτών είναι πιο κοντά με αυτά της Ελλάδος.

Εφαρμόστηκαν αυστηρά μέτρα λιτότητας και στον τομέα της υγείας, αρχικώς μέσω μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης και του κόστους των νοσοκομείων. Έγιναν πολλές αλλαγές και στην ΠΦΥ (π.χ. ο γενικός ιατρός θα έπρεπε να δέχεται μέχρι 1.900 ασθενείς έναντι 1.550 πριν από την κρίση, αλλαγές στην στρατηγική της υγείας κ.α. Αύξηση της ανεργίας και μείωση οικογενειακού εισοδήματος είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους, της κατάθλιψης, καθώς επίσης της αύξησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Επίσης, μεταξύ του 2009 – 2010 σημειώθηκε αύξηση στις αυτοκτονίες αλλά αυτό δεν επαναλήφθηκε το 2010 -2011. Ο δείκτης φτώχειας παιδιών είχε επιδεινωθεί κατά πολύ και φαίνεται από την απόφαση που είχε πάρει η κυβέρνηση κατά τη διάρκεια των Χριστουγέννων 2012, να παραμείνουν ανοιχτές οι σχολικές

καντίνες, ώστε να μη μείνει ούτε ένα παιδί χωρίς μερίδα φαγητού. Με βάση τα στοιχεία που ήταν διαθέσιμα στα μέσα του 2013, φαινόταν ότι υπήρχαν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και στο τρόπο αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης από τους οικονομικά αδύνατους και ευάλωτους. *«Η άμεση εφαρμογή των μέτρων χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να εξετασθούν οι πιθανές επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη να διαπιστωθούν οι βέλτιστες επιλογές, πιθανότατα να οδήγησαν στη μη σωστή εφαρμογή κάποιων μέτρων»* (WHO, for Portugal, 2014)

Σε άλλη μελέτη που έκανε ο Serapioni 2017, και σύγκρινε τις χώρες Ισπανία, Ελλάδα, Πορτογαλία και Ιταλία, παρά τα αυξανόμενα επίπεδα προσδόκιμου ζωής και την πολύ καλή κατάταξή τους μεταξύ άλλων χωρών της ΕΕ και του ΟΟΣΑ, αναφέρεται στο άρθρο του Serapioni, ότι *«οι δείκτες υγείας κρύβουν καταστάσεις εσωτερικής ετερογένειας, δηλαδή ανισότητες στην κατανομή των υλικών πόρων, την εκπαίδευση, την κοινωνική θέση και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Όλα αυτά προφανώς δημιουργούν ανισότητες στην έκθεση σε σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Υποστηρίζει λοιπόν ότι ο αντίκτυπος της χρηματοοικονομικής κρίσης, αφού λάβει κανείς τις άμεσες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, λόγω περικοπών στη δημόσια υγειονομική δαπάνη, μπορεί να είναι η αιτία αύξησης των ανισοτήτων, μειώνοντας την πρόσβαση και τη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και τελικά να επηρεάσει περισσότερο τα ευάλωτα άτομα με λιγότερους πόρους και λιγότερο «κοινωνικό κεφάλαιο».*

Σε συνέχεια της ανωτέρω σύγκρισης, ο Serapioni καταλήγει ότι παρά τη μεγάλη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας και του μεγάλου ποσοστού ανεργίας στην Ελλάδα, η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού είναι σε καλό επίπεδο συγκριτικά με τις χώρες που βίωσαν την αντίστοιχη οικονομική κρίση, αλλά και με χώρες, όπως η Γερμανία οι οποίες διαθέτουν υψηλό επίπεδο οικονομικής ευημερίας. Πιθανότατα, η μείωση των δαπανών υγείας να οδήγησε σε καλύτερη διαχείριση των οικονομικών πόρων και να μην επηρέασε αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αλλά μπορεί ακόμη, οι πραγματικές συνέπειες να φανούν σε βάθος χρόνου. Αλλά είναι σίγουρο ότι η ψυχολογική κατάσταση των Ελλήνων έχει επηρεασθεί

αρνητικά από την οικονομική κρίση, γεγονός που υποστηρίζεται από τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονιών.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### *3. Ήταν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας έτοιμο να αντιμετωπίσει την πανδημία Covid – 19;*

Ο κορωνοϊός SARS Cov -2 ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 2019, στην περιοχή Γιουχάν της Κίνας. Από εκεί, ξαπλώθηκε πολύ γρήγορα σε πολλές χώρες, με αποτέλεσμα να προκαλέσει την πανδημία Covid – 19 (Co- από το Corona, vi- από το virus και d- disease, 19 για το έτος εμφάνισής του). Εκατομμύρια άνθρωποι προσβλήθηκαν από τον ιό σε όλον τον κόσμο, και ειδικότερα στην Ευρώπη, εμφανίστηκε μεγάλος αριθμός κρουσμάτων στην πρώτη φάση της πανδημίας, στη Βόρεια Ιταλία, που είχε ως αποτέλεσμα τον πολύ υψηλό αριθμό θανάτων και τη δημιουργία μεγάλων δυσκολιών στο εκεί σύστημα υγείας.

Τους πρώτους μήνες εξάπλωσης της πανδημίας, υπήρχε έλλειψη γνώσης της συμπεριφοράς του συγκεκριμένου κορωνοϊού και του τρόπου μετάδοσής του, έλλειψη γνώσης για την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπισή του, όσον αφορά στη νοσηλεία σε νοσοκομεία και στη χορήγηση φαρμάκων. Επίσης, υπήρχε και έλλειψη εμβολίων, τα οποία θα ήταν σε θέση να θωρακίσουν τον οργανισμό μας, ώστε να αντιμετωπίσει την πανδημία με λιγότερες επιπτώσεις στο αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου ή να εμποδίσει τη μεγάλη εξάπλωσή του. Στις περισσότερες χώρες, τα συστήματα υγείας δεν ήταν έτοιμα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την πανδημία, αφενός λόγω της γρήγορης και μεγάλης εξάπλωσής της, και αφετέρου λόγω του μεγάλου αριθμού των θανάτων που προέκυψαν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ο απολογισμός των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων Covid -19 ανήλθε στα 662.397.498, ενώ οι συνολικοί θάνατοι ανήλθαν σε 6.704.460, κατά τη χρονική περίοδο από τα τέλη Δεκεμβρίου 2019 έως και 15 Ιανουαρίου 2023 (eody.gov.gr). Τα νούμερα από μόνα τους υποδηλώνουν τις καταστροφικές συνέπειες της πανδημίας, ανεξάρτητα από την οργάνωση ή την επάρκεια των συστημάτων υγείας σε όλες τις χώρες.

Οι Waitzberg R. et al, το 2022, έκαναν μία συγκριτική ποσοτική έρευνα στις χώρες της Μεσογείου (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Μάλτα, Ισραήλ, Κύπρο και Ελλάδα), και μελέτησαν τον βαθμό που ανταποκρίθηκε το κάθε σύστημα υγείας, κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών της πανδημίας. Επέλεξαν αυτό το χρονικό διάστημα, γιατί μπορούσαν ευκολότερα να προσδιορισθούν οι πρώτες αλλαγές συγκριτικά με τα χαρακτηριστικά του

συστήματος υγείας προ πανδημίας. Η επιλογή αυτών των χωρών στηρίχθηκε στις ομοιότητες που είχαν τα συστήματα υγείας πριν από την πανδημία, καθώς επίσης και στη χαμηλότερη κατάταξη που κατείχαν μεταξύ των υπόλοιπων χωρών της ΕΕ και του ΟΟΣΑ.

Τα αποτελέσματα αυτής της συγκριτικής έρευνας είναι τα ακόλουθα: Η ανάληψη της διαχείρισης της πανδημίας έγινε συλλογικά και κεντρικά, ακόμη και σε χώρες όπως η Ιταλία και η Ισπανία, οι οποίες είχαν έναν βαθμό ανεξαρτησίας στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας από περιφερειακές διοικητικές αρχές. Ειδικότερα στην Ελλάδα, υπήρχαν δομές κεντρικής διακυβέρνησης στο σύστημα υγείας και ανέλαβαν αμέσως πρωτοβουλίες διαχείρισης της κρίσης. Ο πρωθυπουργός ήταν επικεφαλής, με τη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας και μαζί με τον Υπουργό Υγείας, ο οποίος είχε την κύρια εποπτεία, και το Υπουργείο Υγείας που συντόνιζε την αντιμετώπιση της πανδημίας. Δημιουργήθηκαν: ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) για να διαχειρισθεί την πανδημία, επιτροπές από ειδικούς επιστημονικούς και τεχνικούς συμβούλους όλων των άμεσα εμπλεκόμενων ειδικοτήτων, ειδικούς ιατρούς σε ιούς, επιδημιολόγους, στατιστικούς, μαθηματικούς ανάπτυξης μοντέλων προβλέψεων κ.α. Αυτοί με τη σειρά τους παρακολουθούσαν τις εξελίξεις της πανδημίας στο εσωτερικό της χώρας αλλά και στο εξωτερικό, ενημέρωναν καθημερινά και πρότειναν την εφαρμογή των διαφόρων μέτρων.

Οι εξεταζόμενες χώρες, και ιδίως η Ελλάδα, όταν ξεκίνησε η πανδημία είχαν πολύ μειωμένο προϋπολογισμό για το σύστημα της υγείας, με πολλές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας, με περικοπές σε ιατροφαρμακευτικό υλικό, νοσοκομειακά κρεβάτια και ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όπως παρουσιάστηκε στις ενότητες 2.1 & 2.2. Η πολιτεία και οι αρμόδιοι φορείς έπρεπε να είναι πιο δημιουργικοί και προσαρμοστικοί στη νέα κατάσταση, πιο οργανωτικοί και γρήγοροι. Στην Ισπανία, Ελλάδα και Πορτογαλία, προσωρινά έγινε συγκεντρωτική προμήθεια και αγορά υλικών, τεστ ανίχνευσης του κορονοϊού και χειρουργικών масκών. Επιπλέον αναπτύχθηκε λογισμικό που παρακολουθούσε τα αποθέματα των υλικών αλλά και των κρεβατιών ΜΕΘ. *«Το συγκεντρωτικό σύστημα στην Ελλάδα δημιούργησε τις προϋποθέσεις για γρήγορη επέμβαση από πλευρά πολιτείας, και την καλή οργάνωση για την κάλυψη ιατροφαρμακευτικού υλικού άμεσα»* (Waitzberg R. et al, το 2022).

Σε αντίθεση με την Ισπανία και κυρίως την Ιταλία, που στην αρχή η αρμοδιότητα ήταν στις περιφέρειες και μετά έγινε η ανάληψη των ενεργειών συγκεντρωτικά.

Από τον Φεβρουάριο του 2020, το ελληνικό κοινοβούλιο ψήφισε νέους νόμους με γρήγορες διαδικασίες και αυτό αποτέλεσε το κύριο μέσο θέσπισης βασικών μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας, όπως του κλεισίματος όλων των εκπαιδευτικών δομών της χώρας (εφαρμογή της τηλεκαίδευσης), σταδιακό κλείσιμο καταστημάτων εστίασης - εμπορικών καταστημάτων και κέντρων, περιορισμού της κυκλοφορίας, απαγόρευσης συναθροίσεων, υπολειτουργίας των υπηρεσιών του Δημοσίου (εφαρμογή τηλεργασίας όπου μπορούσε να εφαρμοσθεί και η επικοινωνία με το κοινό γινόταν μόνο με ραντεβού), αναστολής λειτουργίας επιχειρήσεων κ.α. Με αυτόν τον τρόπο υπήρξε γρήγορη λήψη αποφάσεων για την επιβολή συγκεκριμένων μέτρων μετακίνησης πόρων και ανθρώπινου δυναμικού, προμήθειας διαγνωστικών tests για τον Covid -19 και προστατευτικών χειρουργικών масκών για ευρεία χρήση και για τον συντονισμό φορέων διαφόρων αρμοδιοτήτων. Κάποια στιγμή αποφασίσθηκε η υποχρεωτική χρήση της χειρουργικής μάσκας σε δημόσιους χώρους από όλους τους πολίτες και εγκρίθηκαν άμεσα διαδικασίες για την παραγωγή χειρουργικών масκών και αντισηπτικών εντός Ελλάδος, γιατί μέχρι τότε ήταν εισαγόμενα προϊόντα και υπήρχε διεθνώς μεγάλη έλλειψη.

Ο αριθμός των κρεβατιών στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) στην Ελλάδα ήταν 5,3 κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους, από τους χαμηλότερους μαζί με της Ιρλανδίας στο 5,0, ενώ ο μέσος όρος στην Ευρώπη ήταν στο 12,9 (όπως είδαμε και αντίστοιχο διάγραμμα στην ενότητα 2.1). Αλλά και οι υπόλοιπες εξεταζόμενες χώρες της Μεσογείου στην έρευνα που διεξήχθη από τους Waitzberg R. et al, είχαν λιγότερα κρεβάτια από τον μέσο όρο της ΕΕ, όπως π.χ. η Ιταλία με 8,6 και η Ισπανία με 9,7 κρεβάτια/ 100.000 κατοίκους. Στην Ελλάδα, μέχρι το τέλος του 2020, ο συνολικός αριθμός κλινών ΜΕΘ ανερχόταν στις 1.203 κλίνες, εκ των οποίων οι 579 ήταν για μη Covid – 19 ασθενείς ενώ για Covid -19 ασθενείς ανερχόταν στις 624 κλίνες (ΙΟΒΕ Φαρμακευτική Αγορά 2020). Ο μικρός αριθμός κλινών ΜΕΘ δημιούργησε προβλήματα στην άμεση και αποτελεσματική νοσηλεία αυτών που νοσούσαν από Covid -19. Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, στην Ελλάδα αποφασίσθηκε η αναστολή άλλων μη επειγόντων χειρουργείων, ώστε να εξοικονομηθούν περισσότερα κρεβάτια ΜΕΘ για την



πανδημία. Γρήγορα εξοικονομήθηκαν επιπλέον κρεβάτια ΜΕΘ για την πανδημία από τα στρατιωτικά νοσοκομεία και επίσης κατασκευάστηκαν ευέλικτοι θάλαμοι ΜΕΘ (μετατροπή σε μονάδες αυξημένης φροντίδας ή θαλάμων αρνητικής πίεσης, εφ' όσον διέθεταν την απαραίτητη υποδομή μηχανικού αερισμού). Επιπλέον, μεταφέρθηκαν ασθενείς με περιστατικά non covid -19 σε ιδιωτικά νοσοκομεία με δημόσια χρηματοδότηση, και μετατράπηκαν επιπλέον κρεβάτια για περιστατικά ασθενών με covid -19 στα δημόσια νοσοκομεία, κατά τη διάρκεια του 2<sup>ου</sup> (Αυγ. – Δεκ. 2020) και 3<sup>ου</sup> κύματος πανδημίας, το 2021 (το ίδιο ακολουθήθηκε από την Ιταλία και την Κύπρο). Τον Νοέμβριο 2020, έγινε υποχρεωτική επίταξη 2 ιδιωτικών κλινικών στη Θεσσαλονίκη, που εκείνη την εποχή είχε μεγάλο αριθμό κρουσμάτων και θανάτων, η λύση αυτή εφαρμόστηκε καθώς δεν υπήρχε μεγάλη ανταπόκριση από τις ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία για εθελούσια παραχώρηση 200 κλινών. Υπήρχαν και δωρεές από επιφανείς Έλληνες καθώς επίσης και από επιχειρήσεις, τόσο σε κλίνες ΜΕΘ, όσο και σε άλλα ιατροφαρμακευτικό αναλώσιμα υλικά, όπως χειρουργικές μάσκες, αναπνευστήρες, στολές Covid -19, για το προσωπικό που εισερχόταν στους θαλάμους με ασθενείς που νοσούσαν από την πανδημία.

Η Ελλάδα είχε τον χρόνο να προσαρμοσθεί και να μην καταρρεύσει το σύστημα υγείας, καθώς σε αντίθεση με την Ιταλία, δεν είχε μεγάλο αριθμό ασθενών με Covid -19 από το 1<sup>ο</sup> κύμα πανδημίας (Ιαν. Μάϊο 2020), επέβαλε εγκαίρως γενικό lockdown, με τους αρμόδιους να έχουν αντιληφθεί νωρίς ότι με τις περικοπές που είχαν γίνει στο σύστημα της υγείας τα προηγούμενα χρόνια, δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά αυτήν την πανδημία. Σύμφωνα με τα στοιχεία από OECD/ European Observatory 2021, η Ελλάδα αύξησε τις εργαστηριακές εξετάσεις σε διαγνωστικά κέντρα, διπλασίασε τον αριθμό κλινών στις ΜΕΘ κατά την περίοδο έξαρσης της πανδημίας, αλλά υπήρχε η ανομοιογένεια κυρίως στη Β. Ελλάδα και χρειάστηκε να γίνουν αερο διακομιδές) και τον αριθμό του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, επιταχύνθηκε ο εμβολιασμός του πληθυσμού, παρά το αναιμικό ξεκίνημα στην αρχή, φθάνοντας πλέον στο ποσοστό 55% που είχε κάνει 2 δόσεις του εμβολίου μέχρι τον Αύγουστο του 2020.

Όλες οι χώρες είχαν μικρότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (880), με την Ελλάδα να έχει τον χαμηλότερο (336) και την Μάλτα τον

υψηλότερο (778). Ο μικρότερος αριθμός νοσηλευτών σήμαινε ότι έπρεπε να δουλεύουν πολλές ή και συνεχόμενες εφημερίες, και όταν κάποιοι από αυτούς νοσούσαν επίσης από τον Covid – 19, το έργο τους δυσκόλευε ακόμη περισσότερο. Οι Notara V. et al, 2010 μέσα από την έρευνά τους για τις επιπτώσεις της κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας από τη μεριά της διοίκησης των νοσηλευτών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπήρχε σοβαρή έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών και απουσία ΠΦΥ.

Παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), όπως η επαρκής χρηματοδότηση και στελέχωση υγειονομικού προσωπικού των νοσοκομείων και η συνεχής εκπαίδευσή των, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της πανδημίας. Η ΠΦΥ παίζει πρωταρχικό ρόλο στη διαχείριση έκτακτων καταστάσεων, όπως έχει αποδειχθεί από προηγούμενες πανδημίες, αλλά ο ρόλος της στην Ελλάδα είναι αμφιλεγόμενος.

Χάρη των αρμοδιοτήτων της ΠΦΥ, όπως *«η έγκαιρη ανίχνευση, διαλογή, απομόνωση κρουσμάτων, αξιολόγηση, στενή παρακολούθησή τους μετά, ψυχολογική υποστήριξη των ύποπτων κρουσμάτων»* ενισχύεται η άμυνα των συστημάτων υγείας, απέναντι στις πανδημίες. Μια γενική διαπίστωση είναι ότι στις χώρες π.χ. Κούβα, Αυστραλία, περιοχές όπου η ΠΦΥ ήταν οργανωμένη και οι πολίτες μπορούσαν να έχουν εύκολα πρόσβαση σε αυτήν, μπόρεσαν να διαχειριστούν την πανδημία καλύτερα. Για την αντιμετώπιση επόμενων πανδημιών η πολιτεία πρέπει να ενισχύσει το σύστημα υγείας και να ενδυναμώσει την ΠΦΥ, με σκοπό την *«πρόληψη και προαγωγή της υγείας»*. Επίσης, σε τέτοιες καταστάσεις, *«ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να υπάρχει για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, ώστε όλοι οι πολίτες να έχουν ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες»* (Σταχτέας Π. 2022).

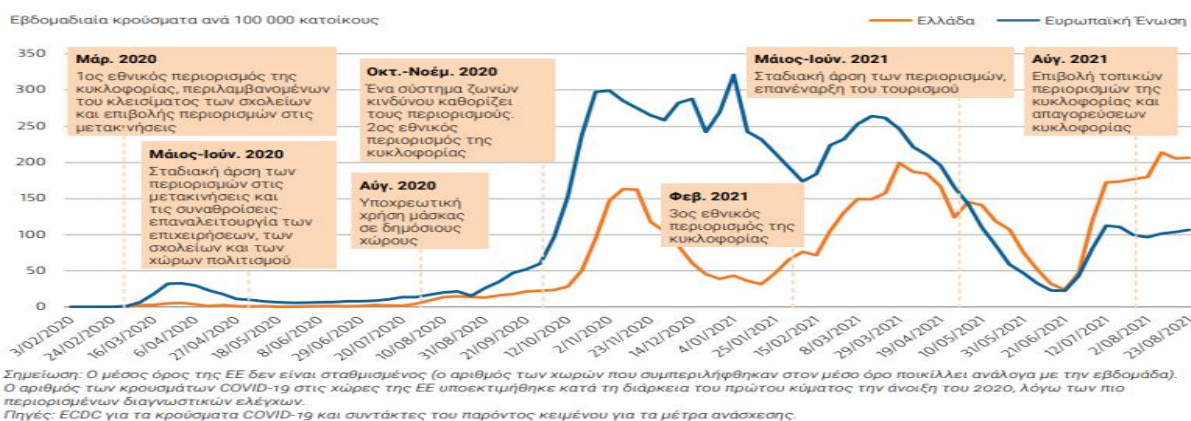
Οι γενικοί γιατροί στην Ελλάδα αποτελούσαν το 7% έναντι 26% συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ. Μέσα από το δίκτυο τοπικών μονάδων υγείας (ΤΟΜΥ) και των κέντρων υγείας θα γινόταν η προσπάθεια να αυξηθεί ο αριθμός των γενικών ιατρών, όπως περιγραφόταν στη μεταρρύθμιση που ξεκίνησε το 2017 (OECD/ European Observatory 2021), πράγμα όμως το οποίο δεν ακολουθήθηκε πλήρως. Με αυτή τη μεταρρύθμιση αναμενόταν η ενίσχυση των υπηρεσιών ΠΦΥ, με μακροπρόθεσμο στόχο την επίτευξη ενός πιο

ολοκληρωμένου μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης. Όλες οι χώρες της Μεσογείου είχαν μεγαλύτερο αριθμό ιατρών συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (350). Αλλά παράλληλα σε μερικές χώρες, όπως την Ιταλία και το Ισραήλ, οι ιατροί είχαν υψηλό μέσο όρο ηλικίας > 55 ετών (σε ποσοστό 50% και 55%), μεγαλύτερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (ποσοστό ιατρών με ηλικία μεγαλύτερη των 55 ετών: 34%). Το γεγονός αυτό δυσκόλεψε ακόμη περισσότερο την κατάσταση ετοιμότητας στα νοσοκομεία αυτών των χωρών, καθώς ο κορωνοϊός δημιουργούσε μεγαλύτερα αναπνευστικά προβλήματα σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας και ιδίως στους υγειονομικούς, οι οποίοι ήταν πολύ κουρασμένοι από το εξοντωτικό ωράριο των εφημεριών τους. Όλες οι χώρες προσέλαβαν μεγαλύτερο αριθμό ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Στην Ελλάδα οι συνολικές προσλήψεις προσωπικού ανήλθαν σε 6.800 περίπου, εκ των οποίων 745 ιατροί, 3.867 νοσοκόμοι, παρά ιατρικό και άλλο προσωπικό πάνω από 2.000. Ιδιώτες ιατροί ορισμένων ειδικοτήτων υποχρεώθηκαν σε αναγκαστική επίταξη, καθώς η εθελοντική προσέλευση να δουλέψουν σε δημόσια νοσοκομεία, αφήνοντας τα ιδιωτικά τους ιατρεία στην αρχή δεν ήταν πολύ μεγάλη (παρά την υπόσχεση της κυβέρνησης για αποζημίωση με διπλό μισθό).

Οι αναπτυχθείσες γρήγορες διαδικασίες αντιμετώπισης της πανδημίας Covid -19, πρέπει να βελτιωθούν και να προσαρμοσθούν καλύτερα σε ένα πλαίσιο ετοιμότητας για να χρησιμοποιηθούν όποτε ξανά χρειασθεί. *«Η ταχύτητα και η δημιουργικότητα ήταν το κλειδί της αντιμετώπισης της πανδημίας, στις χώρες της Μεσογείου, οι οποίες είχαν ήδη περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας και μικρότερους προϋπολογισμούς»* (Waitzberg R. et al το 2022). Επίσης, θεώρησαν ότι η αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης από την Ελλάδα ήταν επιτυχημένη διότι η χώρα είχε να αντιμετωπίσει περισσότερες προκλήσεις λόγω των ιδιαίτερα υψηλών περικοπών που είχαν γίνει στο σύστημα υγείας, στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Οι Waitzberg R. et al το 2022, σημειώνουν ότι το χαμηλό ποσοστό κρουσμάτων και θνησιμότητας κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, οφειλόταν στη γρήγορη αντίδραση της χώρας, όταν εμφανίσθηκε το πρώτο κρούσμα 26 Φεβρουαρίου 2020 και η κυβέρνηση αποφάσισε την εφαρμογή πανελλαδικού lockdown σε λιγότερο από ένα μήνα από τον εντοπισμό του πρώτου κρούσματος (δηλαδή στις 23 Μαρτίου 2020), έχοντας όμως αντιληφθεί τις επιπτώσεις της ταχείας εξάπλωσης στην Ιταλία. Έτσι με αυτόν τον τρόπο προστατεύθηκε και εξοικονόμησε χρόνο για να οργανωθεί περισσότερο.

Η Ελλάδα εφαρμόσε πολλά μέτρα για τον έλεγχο της εξάπλωσης του COVID-19, όπως και οι άλλες χώρες. Τα μέτρα αυτά περιλάμβαναν το lockdown για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού, το κλείσιμο των συνόρων για να εμποδισθεί η είσοδος νέων κρουσμάτων από άλλες χώρες, την αναστολή των δημόσιων εκδηλώσεων και θρησκευτικών τελετών, την υποχρεωτική χρήση χειρουργικής μάσκας για τη μείωση της μετάδοσης του ιού, την εφαρμογή εργαστηριακών test εντοπισμού του ιού σε ανθρώπους και την ανίχνευση των επαφών για να απομονωθούν οι πάσχοντες και οι κοντινοί τους άνθρωποι, που είχαν έρθει σε επαφή μαζί τους.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34: Ο έλεγχος της εξάπλωσης της νόσου Covid -19 στην Ελλάδα και η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων**



**Πηγή:** OECD/ European Observatory- State of Health Systems in Greece, 2021

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, παρόλο που κατηγορήθηκαν οι αρμόδιοι φορείς, ότι καθυστέρησαν να οργανώσουν το ΕΣΥ εγκαίρως, πέραν των ανωτέρω μέτρων, έγιναν και αρκετές ουσιαστικές παρεμβάσεις. Μερικές από αυτές παρουσιάζονται παρακάτω:

- «Εθνικό Μητρώο Ασθενών Covid – 19», μέσω της λειτουργίας του έγινε πιο εύκολη η παρακολούθηση των ασθενών με Covid - 19 και ο ιατρός μπορούσε να επικοινωνεί με τους ασθενείς μέσω «τηλε - συμβουλευτικής». Επίσης, μπορούσε να γίνει η επεξεργασία των δεδομένων από φορείς όπως ΕΟΔΥ, Γενική Γραμματεία Πολιτικής

Προστασίας ή και από φορείς άλλων κρατών, ώστε να υπάρχει σύγκριση των στοιχείων (Υπουργείο Υγείας, 2020).

- «*BI Health – Σύστημα Διαχείρισης και Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ*» αποτελεί ένα πληροφοριακό σύστημα, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η απλούστευση των διαδικασιών διοικητικής πληροφόρησης, και έτσι διαχειρίζονται καλύτερα οι πόροι. Ο ρόλος του BI Health είναι κεντρικός για την οργάνωση, λειτουργία και εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Οι πληροφορίες του μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών (Υπουργείο Υγείας, 2021).
- «*Εθνικό πρόγραμμα Εμβολιασμού – ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ*» περιλάμβανε την οργάνωση πολλών νέων κέντρων εμβολιασμού, στα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και σταδιακά την οργάνωση εμβολιασμών μέσω ενός προγράμματος επισκέψεων στις νησιωτικές περιοχές της Ελλάδος.
- Λειτουργήσε παράλληλα και η ηλεκτρονική πλατφόρμα [emvolio.gov.gr](http://emvolio.gov.gr), όπου οι πολίτες έκλειναν τα ραντεβού τους για τον εμβολιασμό. Αν και αρχικά, η πολιτεία κατηγορήθηκε ότι απέτυχε να πείσει αρκετά τους πολίτες για την αναγκαιότητα του εμβολιασμού, μέχρι το καλοκαίρι του 2021, είχε εμβολιασθεί ένα ποσοστό πολιτών άνω του 55% του συνολικού πληθυσμού.
- Συντάχθηκε το «*Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019 – 2022*».
- Λειτουργήσε η «*ηλεκτρονική συνταγογράφηση*» σύμφωνα με τον Ν. 4686/2020.
- Εφαρμόστηκε η «*άυλη συνταγογράφηση*». Οι πολίτες λαμβάνουν ένα SMS και ενημερώνονται για το παραπεμπτικό του ιατρού τους και κατόπιν το επιδεικνύουν και προχωρούν είτε στις διαγνωστικές εξετάσεις είτε προβαίνουν στην αγορά φαρμάκων.

Στην ενότητα 4.1 Νέες πολιτικές της ΕΕ, θα δούμε τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, μέσα από προγράμματα και δράσεις της ΕΕ και την πορεία εφαρμογής τους στην Ελλάδα.

Στο άρθρο των Luru D. & Tiganasu R. (2022) εξετάζεται η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη και πως επηρεάστηκε από την πανδημία κατά την χρονική περίοδο Ιαν. 2020 – Ιαν. 2021. Ειδικότερα, εξετάζουν την αντιμετώπιση της πανδημίας από 2 ομάδες: των χωρών της Δυτικής Ευρώπης (Ιταλία, Ισπανία, Γαλλία, Αγγλία), χώρες με

συστήματα υγείας υψηλής απόδοσης και των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης (Ελλάδα, Βουλγαρία, Ρουμανία, Ουγγαρία), σε 3 χρονικές υποπεριόδους:

- ✓ 1<sup>ο</sup> κύμα πανδημίας Ιαν 2020 - Μάϊο, όπου η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας συνδέθηκε αρνητικά με την ύπαρξη υποκείμενων νοσημάτων, την ηλικία και την πυκνότητα των πολιτών. Τα συστήματα υγείας δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν εγκαίρως και αποτελεσματικά στη γρήγορη εξάπλωση του κορονοϊού, διότι η ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν πολύ μεγάλη. Οι χώρες αυτής της κατηγορίας, δεν πήραν εγκαίρως περιοριστικά μέτρα καραντίνας και παύση δραστηριοτήτων. Ενώ, αντίθετα οι χώρες της Α. Ευρώπης σε αυτή τη φάση πήραν απόφαση ολικής καραντίνας, χωρίς να έχουν μεγάλο αριθμό πασχόντων ή θανάτων και χωρίς να έχουν δοκιμασθεί οι αντοχές των συστημάτων υγείας, κάτω από πίεση.
- ✓ Ενδιάμεση φάση - περίοδος χαλάρωσης: φάνηκε η σημασία συντονισμού από τις κυβερνήσεις και τη συμμόρφωση των πολιτών στα νέα μέτρα και δεδομένα προστασίας τους. Η κατάσταση αντιστράφηκε μεταξύ των χωρών της Α. και Δ. Ευρώπης. Οι χώρες με τα αδύνατα συστήματα υγείας, δηλαδή οι χώρες της Α. Ευρώπης δέχθηκαν τη μεγαλύτερη πίεση, όσον αφορά στην επάρκεια των υγειονομικών υλικών, των νοσοκομειακών κλινών και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- ✓ 2<sup>ο</sup> κύμα πανδημίας – Ομοίως όπως στη φάση χαλάρωσης.

Με βάση τα αποτελέσματά τους, οι Luru D. & Tiganasu R. (2022), κατέταξαν τα συστήματα υγείας σε 3 κατηγορίες 1: υψηλής απόδοσης, χώρες όπως Αυστρία, Κύπρος, Τσεχία, Φινλανδία κ.α. 2: μέσης απόδοσης, χώρες όπως Βέλγιο, Βουλγαρία, Ελλάδα, Γαλλία, Γερμανία κ.α. και : 3 χαμηλής απόδοσης, χώρες όπως Ιταλία και Ρουμανία.

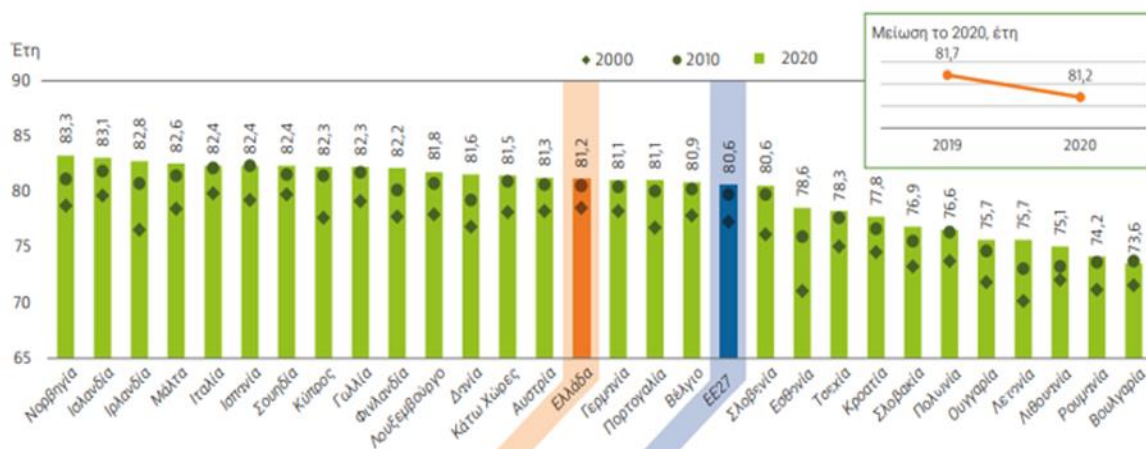
Διαπίστωσαν και αυτοί, ότι η πανδημία δημιούργησε πολλές προκλήσεις, όπου φάνηκε ότι η δομή και η επάρκεια των συστημάτων υγείας όλων των χωρών δεν ήταν αρκετές για να ανταποκριθούν αποτελεσματικά από την αρχή στις νέες καταστάσεις. Επίσης, κατέληξαν ότι η πανδημία οδήγησε σε βελτιώσεις των συστημάτων υγείας, καθώς αυξήθηκε η χρήση της τηλεϊατρικής και η εφαρμογή νέων τεχνολογιών. Επιπλέον, τόνισαν την ανάγκη εντοπισμού των καλύτερων πρακτικών και των επόμενων άμεσων ενεργειών, ώστε τα συστήματα υγείας να είναι πιο προετοιμασμένα σε μελλοντικές υγειονομικές κρίσεις.

Οι Oluwanbepelumi, Olanuli (2022) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα διαχείρισης κονδυλίων των κρατών μελών της ΕΕ, μέσω ενός κοινού ευρωπαϊκού ταμείου, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση των περιόδων κρίσεων στον τομέα της υγείας, όπως αυτή της πανδημίας Covid – 19. Συγκεκριμένα ανέλυσαν 19 διοικήσεις χωρών της ΕΕ, κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και της κρίσης χρέους για κάποιες χώρες της ΕΕ. Η αποτελεσματικότητα ή μη της διαχείρισης των κονδυλίων για τον τομέα υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, έδωσε τα συμπεράσματα και για τη διαχείριση των κονδυλίων σε περιόδους πανδημίας, καθώς και σε αυτές τις περιόδους υπάρχουν σοβαροί περιορισμοί στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Η μελέτη έδειξε ότι τα κράτη μέλη είχαν σπαταλήσει περίπου το 5% των κονδυλίων που διατέθηκαν για την τομέα της υγείας, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Οι συγγραφείς προτείνουν να υπάρχει ένας κεντρικός συντονισμός των ταμείων υγείας σε περιπτώσεις «σοκ – πανδημιών στον χώρο της υγείας», μέσω δημιουργίας ενός ταμείου Covid, που θα παρέχει οικονομική ενίσχυση. Σκοπός του ταμείου θα είναι η βελτίωση της αποτελεσματικότητας του δημόσιου τομέα, μέσω μείωσης του κόστους και παράλληλα μέσω βελτίωσης της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών. Θα πρέπει να υπάρχει ένα μοντέλο κοινής διαχείρισης, μέσω του οποίου θα συγκεντρώνονται τα κεφάλαια και θα γίνεται η ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των χωρών. Επίσης, επεσήμαιναν ότι η Πορτογαλία και η Ελλάδα, 2 από τις 4 χώρες που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής (έναντι των δύο άλλων χωρών, της Ιρλανδίας και της Κύπρου) ήταν οι πιο αποτελεσματικές.

Στο State of Health του ΟΟΣΑ για την Ελλάδα, επισημάνθηκε ότι η Ελλάδα, έδωσε πολύ γρήγορα κατευθυντήριες οδηγίες, παρά τους σημαντικούς περιορισμούς δαπανών και μείωσης κόστους. Όσον αφορά στους δείκτες των ικανοτήτων ετοιμότητας για την αντιμετώπιση υγειονομικών κρίσεων στο δημόσιο τομέα, η Ελλάδα παρουσίαζε χαμηλότερη βαθμολογία πριν από την πανδημία. Παρ' όλα αυτά κατάφερε να ενεργοποιήσει και να συντονίσει ένα πλαίσιο δράσης για έκτακτες καταστάσεις, σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό. Επίσης, αναφέρεται ότι τα μέτρα που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, με σκοπό τον περιορισμό της πανδημίας, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση του ΑΕΠ κατά 8% το 2020, ενώ ο μέσος όρος μείωσης του ΑΕΠ ήταν στο 6,2% στην ΕΕ.

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται ότι το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα μειώθηκε σε 81,2 έτη το 2020 έναντι 81,7 έτη το 2019 (μειωμένο μόνο κατά 6 μήνες), λόγω των επιπτώσεων της πανδημίας Covid -19. Η μείωση στην Ελλάδα είναι μικρότερη από τη μέση μείωση, περίπου 8 μηνών σε ολόκληρη την ΕΕ. Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι μεγαλύτερο από τον μ.ο. της ΕΕ (80,6), αλλά είναι χαμηλότερο συγκριτικά με τις χώρες της Ν. και Δ. Ευρώπης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35: Προσδόκιμο ζωής μετά την πανδημία COVID – 19



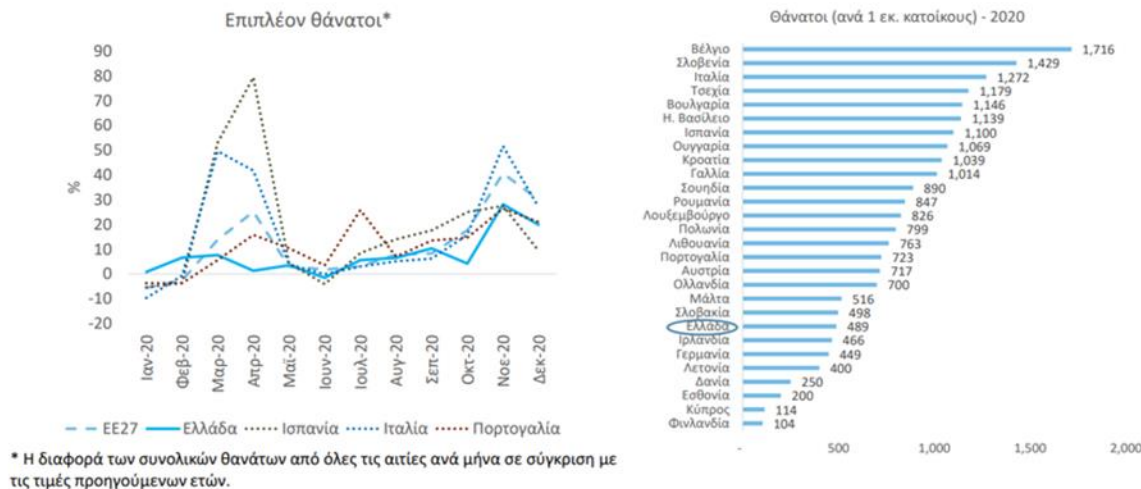
Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος. Τα στοιχεία για την Ιρλανδία αφορούν το 2019.

Πηγή: Eurostat – OECD/European Observatory 2020

Μέχρι το τέλος του 2020, τα κρούσματα ανήλθαν σε 20 εκ. και οι θάνατοι σε 465.000 στις χώρες της ΕΕ. Οι θάνατοι στην Ελλάδα ανήλθαν στους 489/ 1 εκ. κατοίκων στο τέλος του 2020, με το Βέλγιο να έχει 1.716 θανάτους και την Ιταλία 1.272 θανάτους. Στην Ελλάδα, ο μέσος όρος θανάτων (1.270/ 1 εκατομμύριο κατοίκων) ήταν χαμηλότερος κατά 20% από τον μέσο όρο στις χώρες ΕΕ(1.590). Οι περισσότεροι θάνατοι στην Ελλάδα καταγράφηκαν κατά τη φάση του 2<sup>ου</sup> κύματος Φθινόπωρο έως Δεκέμβριο 2020.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36: Υγειονομικές επιπτώσεις της πανδημίας Covid -19



**Πηγή:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)- IOBE Φαρμακευτική δαπάνη 2020

Το σύστημα υγείας δέχθηκε πολλές προκλήσεις, ώστε να αντιμετωπίσει την αυξημένη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον Τούντα Γ. (2021), η κυβέρνηση και οι υπεύθυνοι για τη δημόσια υγεία αποφάσισαν το συνολικό lockdown πολύ άμεσα, καθώς ανησυχούσαν ότι το ΕΣΥ στην Ελλάδα, δεν θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την πανδημία σε ικανοποιητικό βαθμό. Λόγω της μεγάλης μεταδοτικότητας του ιού, αφενός οι πάσχοντες θα ήταν πάρα πολλοί και αφετέρου το προσωπικό δεν ήταν αρκετό, τα κρεβάτια ΜΕΘ δεν θα επαρκούσαν και υπήρχε και χαμηλή χρηματοδότηση, καθώς στο ξεκίνημα της πανδημίας δεν είχαν ορισθεί οι νέοι τρόποι ενίσχυσης από την ΕΕ και τους θεσμούς της.

Από τον Φεβρουάριο του 2020 που πρωτοεμφανίστηκε ο ιός στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα, έπρεπε να γίνουν αλλαγές στο σύστημα της υγείας, όπως να αυξηθεί ο αριθμός των ιατρών και νοσηλευτών, ο αριθμός νοσοκομειακών κλινών εντός και εκτός ΜΕΘ κ.α., ώστε να αντιμετωπισθεί η πανδημία. Έτσι αυξήθηκε η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και έγιναν επενδύσεις σε υποδομές και τεχνολογία ώστε να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για τις δαπάνες Υγείας, έχουμε ότι η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας, σαν ποσοστό του ΑΕΠ, στην Ελλάδα ανήλθε στο 9,51% το 2020 έναντι 8,20% το 2019/ 8,12% στο 2018/ 8,14% το 2017 και 8,45% το 2016. Η εν λόγω αύξηση προήλθε από την αύξηση δημόσιας χρηματοδότησης. Η χρηματοδότηση από τον Ιδιωτικό τομέα μειώθηκε στο 37,8% το 2020 έναντι 38,1% το 2019.

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων μαζί με την ενίσχυση του αριθμού κρεβατιών ΜΕΘ μέσω έκτακτων μέτρων αλλά και μέσω χορηγιών, τελικά μπόρεσε να ανταποκριθεί στις πιέσεις της πανδημίας. Η οργάνωση της ΠΦΥ είναι αναγκαία, καθώς προς το παρόν έτσι όπως είναι διασπασμένη σε μικρές μονάδες, όπως ΠΕΔΥ, ΤΟΜΥ στις αστικές περιοχές και Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές, δεν μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα.

*«Εκτός, όμως, από τα κενά στην ΠΦΥ και στη Δημόσια Υγεία, το ΕΣΥ αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες και τις σύγχρονες προκλήσεις, λόγω των διαχρονικών προβλημάτων υπό-χρηματοδότησης, υποστελέχωσης και κακοδιοίκησης, καθώς και λόγω της ανορθολογικής κατανομής των υφιστάμενων υλικών και ανθρώπινων νοσοκομειακών πόρων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία και διεύρυνση των ανισοτήτων και των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών»*  
Τούντας Γ (2021).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### 4.1 Νέες πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Είναι γνωστό ότι η λειτουργία της ΕΕ στον τομέα της υγείας είναι συμπληρωματική και υποστηρικτική απέναντι στις πολιτικές που έχουν χαράξει, οργανώσει τα κράτη μέλη της και παρέχουν προς τους πολίτες τους. Με αφορμή την πανδημία COVID – 19, που ξεκίνησε το 2020 προκαλώντας καταστροφικές συνέπειες, με μεγάλο αριθμό ανθρώπων που έχασαν τις ζωές των και νόσησαν, που ταλαιπώρησε κατά πολύ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τα συστήματα υγείας πολλών χωρών, ξεκίνησε μια μεγάλη συνεργασία μεταξύ των μελών της ΕΕ, με την ανάληψη πρωτοβουλιών ώστε να αντιμετωπισθούν οι υγειονομικές ανάγκες και να υποστηριχθούν οικονομικά.

Παρουσιάζονται παρακάτω τα σημαντικότερα προγράμματα και κάποιες στρατηγικές που ανακοίνωσε και εφάρμοσε η ΕΕ, καθώς επίσης και κάποιες πρωτοβουλίες που ανέλαβε μετά την έναρξη της πανδημίας Covid-19:

1. Next Generation EU- NGEU (2021 -2027): Το πρόγραμμα αφορά στην ανάκαμψη από την πανδημία Covid – 19 και μέσα από αυτό θα οδηγηθούμε σε μία Ευρώπη «πιο πράσινη, πιο ψηφιακή, πιο υγιή, πιο ισχυρή και πιο δίκαιη». Πιο πράσινη: επενδύσεις φιλικές προς το περιβάλλον, οικολογικά οχήματα και μέσα μεταφορών κ.α. Πιο ψηφιακή: θα βασίζεται στην τεχνολογία, 5G, AI κ.α. Πιο υγιή: επενδύσεις στην έρευνα και καινοτομία για την ανάπτυξη εμβολίων, στον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων για να υπάρχει πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες, και στην περαιτέρω εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας κ.α. Πιο ισχυρή: προώθηση των νέων σε πιο πράσινες και ψηφιακές θέσεις εργασίας κ.α. και τέλος μια Ευρώπη πιο δίκαιη: καταπολέμηση του ρατσισμού και της ξενοφοβίας, ισότητα των δύο φύλων κ.α. Η χρηματοδότηση αυτού του προγράμματος ανέρχεται σε €806.9 δις, μέσω του μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (Recovery and Resilience Facility, RRF), που αποτελεί τον πυρήνα του έκτακτου προγράμματος Next Generation EU (€338 δις μέσω επιχορηγήσεων και €385,8 δις μέσω δανείων, τα οποία θα έχουν περίοδο αποπληρωμής μέχρι το 2058, ώστε να κράτη μέλη να μην πιεσθούν χρηματοοικονομικά αλλά να επικεντρωθούν στις προσπάθειές τους για ανάκαμψη). Επίσης, κάποια συμπληρωματικά κονδύλια (συνολικού ποσού €83,1 δις) του Next

- Generation EU, θα επενδυθούν στα προγράμματα ReactEU, Horizon, InvestEU, RescEU, και Αγροτικής Ανάπτυξης.
2. HORIZON EUROPE: Το πρόγραμμα έχει σαν σκοπό να ενισχύσει την έρευνα και την καινοτομία της ανάπτυξης, μέσω επενδύσεων «στην κλιματική αλλαγή, στην έρευνα για τον καρκίνο, σε υγιείς ωκεανούς και θάλασσες, σε κλιματικά ουδέτερες και έξυπνες πόλεις, και στην υγεία του εδάφους και στα τρόφιμα», αντιμετωπίζοντας έτσι την παγκόσμια πρόκληση για την κλιματική αλλαγή, «συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης του ΟΗΕ και ενισχύει την ανταγωνιστικότητα και την ανάπτυξη της ΕΕ». Το πρόγραμμα «Ορίζων Ευρώπη», έχει προϋπολογισμό που ανέρχεται στα € 95,5 δις (περιλαμβάνονται και € 5,4 δις από το NGEU- Next Generation Europe, που αναφέρθηκε παραπάνω στο 1) και η διάρκεια του προγράμματος είναι: 2021 – 2027.
  3. EU4Health: Η ΕΕ θέσπισε ένα νέο «Πρόγραμμα «*Η ΕΕ για την υγεία - EU4Health*», για τη χρονική περίοδο 2021-2027. Ο στόχος του προγράμματος δεν είναι μόνο πως να αντιμετωπισθεί η κρίση αλλά και πως θα ενισχυθεί η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας, δίνοντας έμφαση και σε μακροπρόθεσμα ζητήματα. Επίσης, υποστηρίζει την προσέγγιση «*Μία υγεία*», αναγνωρίζοντας ότι «*η ανθρώπινη υγεία συνδέεται με την υγεία των ζώων και με το περιβάλλον*».

Σύμφωνα με αυτό το πρόγραμμα, δίνεται προτεραιότητα σε δράσεις που προωθούν και ενισχύουν τη συνεργασία, ακολουθώντας την ανακοίνωση της ΕΕ 11/2020 περί «*οικοδομώντας μια Ευρωπαϊκή Ένωση Υγείας: ετοιμότητα και ανθεκτικότητα απέναντι σε διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας*», συμπεριλαμβάνοντας πλεονεκτήματα και οφέλη αποδοτικότητας, ακόμη και σε δράσεις που αφορούν στην εσωτερική αγορά». Το πρόγραμμα EU4Health δεν περιορίζεται μόνο στον COVID-19, αλλά υποστηρίζει δράσεις και για άλλες ασθένειες, όπως και για τον καρκίνο, συμβάλλει στον ψηφιακό μετασχηματισμό των συστημάτων υγείας και θα ενισχύσει περαιτέρω τα συστήματα υγείας και το υγειονομικό προσωπικό. Θα ανοίξει το δρόμο για μια ισχυρή Ευρωπαϊκή Ένωση στον τομέα της Υγείας, που θα βελτιώσει και θα διασφαλίσει την υγεία όλων των πολιτών της ΕΕ. Αυτό το πρόγραμμα λειτουργεί παράλληλα με άλλα

προγράμματα, όπως το «Ορίζων» (Horizon - πρόγραμμα έρευνας και καινοτομίας, όπως έχει περιγραφεί παραπάνω στο 2), Invest EU (δράσεις για τον ψηφιακό μετασχηματισμό των μηχανισμών υγείας, όπου συμπεριλαμβάνεται και η ανάπτυξη ενός χώρου δεδομένων υγείας) και φυσικά με το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) κ.α. Ακόμη έρχεται να συμπληρώσει άλλες δράσεις, όπως τη «Κινητή υγεία» (m Health – mobile Health) 2012-2020, που είχε σκοπό τον ψηφιακό μετασχηματισμό και την αύξηση της τεχνολογίας, ώστε να υποστηριχθεί η υγεία μέσω κινητών συσκευών (υπολογιστών, δορυφορικές επικοινωνίες, οθόνες παρακολούθησης ασθενών, έξυπνα ρολόγια κ.α.), να επιτευχθεί η παρακολούθηση ζωτικών οργάνων των ασθενών σε πραγματικό χρόνο και να ακολουθήσει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών μέσω της τηλεϊατρικής.

Οι γενικοί και ειδικοί στόχοι είναι οι κάτωθι:

- Να βελτιώσει και να προαγάγει την υγεία, με το να προλαμβάνει ασθένειες και να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες διεθνώς.
- Να προστατεύει τους ανθρώπους σε περιπτώσεις σοβαρών διασυννοριακών απειλών στον τομέα υγείας, με το να προλαμβάνει αυτές τις απειλές αλλά και να είναι σε όσον δυνατόν μεγαλύτερη ετοιμότητα, μέσω δημιουργίας αποθεματικού σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και σε βασικά προϊόντα.
- Να βελτιώνει και να ενισχύει την προσβασιμότητα, να φροντίζει να είναι διαθέσιμα τα φάρμακα, οι ιατρικές συσκευές και τα προϊόντα σχετικά με την κρίση αλλά και να είναι προσιτά και από οικονομικής άποψης, ώστε να μην αποκλείεται κανένας πολίτης.
- Να ενισχύει τα συστήματα υγείας, με το να βελτιώνει την αποδοτικότητά τους και μέσω ψηφιοποίησης των συστημάτων υγείας, να προωθεί αποδοτικότερες χρήσεις των πόρων.

Το πρόγραμμα ξεκίνησε τον Ιανουάριο 2021 και θα διαρκέσει 7 έτη. Ο αρχικός προϋπολογισμός του προγράμματος ανέρχεται στα € 2,446 δις, με προοπτική να αυξηθεί με επιπλέον € 2,9 δις. Το πρόγραμμα επίσης αφορά και τρίτες χώρες, όπως Ισλανδία, Νορβηγία και Ουκρανία (με στοιχεία 2022). Σύμφωνα με έρευνα που

πραγματοποιήθηκε, το 66% των πολιτών θα ήθελε η ΕΕ να αναλάβει μεγαλύτερες δράσεις σε θέματα υγείας.

Εξακολουθούν και υπάρχουν βέβαια, και όλοι προηγούμενοι κανονισμοί όπως:

- για τη «διευρυμένη εντολή του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων – ΕΚΠΙΕΝ (European Centre for Disease Prevention and Control -ECDC)» και
- για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών, που δίνει πρόσθετες εξουσίες στην Ευρωπαϊκή Αρχή για την ετοιμότητα και την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών στον τομέα της υγείας (European Health Emergency Preparedness and Response Authority HERA), π.χ. τον Νοέμβριο 2022, υπέγραψε σύμβαση προμήθειας περίπου 3,5 εκ. κύκλων θεραπειών κατά της νόσου Covid -19.

Η πρόσφατη εμπειρία μας από την πανδημία Covid - 19, μας έδειξε η αντίδραση θα πρέπει να είναι άμεση, με μεγάλη αποφασιστικότητα και με μεγάλη συνεργασία, τόσο μέσα στην ΕΕ όσο και με τις τρίτες χώρες εκτός ΕΕ. Μέσα από τις καθυστερήσεις και τις εμπλοκές, προέκυψε ότι η κατάσταση δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπισθεί εγκαίρως και δεν απετράπησαν εγκαίρως οι καταστροφικές συνέπειες της πρόσφατης πανδημίας. Ο φόβος μιας πιθανής νέας παρόμοιας απειλής υπάρχει, και γι' αυτό η ΕΕ θέλει να προετοιμασθεί και να δημιουργήσει κατάλληλους μηχανισμούς για την έγκαιρη πρόβλεψη και αντιμετώπισή των.

Έτσι, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει καταρτίσει και λειτουργεί ένα σχέδιο ετοιμότητας για τη «βιολογική άμυνα», που ονομάστηκε «HERA Incubator» - Health Emergency Preparedness and Response Department (Τμήμα Ετοιμότητας και Αντιμετώπισης Έκτακτων υγειονομικών αναγκών), το 2021. Το πλάνο αυτό καταρτίστηκε με σκοπό να αντιμετωπισθεί η βραχυπρόθεσμη έως μακροπρόθεσμη απειλή, αλλά κυρίως για την αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων στο μέλλον. Αποστολή του HERA είναι «η πρόληψη, η ανίχνευση και η ταχεία αντιμετώπιση έκτακτων υγειονομικών αναγκών». Θα λειτουργεί προληπτικά και θα προβλέπει τις κρίσεις στον τομέα της υγείας, θα συλλέγει πληροφορίες και «όταν θα υπάρχει πλέον η έκτακτη ανάγκη, τότε θα διασφαλίζει την ανάπτυξη, παραγωγή και διανομή φαρμάκων, εμβολίων και άλλων ιατρικών αντιμέτρων - όπως γάντια και μάσκες - που συχνά έλειπαν κατά την πρώτη φάση της αντιμετώπισης της πανδημίας COVID-19». Το HERA «αποτελεί τον βασικό πυλώνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης Υγείας, θα καλύψει το κενό που υπήρχε στην

υγειονομική αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών και θέτει την ΕΕ σε ετοιμότητα», όπως είπε και η Πρόεδρος von der Leyen της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, στην ομιλία της για την κατάσταση της Ένωσης το 2021. (<https://health.ec.europa.eu/publications/hera-incubator>).

Το HERA θα λειτουργεί συμπληρωματικά με το «Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), που το έργο του είναι σχετικό με μεταδοτικές ασθένειες, αλλά χωρίς να έχει αρμοδιότητες σχετικές με την «προμήθεια, ανάπτυξη ή παραγωγή αντίμετρων». Επίσης θα συνεργάζεται με τον «Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA)», με τον WHO, με τις ομάδες των επιδημιολόγων και με τις ανάλογες επιτροπές στα κράτη μέλη της ΕΕ.

Το HERA θα χρηματοδοτηθεί με € 6 δις για την περίοδο 2022- 2027, με προοπτική να ανέλθει συνολικά στα € 30 δις. Θα χρηματοδοτείται επίσης και από διάφορα προγράμματα της ΕΕ - κυρίως τα EU4Health, rescEU, Horizon Europe και Next GenEU, καθώς επίσης και άλλα προγράμματα που αφορούν προγράμματα ανάκαμψης και ανθεκτικότητας όπως το REACT – EU ή το Ταμείο Συνοχής ή το INVEST - EU πρόγραμμα που στηρίζει τις επενδύσεις για την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας. Οι έκτακτες ανάγκες θα χρηματοδοτούνται ενίοτε από τους μηχανισμούς εκτάκτων αναγκών. Οι επιχειρήσεις έκτακτης ανάγκης θα χρηματοδοτούνται μέσω του μηχανισμού στήριξης έκτακτης ανάγκης. Τα κράτη μέλη διατηρούν πόρους από τους δικούς τους προϋπολογισμούς για την ετοιμότητα στον τομέα υγείας και θα μπορούσαν να συμμετέχουν, καθώς επίσης μπορεί να υπάρξει και ιδιωτική χρηματοδότηση, με τη χρήση χρηματοδοτικών εργαλείων δάνεια κ.λ.π. μέσω συνεργασίας με την ΕΤΕπ (EIB).

Παραθέτουμε παρακάτω κάποιες δράσεις που ανέλαβε η ΕΕ κατά τη διάρκεια της πανδημίας:

- Μέτρα συντονισμού της αντιμετώπισης της πανδημίας μεταξύ των κρατών μελών. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC) παρείχε τεχνική καθοδήγηση και υποστήριξη στα κράτη μέλη σχετικά με την αντιμετώπιση της πανδημίας και η ΕΕ είχε συμφωνήσει σε κοινές προμήθειες μέσω ατομικής φροντίδας (αντισηπτικών, μασκών κ.λ.π.), ιατρικού εξοπλισμού.
- Από τους πρώτους μήνες εξάπλωσης της πανδημίας, η ΕΕ στήριξε τους εργαζόμενους, επιχειρήσεις και κράτη μέλη με το συνολικό ποσό των € 540 δις, λόγω των

παρατεταμένων lockdown που είχαν αποφασισθεί, για την αποφυγή περισσότερων κρουσμάτων.

- Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) διέθεσε το ποσό των € 1.350 δις με το πρόγραμμα αγοράς ομολόγων, για πρόσθετη βοήθεια κατά τη διάρκεια της πανδημίας.
- Συντονισμός για την παρασκευή των εμβολίων: Η στρατηγική της ΕΕ για τα εμβόλια απέβλεπε στην από κοινού προμήθεια ώστε όχι μόνο να εξασφαλισθούν οι κατάλληλες ποσότητες για όλους τους πολίτες της ΕΕ αλλά και να διασφαλισθεί η δίκαιη κατανομή των εμβολίων μεταξύ των κρατών μελών. Χάρης της μεγάλης εκστρατείας για τον εμβολιασμό, διατέθηκαν σημαντικοί πόροι και με τη γρήγορη ανάπτυξη των εμβολιασμών, εκτιμάται ότι απετράπησαν πάνω από 250.000 θάνατοι σε ολόκληρη την ΕΕ το 2021 (OECD, Health at a Glance 2022).
- Προώθηση της συνεργασίας: τα κράτη – μέλη της Ε.Ε συνεργάστηκαν στενά και έθεσαν ταξιδιωτικά μέτρα μετακίνησης των πολιτών τους μέσα και έξω από τις χώρες τους, επιβάλλοντας περιορισμούς ανάλογα με την εκάστοτε επιδημιολογική κατάσταση, όπως π.χ. κλείσιμο συνόρων ή απαγόρευση μετακινήσεων μεταξύ πόλεων ή ακόμη και μεταξύ προαστίων μέσα στις ίδιες τις πόλεις, ώστε να μετριασθεί και να περιορισθεί η εξάπλωση του κορονοϊού. Το «Ευρωπαϊκό Κέντρο πρόληψης και Ελέγχου Νόσων» δημοσίευε έναν κωδικοποιημένο χάρτη με κόκκινες, κίτρινες και πράσινες ζώνες για τη μετακίνηση των πολιτών. Τα εκάστοτε περιοριστικά ταξιδιωτικά μέτρα δημοσιεύονταν 24 ώρες πριν την έναρξή τους.
- Το ψηφιακό πιστοποιητικό Covid -19: Η ΕΕ ανέπτυξε το ψηφιακό πιστοποιητικό ως απόδειξη εμβολιασμού, αρνητικού αποτελέσματος δοκιμής ή ανάρρωσης από το COVID-19. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνονταν τα ταξίδια εντός της ΕΕ αλλά ήταν και ένας τρόπος τα κράτη μέλη να επαναλειτουργήσουν τις οικονομίες τους, διατηρώντας παράλληλα υπό έλεγχο τους κινδύνους για τη δημόσια υγεία.

Είναι πολύ σημαντικό να ενισχυθούν τα συστήματα δημόσιας διοίκησης, μέσω αύξησης της χρηματοδότησης των οργανισμών δημόσιας υγείας, να βελτιωθούν τα συστήματα επιτήρησης ασθενειών και να εξασφαλισθεί το απαραίτητο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι πόροι για να αντιμετωπισθούν έκτακτες καταστάσεις, όπως αυτές της πανδημίας.



Μια σημαντική πτυχή της ετοιμότητας για πανδημία είναι η ενίσχυση των συστημάτων δημόσιας υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την αύξηση της χρηματοδότησης των οργανισμών δημόσιας υγείας, τη βελτίωση των συστημάτων επιτήρησης ασθενειών και την εξασφάλιση επαρκούς προσωπικού και πόρων για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών δημόσιας υγείας. Οι χώρες μπορούν επίσης να βελτιώσουν την ετοιμότητά τους επενδύοντας στην έρευνα και την ανάπτυξη εμβολίων, θεραπευτικών και διαγνωστικών προϊόντων. Επιπλέον, μερικές φορές οι ενέργειες ήταν ασυντόνιστες, με αποτέλεσμα η εφαρμογή διαφόρων μέτρων γινόταν με καθυστέρηση. Είναι σημαντικό για τη σωστή αντιμετώπιση άλλης πανδημίας ο συντονισμός διαφόρων τομέων και επιπέδων διακυβέρνησης. Τέλος, φάνηκε η ανάγκη για την ύπαρξη ενός δίκαιου και προσβάσιμου συστήματος, όπου δεν θα αποκλείεται κανένας πολίτης από τη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των εξετάσεων και θεραπειών για παρόμοιες μολυσματικές ασθένειες.

Αποδείχθηκε ότι η πανδημία Covid -19 αποτέλεσε τεράστια πρόκληση, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των ενεργειών, για πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συνολικά, η ΕΕ είχε αναλάβει αρκετές δράσεις και πρωτοβουλίες, για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Επιπλέον, με πρόσθετα προγράμματα από εδώ και πέρα, θέλει να εξασφαλίσει ότι τα κράτη μέλη θα είναι καλύτερα εξοπλισμένα, για να ανταποκριθούν σε μελλοντικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας.

*4.2 Τεχνολογίες «Πληροφοριών και Επικοινωνιών» στον τομέα της Υγείας*  
Οι «τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών» στον τομέα της υγείας (ηλεκτρονική υγεία) παρουσιάζουν μεγάλη ανάπτυξη και συντελούν ουσιαστικά στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, εδώ και μια δεκαετία στην Ελλάδα. Ήδη από την εποχή της οικονομικής κρίσης, παρόλη τη μεγάλη μείωση στις δαπάνες της υγείας, έγινε κατανοητός ο σημαντικός ρόλος της «Πληροφορικής και Επικοινωνίας» στις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης. Οι αλλαγές που έλαβαν χώρα, λόγω της οικονομικής κρίσης αλλά και λόγω της πρόσφατης υγειονομικής κρίσης έχουν επηρεάσει τους τομείς υγείας και κοινωνικής φροντίδας στη χώρα μας. Οι ανάγκες που προέκυψαν για μείωση των δαπανών και παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, οδήγησαν στην αναθεώρηση των παραδοσιακών μέσων της ιατρικής περίθαλψης και έκαναν πιο αναγκαία τη χρήση νέων τεχνολογιών. Όπως στις άλλες χώρες, έτσι και στην

Ελλάδα, η πανδημία επιτάχυνε την υιοθέτηση των ψηφιακών τεχνολογιών στην υγειονομική περίθαλψη.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο ορισμός της ηλεκτρονικής υγείας έχει ως εξής: «... η αποδοτική και ασφαλής χρήση των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την υποστήριξη της υγείας αλλά και πεδίων που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, της παρακολούθησης και της αγωγής υγείας, της γνώσης και της έρευνας». Παρόμοιος είναι και ο ορισμός σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή: «... η χρήση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών, των ασθενών, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής».

Στην Ελλάδα, ο Νόμος 3984/2011, άρθρο 66, παρ. 16 αποτελεί το βασικό νομικό πλαίσιο, που καθορίζει τη λειτουργία της τηλεϊατρικής: «Οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής παρέχονται εφόσον υφίσταται η δυνατότητα και με ευθύνη του θεράποντος ιατρού που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Ο θεράπων ιατρός, για λόγους προστασίας των προσωπικών δεδομένων, είναι υπεύθυνος να ζητά από τον ασθενή ή εφόσον αυτό δεν είναι δυνατό από συγγενή α' βαθμού, την ενυπόγραφη έγκριση χρησιμοποίησης υπηρεσιών τηλεϊατρικής. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί υπηρεσίες τηλεϊατρικής κατά την κρίση του. Οι οδηγίες των Νοσοκομείων και Μονάδων Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Τηλεϊατρικής είναι συμβουλευτικές και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικές». ([www.moh.gov.gr/articles/ehealth](http://www.moh.gov.gr/articles/ehealth)).

Παρουσιάζονται παρακάτω κάποια από τα μέσα που αναπτύχθηκαν και ορισμένοι από τους τρόπους που η πληροφορική χρησιμοποιήθηκε στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα:

**ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗ:** Τα τελευταία χρόνια, η τηλεϊατρική έχει αναπτυχθεί σημαντικά. Σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ εγκαινιάστηκε μια πλατφόρμα τηλεϊατρικής, μέσω της οποίας οι ιατροί μπορούν να συμβουλευθούν ασθενείς εξ αποστάσεως. Κυρίως έγινε χρήση στις περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς ζούσαν σε μεγάλη απόσταση από τα αστικά κέντρα της χώρας, απομακρυσμένα χωριά και νησιά, και δεν ήταν εύκολη η μετακίνησή τους ή η μετακίνησή τους θα γινόταν με υψηλό κίνδυνο της ζωής τους, καθώς θα έπρεπε να γίνει μια πρώτη διάγνωση άμεσα.

Η πλατφόρμα τηλεϊατρικής του ΕΟΠΥΥ επιτρέπει στους ασθενείς να προγραμματίζουν εικονικά ραντεβού με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μέσω μιας ασφαλούς διαδικτυακής πλατφόρμας. Οι ασθενείς μπορούν να συμβουλευτούν τους γιατρούς μέσω βίντεο κλήσεων, τηλεφωνικών κλήσεων ή μηνυμάτων κειμένου. Η πλατφόρμα επιτρέπει επίσης στους γιατρούς να έχουν πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και να συνταγογραφούν φάρμακα. Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να "μεταφερθεί" ψηφιακά στο χώρο όπου βρίσκεται ο ασθενής, και με αυτόν τον τρόπο εκμηδενίζονται οι αποστάσεις ανάμεσα στις κεντρικές μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες και στα απομακρυσμένα νησιά. Επιπλέον, αφ' ενός μειώνονται οι άσκοπες μετακινήσεις (που ειδικά τον χειμώνα είναι μειωμένα τα δρομολόγια στα απομακρυσμένα νησιά κατά πολύ), που σημαίνει μείωση του χρόνου και κόστους των κατοίκων αυτών και αφ' ετέρου μειώνεται ο φόρτος εργασίας στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων, που σημαίνει μείωση του κόστους για τα νοσοκομεία. Το αποτέλεσμα είναι η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Η πιο ολοκληρωμένη προσπάθεια ενσωματώνεται στην ίδρυση και λειτουργία του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ) το 2016, που χρηματοδοτήθηκε από την ΕΕ και αποτελείται από ένα σύνολο σταθμών τηλεϊατρικής, ειδικότερα: «24 σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού - Ασθενούς (ΣΤΙΑ), τοποθετημένους σε απομακρυσμένα σημεία: από τα Κύθηρα μέχρι το Καστελόριζο και από τη Λήμνο και τις Οινούσες (Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία), 11 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου σε μεγάλα Περιφερειακά Νοσοκομεία: Ρόδος, Σάμος, Σύρος, Μυτιλήνη, Χίος, Κύθηρα, Ικαρία, Λήμνος, Κάλυμνος, Κως, Νάξος, 7 Νοσοκομεία που βρίσκονται στην Αττική: Ασκληπιείο, Τζάνειο, Θριάσιο, Μεταξά, Νίκαια, Αττικόν, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής), 1 Σταθμό Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), Κέντρο Δεδομένων (Data Center) που φιλοξενείται στην Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ ΑΕ) και ένα HELP DESK».

Παρέχονται υπηρεσίες: τηλε - συμβουλευτικής, τηλε - ψυχιατρικής, τακτικά ιατρεία τηλεϊατρικής, επείγοντα περιστατικά, δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης. «Το ΕΔΙΤ αποτελεί σημαντικό κομμάτι μιας ευρύτερης προσπάθειας για ένα ευέλικτο και σύγχρονο Εθνικό Σύστημα Υγείας που θα ανταποκρίνεται άμεσα, έγκαιρα και έγκυρα στις ανάγκες των πολιτών». Με αυτό το έργο, το ΕΔΙΤ θα έχει στη διάθεσή του συνολικά 71 μονάδες τηλεϊατρικής, οι οποίες θα διασυνδέουν 52 νησιά του Αιγαίου με κεντρικά νοσοκομεία της Αττικής και της Περιφέρειας.

Απώτερος σκοπός του έργου είναι η ισότιμη πρόσβαση του πολίτη, οπουδήποτε και εάν βρίσκεται, σε σύγχρονες υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου ([www.edit.gov.gr](http://www.edit.gov.gr)).

Επίσης, με χρηματοδότηση από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014-2020» με πόρους οι οποίοι προέρχονται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ), η τηλεϊατρική επεκτάθηκε και σε μικρότερα νησιά της περιφέρειας της Αττικής, που δεν είχαν πρόσβαση στο Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής. Και με αυτήν τη δράση ενισχύεται η «άμεση και ισότιμη πρόσβαση των κατοίκων των νησιών σε εξειδικευμένες και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, που διαθέτει σήμερα το ΕΣΥ, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας τους και χωρίς να απαιτείται η μετακίνησή τους». Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η συνεχής εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και κατά συνέπεια επιτυγχάνεται καλύτερη υγειονομική περίθαλψη των κατοίκων σε αυτά τα νησιά (συνέντευξη του Περιφερειάρχη Αττικής Γ. Πατούλη, Νοέμβριο 2020).

Βέβαια, η μεγαλύτερη χρήση της τηλεϊατρικής έγινε κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ο ΟΟΣΑ στο State of Health in Greece(2021), αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας, έγινε μεγάλη χρήση της τηλε συμβουλευτικής, περίπου το 38% του ελληνικού πληθυσμού πραγματοποίησε ιατρικό ραντεβού, τηλεφωνικό ή μέσω internet κατά τη διάρκεια της πανδημίας, το ίδιο ποσοστό περίπου παρουσιάζεται συνολικά και στην ΕΕ (Eurofound 2021). Η πλατφόρμα τηλεϊατρικής έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής ασθένειας COVID-19 και ενδέχεται να χρειάζονται συχνές επισκέψεις παρακολούθησης με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η πλατφόρμα επέτρεψε επίσης στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να συνεχίσουν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς που δεν μπορούσαν να προσέλθουν σε ιατρικές εγκαταστάσεις, λόγω περιορισμών ή ανησυχιών που σχετίζονταν με την πανδημία.

Σε πολλές χώρες ακολουθήθηκε και υποστηρίχθηκε η τηλεϊατρική, όπως π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις ΗΠΑ. Αυτό που εντοπίστηκε κατά την αρχική περίοδο της πανδημίας Covid-19, ήταν ότι αρκετές χώρες δεν διέθεταν την απαραίτητη ρυθμιστική δομή για να «εγκρίνει, ενσωματώνει, και αποζημιώνει τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής στην περίθαλψη των ασθενών τους», ακόμη και σε επείγοντα περιστατικά όπως αυτή της πρόσφατης πανδημίας.

Έτσι, στην Ιταλία παρόλο που ήταν η 2<sup>η</sup> χώρα με πολύ μεγάλη επιβάρυνση λόγω Covid -19 στο σύστημα υγείας και τη μεγάλη μετάδοση του ιού στον πληθυσμό της, τουλάχιστον κατά την 1<sup>η</sup> φάση της πανδημίας, δεν περιλαμβανόταν η τηλεϊατρική, στα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης στη Γαλλία, το πρώτο διάταγμα που επέτρεπε την αποζημίωση τηλε - συμβούλων μέσω βίντεο και τηλε - εξετάσεων μέσω τηλεϊατρικής, υπεγράφη στις 9 Μαρτίου 2020, για ασθενείς με συμπτώματα Covid-19 ή τους επιβεβαιωμένους με Covid-19, και δεν ήταν απαραίτητο να γνωρίζουν τον ασθενή. Μέσω του διατάγματος, επιτυγχανόταν η μείωση μετακίνησης των ασθενών, η συγκέντρωσή τους σε αίθουσες αναμονής κ.α. Μετά τη ν επιδείνωση της πανδημίας, προσωρινή αμοιβή των νοσηλευτών και των μαιών επιτράπηκε νομικά (Ohanessian R. et al, 2020). Πριν από την πανδημία, το ποσοστό των συμβουλών μέσω τηλεφώνου ή βίντεο ανερχόταν μόνο στο 10% επί του συνόλου της ΕΕ, με τη Δανία στο 45% (Health at a Glance: Europe 2022).

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΦΑΥ):** αποτελεί μια πρωτοποριακή εφαρμογή, καθώς όλα τα ιατρικά δεδομένα ενός ασθενή μπορούν να περιλαμβάνονται μέσα σε αυτόν τον ηλεκτρονικό φάκελο, όπως στοιχεία από νοσηλείες, διαγνώσεις, ασθένειες και φάρμακα, που είναι καταγεγραμμένα μηχανογραφικά για όλους τους ασφαλισμένους στην Ελλάδα, αρκεί να έχουν κάνει αίτηση ηλεκτρονική, ώστε να είναι εγγεγραμμένοι στο σύστημα. Όλες οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στον ΦΑΥ, προέρχονται από τα στοιχεία που καταθέτουν οι πάροχοι της υγείας και οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι. Η υπηρεσία του ΦΑΥ ήταν επίσης σημαντική κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς οι ιατροί μπορούσαν να ενημερωθούν εξ αποστάσεως για το ιστορικό των ασθενών.

**ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ:** έχει επίσης υιοθετηθεί ευρέως στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή συμπτώματα COVID-19 παρακολουθούνται εξ αποστάσεως μέσω φορητών συσκευών και άλλων τεχνολογιών απομακρυσμένης παρακολούθησης.

**ΚΙΝΗΤΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ:** έχουν αναπτυχθεί για να βοηθήσουν στην παρακολούθηση και τον εντοπισμό των κρουσμάτων COVID-19 στην Ελλάδα. Η εφαρμογή COVID-19, που αναπτύχθηκε από το ελληνικό Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, επιτρέπει στους χρήστες

να αναφέρουν τα συμπτώματά τους και να παρακολουθούν τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους.

Συνολικά, η πανδημία οδήγησε στην επιτάχυνση της υιοθέτησης της πληροφορικής στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Αυτό επέτρεψε στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να συνεχίσουν να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς, ελαχιστοποιώντας παράλληλα τις προσωπικές αλληλεπιδράσεις και μειώνοντας τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού.

Η ανθεκτικότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης απέναντι σε ανατρεπτικά γεγονότα, όπως η πανδημία, συσχετίζεται θετικά με την υιοθέτηση νέων ψηφιακών εφαρμογών, φέρεται να παρατηρεί η ερευνητική κοινότητα, σύμφωνα με μελέτη του IOBE (Ψηφιακή Υγεία και Real World Data, 2020: 46). Οι επιπτώσεις στην αλυσίδα εφοδιασμού του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, στη διάγνωση ασθενειών, στη θεραπεία των ασθενών και στην παρακολούθηση των ασθενών είναι μερικοί από τους τομείς που εξετάζονται. Τα ευρήματα της σχετικής έρευνας δείχνουν πόσο σημαντικές είναι οι ψηφιακές λύσεις για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που ανακοινώθηκαν από τον ΠΟΥ (Απρίλιο 2019) και παρουσιάζονται αναλυτικά στην αντίστοιχη έκδοση «Ψηφιακές παρεμβάσεις στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας», αναφέρονται στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να γίνει η χρήση της ψηφιακής υγείας, μέσω: κινητών τηλεφώνων, tablet και Η/Υ, και στοχεύουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Επισημαίνεται η ανάγκη της προσβασιμότητας και της διαθεσιμότητας των πληροφοριών μέσω της ψηφιακής υγείας και φυσικά η απαραίτητη διασφάλιση για την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Η επαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας θεωρείται πολύ σημαντική για την πλήρη μετάβαση σε αυτόν τον τρόπο εργασίας και τη χρήση της τεχνολογίας αποτελεσματικά. «Η κατευθυντήρια γραμμή ενθαρρύνει τους αρμόδιους χάραξης πολιτικής και τους υπεύθυνους υλοποίησης να επανεξετάσουν και να προσαρμοστούν σε αυτές τις συνθήκες, εάν θέλουν τα ψηφιακά εργαλεία να οδηγήσουν σε απτές αλλαγές». Τέλος, προέβη σε συστάσεις για την υπηρεσία της τηλεϊατρικής, με τη χρήση κινητών τηλεφώνων ή διαδικτυακών πυλών (web portals) ή άλλα ψηφιακά εργαλεία, τονίζοντας ότι «αυτό είναι ένα πολύτιμο συμπλήρωμα στις

*αλληλεπιδράσεις πρόσωπο με πρόσωπο, χωρίς να σημαίνει πως μπορεί να τις αντικαταστήσει εντελώς».*

Τέλος, αναπτύσσεται η δράση *«Η υγεία μου @ EE - Ηλεκτρονικές διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας στην EE»* (θα εφαρμοσθούν σταδιακά σε 25 χώρες έως το τέλος του 2025): περιλαμβάνουν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και το συνοπτικό ιστορικό ασθενούς και είναι διαθέσιμες στις ευρωπαϊκές χώρες, όπου μπορεί να είμαστε εκεί ή για ταξιδιωτικούς λόγους, ή για εργασιακούς λόγους κ.α. Δίνεται λοιπόν η δυνατότητα σε περίπτωση ασθένειας ή ανάγκης οποιασδήποτε άλλης ιατρικής συμβουλής, οι διασυνοριακές υπηρεσίες να είναι διαθέσιμες, με σκοπό να προστατέψουν και να υποστηρίξουν τους ευρωπαίους ταξιδιώτες μέσα στην EE. Μέσω αυτών των υπηρεσιών του *«νέου ψηφιακού διαύλου»*, δύναται να παρασχεθεί υγειονομική περίθαλψη στη χώρα του ταξιδιού τους, όμοια με εκείνη που θα δινόταν στη χώρα προέλευσής των, με τη διάθεση όλου του ιατρικού ιστορικού.

Ενώ, οι τεχνολογικές αλλαγές και η ενσωμάτωση της ψηφιακής τεχνολογίας σε διάφορους τομείς είναι πολύ σημαντικές σε μερικές χώρες της EE, η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει χαμηλή ψηφιακή ωριμότητα και επιδόσεις, καθώς κατατάσσεται σε χαμηλή θέση στους διεθνείς δείκτες που αξιολογούν την ψηφιακή ωριμότητα των χωρών ανά τον κόσμο π.χ. στο *«Δείκτη Ψηφιακής Οικονομίας και Κοινωνίας (Digital Economy and Society Index, DESI)»*, κατέχει την 27η θέση μεταξύ των 28 χωρών της E.E. για το 2020 ή στο *«Δείκτη Ανάπτυξης Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης (eGovernment Development Index, EGDI)»*, κατέχει την 27η θέση ανάμεσα στις 28 χώρες της E.E. Σύμφωνα με τη μελέτη του IOBE (Ψηφιακή Υγεία και Real World Data, 2020: 48-49), παρόλη την υστέρηση με την υπόλοιπη Ευρώπη, έχουν γίνει κάποια βήματα για να προχωρήσει ο ψηφιακός μετασχηματισμός στον τομέα υγείας.

Σύμφωνα με τον OECD, στην έκδοση *«State of Health in EU- Greece 2021»*, αναφέρεται ότι παρά την πρόοδο που επιτεύχθηκε την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένης και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, *«οι υπηρεσίες τεχνολογίας και πληροφοριών, μέχρι το 2020 συγκαταλέγονταν μεταξύ των λιγότερο αναπτυγμένων χωρών της EE»*. Στη συνέχεια, έγιναν επενδύσεις (μέσω του νέου Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης), που αφορούσαν τον ψηφιακό μετασχηματισμό όλης της Δημόσιας Διοίκησης και κατά συνέπεια αφορούσαν και τον τομέα της υγείας (δημιουργία πλατφόρμας

για την πρόσβαση σε ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, ηλεκτρονικά ραντεβού, εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό κ.α.).

Η συλλογή και χρήση ψηφιακών δεδομένων υγείας έχει σημαντικές διαρθρωτικές επιπτώσεις στην οικονομία της χώρας, καθώς και πολυάριθμα κοινωνικά οφέλη για τους ασθενείς. Οι επενδύσεις που πραγματοποιούνται μπορούν να ενισχύσουν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους πολίτες. Οι επενδύσεις αυτές μπορούν επίσης να αυξήσουν το ΑΕΠ του έθνους και να δημιουργήσουν εξειδικευμένες ευκαιρίες απασχόλησης. Με τον τρόπο αυτό, δίνεται λύση στο πρόβλημα της διαρροής εγκεφάλων, που είναι η έξοδος εργαζομένων υψηλής εξειδίκευσης σε άλλα έθνη (drain brain) και να ενδυναμώσει το (brain gain), δημιουργία νέων θέσεων στον τομέα αυτό. (IOBE: Ψηφιακή Υγεία και Real World Data, 2020: 83).

*4.3 Τα πλεονεκτήματα του «συμμετοχικού μοντέλου» οργανωσιακής κουλτούρας*  
Σε πολλές χώρες όπως Αγγλία, Σουηδία, Ιταλία, Ισπανία και ΗΠΑ, κατά τη δεκαετία 1980 και έπειτα πέρασαν από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στο ανοικτό μοντέλο κουλτούρας, όπου διαχωρίσθηκε η πολιτική από τη διοίκηση των νοσοκομείων, έγιναν περισσότερο αυτοδιοικούμενα και λειτούργησαν με όρους ανταγωνισμού και μηχανισμούς της αγοράς. Όμως ήδη από τη δεκαετία του 1990, άρχισαν να είναι ορατά τα προβλήματα και οι αδυναμίες και αυτού του μοντέλου διοίκησης των νοσοκομείων και σταδιακά άρχισε να δοκιμάζεται και να εφαρμόζεται ένα νέο μοντέλο διοίκησης, το «συμμετοχικό μοντέλο».

Όπως αναφέρεται και από τη Γούλα Α. (2014:235), το γραφειοκρατικό μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας δεν ανταποκρίνεται στις καινούργιες διοικητικές απαιτήσεις, αλλά ούτε και στο πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον της εποχής μας. Ο δημόσιος τομέας στην Ελλάδα και κατά συνέπεια και η οργάνωση της κουλτούρας στα δημόσια νοσοκομεία χρειάζονται αλλαγές, καθώς πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα οι ισχυρές υπο-κουλτούρες, ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των εργαζομένων αλλά και των ασθενών, η απουσία ελέγχου της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς των. Για τη μετάβαση σε ένα άλλο μοντέλο, απαραίτητο ρόλο διατελεί η οργανωσιακή αλλαγή, δηλαδή η «μετάβαση από μία κατάσταση με συγκεκριμένες συνθήκες σε μία νέα κατάσταση». Η αλλαγή βρίσκεται συνεχώς σε εξέλιξη κατά τη μεταβατική περίοδο μέχρι να φθάσουμε στην νέα κατάσταση, που έχει τεθεί ως στόχος. Η αλλαγή στην κουλτούρα δεν αφορά μόνον αλλαγές στη δομή και στις διαδικασίες



αλλά επίσης και αλλαγές στις συμπεριφορές, μέσω διατήρησης των αξιών που κρατούν ενωμένο τον οργανισμό. Ο ηγέτης συνεχίζει να έχει σημαντικό ρόλο, ο οποίος θα καταστήσει σαφή την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα των αλλαγών (έχοντας αλλάξει πρώτα τον εαυτό του), θα καταστήσει σαφές το νέο όραμα, ώστε οι εργαζόμενοι να επιθυμούν την αλλαγή, διαφορετικά οργανωσιακή αλλαγή δεν είναι δυνατόν να υπάρξει.

Οι *Bartlett C., and Ghoshal S. (1995: 11-23)* υποστήριξαν ότι η επιτυχία επιτυγχάνεται όταν υπάρχει υποστήριξη ανθρώπινων πόρων και θεώρησαν τη «*συμμετοχική εργασία ως αναντικατάστατη αξία*». Οι *Fred et al (2000)*, επεσήμαναν ότι είναι πολύ σημαντική η δημιουργία ομάδων εργασίας, με το κατάλληλο μέγεθος και κατάλληλη σύνθεση, κατάλληλες διαδικασίες και δομές, ηγεσία που θα εστιάζει στην αριστεία ενώ για να είναι επιτυχής πρέπει να δημιουργείται η «*κουλτούρα νικητή*» (*Campbell R., (2009:328-343)*). Ο ηγέτης επιλέγει τα άτομα που θα έρθουν κοντά, βάσει των γνώσεων, διασυνδέσεων, αρμοδιοτήτων, ηγετικών προσόντων και αξιοπιστίας. Στη συνέχεια νέα μέλη προστίθενται ή αποχωρούν τα παλαιότερα μέλη. Ο *Senge* επισημαίνει τη σημαντικότητα του ρόλου της ομάδας, ιδιαίτερα εάν υπάρχει διάλογος (μέσω του διαλόγου οι ομάδες αντιλαμβάνονται τα προβλήματα καλύτερα και γίνονται πιο «*αποτελεσματικές και δημιουργικές*». (Γούλα Α., 2014: 272 – 277).

Σύμφωνα με τον *Λειβαδά Λ., (2003:167)*, «*το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης δεν είναι χαλαρό αλλά πολύ καλά δομημένο. Είναι ένα σύστημα αυτοελέγχου, με τις αποφάσεις να λαμβάνονται ομαδικά, αλλά η εφαρμογή τους αφορά ατομικά το κάθε μέλος της ομάδας, με προσωπική ευθύνη για την επιτυχία ή μη*». Ένα σύνολο αξιών πρέπει να χαρακτηρίζει την κουλτούρα, ώστε να είναι δυνατή η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου, όπως: εμπιστοσύνη, ενδυνάμωση και συνεχή εκπαίδευση προσωπικού, κατάλληλες αμοιβές μέσω υψηλότερων κινήτρων και αξιολόγησης απόδοσης, δημιουργικότητα και ανάληψη αυξημένων πρωτοβουλιών και μεταβίβαση αρμοδιοτήτων.

Έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες έρευνες σε διεθνές επίπεδο για τα νοσοκομεία και κατέληξαν, ότι με την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου οργανωσιακής κουλτούρας επιτυγχάνονται τα κάτωθι: καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας στους ασθενείς, ο ασθενής βρίσκεται στο κέντρο όλων των ενεργειών, θετική συσχέτιση μεταξύ συμμετοχικού μοντέλου και ικανοποίησης ασθενών σε αντίθεση με την

αρνητικής συσχέτιση όταν το σύστημα είναι γραφειοκρατικό, παρέχεται υψηλότερο επίπεδο ποιότητας προς τους ασθενείς, μεγαλύτερη ικανοποίηση του προσωπικού, υψηλοί δείκτες αποτελεσματικότητας.

Εδώ και χρόνια, αλλά ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, έχει παρουσιασθεί η ανάγκη για αλλαγή στα ελληνικά νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για μεγαλύτερη ενδυνάμωση και συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Μέσα από έρευνες και μελέτες έχουν παρουσιασθεί τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδος. Ακολουθούν μερικά παραδείγματα ερευνητικών άρθρων που ασχολούνται με αυτό το θέμα, οι περισσότερες στα Ελληνικά Νοσοκομεία:

1. Οι Angermeier et al (2009), εξέτασαν την επίδραση του συμμετοχικού κλίματος διοίκησης σε επίπεδο εργαζομένων σε 4 επίπεδα, όσον αφορά στην: εξυπηρέτηση πελατών, ιατρικά σφάλματα, επαγγελματική εξουθένωση και πρόθεση για τζίρο (δείγμα 2.522 εργαζομένων σε 312 τμήματα ενός μεγάλου οργανισμού υγείας). Η μελέτη έδειξε ότι οι εργαζόμενοι: παρείχαν κατά 14% καλύτερη εξυπηρέτηση πελατών, σημειώθηκαν κατά 26% λιγότερα κλινικά λάθη, έδειξαν κατά 79% λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση και η πιθανότητα να φύγουν από τον οργανισμό ήταν κατά 61% μικρότερη στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. Τα συμπεράσματα ήταν ότι ένα τέτοιο μοντέλο διαχείρισης έχει θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα των εργαζομένων, η οποία πιθανότατα θα οδηγήσει σε βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας των ασθενών και γενικότερα σε αύξηση της αποτελεσματικότητας των οργανισμών υγείας.
2. Το άρθρο των Longo F. et al., (2017), εξετάζει την επίπτωση του συμμετοχικού μοντέλου στην προσφερόμενη ποιότητα σε Ευρωπαϊκά νοσοκομεία (έξι Ευρωπαϊκών πρωτευουσών) και κατέληξαν ότι μπορούν να συμβάλουν στην καλύτερη ποιότητα της περίθαλψης και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Τα νοσοκομεία που χρησιμοποιούσαν πρακτικές συμμετοχικής διοίκησης ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα παρακίνησης του προσωπικού και ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Οι συγγραφείς επίσης κατέληξαν, ότι ο αντίκτυπος της συμμετοχικής διαχείρισης διέφερε ανάλογα με τις συγκεκριμένες

- πρακτικές που εφαρμόστηκαν και το πλαίσιο στο οποίο εφαρμόστηκαν, π.χ. είχαν ισχυρότερο αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης σε νοσοκομεία που ήταν μεγαλύτερα και πιο σύνθετα.
3. Σύμφωνα με τη μελέτη των Callaghan G., (2019), εξετάζεται ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στη διευκόλυνση ή την παρεμπόδιση της συμμετοχής σε δράσεις βελτίωσης της υγειονομικής περίθαλψης. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι μια συμμετοχική κουλτούρα, η οποία χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη, διαφάνεια και συνεργασία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία των προσπαθειών βελτίωσης.
  4. Στο άρθρο των Charalampopoulos G. and Raftopoulos V., (2018), εξετάζεται η επίδραση που είχε η οικονομική κρίση στα Ελληνικά νοσοκομεία και στους εργαζόμενους σε αυτά, καθώς επίσης εξετάζεται πως το συμμετοχικό μοντέλο θα βοηθήσει στη βελτίωση της προσφερόμενης φροντίδας μέσα στα νοσοκομεία, της βελτίωσης των συνθηκών των εργαζόμενων και ενίσχυσης των κινήτρων για εργασία και την ενδυνάμωσή τους να αναλάβουν περισσότερες ευθύνες και να αντιμετωπίσουν μερικών το πρόβλημα έλλειψης προσωπικού, και γενικότερα στην προώθηση της δημόσιας υγείας.
  5. Η μελέτη των Kyrgiopoulos I. and Zilidis Ch., (2019), αναφέρεται στην εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου στα νοσοκομεία και στα αποτελέσματα βελτίωσης και από τη πλευρά των εργαζομένων αλλά και από την πλευρά των ασθενών. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι μέσω του μοντέλου, θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν κάποιες από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, όπως οι ελλείψεις προσωπικού και οι δημοσιονομικοί περιορισμοί, και κατά συνέπεια θα μπορούσε να προκύψει πιο αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Επίσης, προέκυψε ότι το συμμετοχικό μοντέλο θα μπορούσε να βοηθήσει στον εντοπισμό και στην αντιμετώπιση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών και των οικογενειών τους και έτσι να διασφαλισθεί ότι η παρεχόμενη φροντίδα σέβεται και ανταποκρίνεται στις προτιμήσεις των ασθενών. Ενώ τέλος, με τη συμμετοχή των

εργαζομένων στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στη διατήρηση μιας κουλτούρας συνεργασίας και επικοινωνίας, θα βελτιωθεί το ηθικό των εργαζομένων και η ικανοποίησή τους για την εργασία.

6. Σύμφωνα με τη μελέτη των Sachlas A. and Moustakas K., (2019), διερευνήθηκε ο ρόλος της ηγεσίας στη δημιουργία συμμετοχικής κουλτούρας στα ελληνικά νοσοκομεία, μέσω συνεντεύξεων με 24 διευθυντές νοσοκομείων από διάφορα νοσοκομεία στην Ελλάδα. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι η ηγεσία διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη δημιουργία συμμετοχικής κουλτούρας στα ελληνικά νοσοκομεία. Οι ηγέτες που δημιουργούν συμμετοχική κουλτούρα ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους να συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και να μοιράζονται τις ιδέες και τις προτάσεις τους. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι οι διευθυντές των νοσοκομείων στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην εφαρμογή της συμμετοχικής κουλτούρας, λόγω της ιεραρχικής φύσης του ελληνικού συστήματος υγείας, της έλλειψης εμπιστοσύνης μεταξύ διευθυντών και εργαζομένων και του μεγάλου φόρτου εργασίας του προσωπικού των νοσοκομείων. Οι προτάσεις τους προς τους διευθυντές των νοσοκομείων είναι ότι πρέπει να αναπτύξουν εμπιστοσύνη με τους υπαλλήλους τους, να παρέχουν κατάρτιση και υποστήριξη στους υπαλλήλους για την ενίσχυση της συμμετοχής τους και να δημιουργήσουν ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον που ενθαρρύνει τη συμμετοχή. Συνολικά, η μελέτη αναδεικνύει τη σημασία της ηγεσίας στη δημιουργία συμμετοχικής κουλτούρας στα ελληνικά νοσοκομεία και παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τους διευθυντές των νοσοκομείων και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής.
7. Σύμφωνα με τη μελέτη των Charalambous M. and Zyga A. (2019), διερευνάται ο αντίκτυπος της συμμετοχικής διαχείρισης στην ικανοποίηση των ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία (χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε σε ασθενείς σε δύο ελληνικά νοσοκομεία και περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την εμπειρία τους στο νοσοκομείο, καθώς και ερωτήσεις σχετικά με την αντίληψή τους για τις πρακτικές συμμετοχικής διαχείρισης

- του νοσοκομείου). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπήρχε θετική σχέση μεταξύ της συμμετοχικής διαχείρισης και της ικανοποίησης των ασθενών. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που θεωρούσαν ότι το νοσοκομείο είχε καλύτερες πρακτικές συμμετοχικής διαχείρισης ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εμπειρία τους στο νοσοκομείο. Επίσης, οι ασθενείς που ανέφεραν καλύτερη επικοινωνία με το προσωπικό του νοσοκομείου και μεγαλύτερη συμμετοχή στη δική τους περίθαλψη, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εμπειρία τους στο νοσοκομείο. Άρα, η συμμετοχική διοίκηση, η οποία περιλαμβάνει τη συμμετοχή των εργαζομένων και των ασθενών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.
8. Η ανασκόπηση των Kaitelidou D.et al., (2020) εξετάζει την εφαρμογή της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων των συμμετοχικών μοντέλων οργανωσιακής κουλτούρας. Η μελέτη ανέφερε ότι υπάρχει έλλειψη έρευνας σχετικά με το θέμα στην Ελλάδα, αλλά ότι ορισμένοι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόζουν συμμετοχικές προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.
  9. Η μελέτη των Vozikis A., (2020) εξέτασε τις επιπτώσεις της ηγεσίας και της οργανωτικής κουλτούρας στην αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων των συμμετοχικών μοντέλων οργανωτικής κουλτούρας. Οι συγγραφείς λοιπόν διαπίστωσαν ότι η συμμετοχική κουλτούρα, με τη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων και στη φροντίδα των ασθενών, μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία. Ωστόσο, εντοπίστηκαν και κάποιες προκλήσεις για την εφαρμογή συμμετοχικών προσεγγίσεων στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της αντίστασης στην αλλαγή και της έλλειψης πόρων.

10. Η Γούλα Α. (2020) μελέτησε την οργανωσιακή κουλτούρα, και ειδικότερα πως την αντιλαμβάνονται τα ανώτατα και ανώτερα στελέχη και πως την οραματίζονται 5 χρόνια αργότερα (η έρευνα έλαβε μέρος σε 26 νοσοκομεία της περιοχής της Αθήνας και το δείγμα αποτελείτο από 656 στελέχη από τα τέσσερα διαφορετικά τμήματα των νοσοκομείων: ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό). Το κύριο συμπέρασμα αυτή της έρευνας, ήταν ότι τα ανώτατα και ανώτερα στελέχη επιθυμούσαν αλλαγή στην οργανωσιακή κουλτούρα από το γραφειοκρατικό μοντέλο στο συμμετοχικό. Τα χαρακτηριστικά του υπάρχοντος γραφειοκρατικού μοντέλου ήταν: ακαμψία, φόβος για πρωτοβουλίες και μεταρρυθμίσεις, μικρή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, περιορισμός στην ικανοποίηση των στελεχών και κατά συνέπεια περιορισμός στην παραγωγικότητα και την ασφάλεια των ασθενών. Προτείνεται η αλλαγή του γραφειοκρατικού μοντέλου σε συμμετοχικό μοντέλο. «Διεθνείς έρευνες έχουν δείξει ότι το μοντέλο συμμετοχικής κουλτούρας έχει θετικά αποτελέσματα στην ασφάλεια των ασθενών, στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα και στην ικανοποίηση των εργαζομένων».
11. Σύμφωνα με τη μελέτη των Goula A. et al (2021), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και μάθησης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (η μελέτη αφορούσε 188 άτομα, προσωπικό από 17 νοσοκομεία). Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων είναι ιεραρχική και γραφειοκρατική, δίνοντας μικρές ευκαιρίες στη μάθηση και ανάπτυξη των εργαζομένων και αυτό με τη σειρά του εμποδίζει την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών, διαδικασιών και μεθόδων από τα νοσοκομεία. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η ηγεσία και η συμμετοχή των εργαζομένων μπορούν να προωθήσουν μια κουλτούρα μάθησης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Προτείνεται λοιπόν ο προσανατολισμός των νοσοκομείων σε πιο συμμετοχική και εργατοτεχνική προσέγγιση για την προώθηση της μάθησης και της ανάπτυξης, παρέχοντας περισσότερες ευκαιρίες για κατάρτιση, προώθηση συνεργασίας, ανταλλαγής γνώσεων και της αξιοποίησης της τεχνολογίας.

Συνολικά, οι μελέτες αυτές υποδηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη για πολιτισμική αλλαγή στα ελληνικά νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένης της μεγαλύτερης επένδυσης στη συμμετοχική

κουλτούρα, μέσω της οποίας δύναται να προκύψει η ενδυνάμωση των εργαζομένων και η βελτίωση των αποτελεσμάτων σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης και παροχής ασφάλειας στους ασθενείς και στους συγγενείς αυτών. Η οικονομική κρίση και τα αυστηρά μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν και στο σύστημα υγείας της Ελλάδος, οδηγούν στην ανάγκη μετάβασης από ένα γραφειοκρατικό μοντέλο σε ένα πιο συμμετοχικό μοντέλο. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία σε αυτό το πλαίσιο περιλαμβάνουν οικονομικούς περιορισμούς, ελλείψεις προσωπικού και αυξανόμενες απαιτήσεις για ποιοτική φροντίδα από τους ασθενείς. Πολλοί εμπειρογνώμονες έχουν υποστηρίξει ότι μια συμμετοχική κουλτούρα μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων με την ενδυνάμωση των εργαζομένων, την προώθηση της συνεργασίας και της καινοτομίας και την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και των κινήτρων. Ειδικότερα, οι συμμετοχικές προσεγγίσεις μπορούν να βοηθήσουν τα ελληνικά νοσοκομεία να προσαρμοστούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες και να ανταποκριθούν στις εξελισσόμενες ανάγκες των ασθενών και των κοινοτήτων.

#### *4.4 Πλουραλιστικός τρόπος Χρηματοδότησης του τομέα Υγείας*

Όπως έχουμε αναφέρει και στην ενότητα 1.5, το σύστημα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα είναι μεικτό σύστημα, καθώς περιλαμβάνει χαρακτηριστικά και από το μοντέλο Beveridge αλλά και από το μοντέλο Bismark, δηλαδή περιλαμβάνει τη Δημόσια και την Ιδιωτική χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Και ειδικότερα, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω επιβολής άμεσων και έμμεσων φόρων), από τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης - ΟΚΑ (μέσω καταβολής ασφαλιστικών εισφορών από εργαζόμενους, εργοδότες και αυτοαπασχολούμενους) και από τον Ιδιωτικό τομέα (είτε μέσω «πληρωμών από τη τσέπη» από τα εισοδήματα των ασθενών είτε μέσω συμβολαίων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας). Πολύ μικρό ποσοστό αποτελούν οι φιλανθρωπίες, οι δωρεές και εξωτερική βοήθεια από διεθνείς οργανισμούς όπως ΕΕ, ΠΟΥ, ή ΜΚΟ κ.α.). Οι τέσσερις μορφές χρηματοδότησης είναι με φθίνουσα σειρά προοδευτικότητας: φόροι, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτική ασφάλιση και τέλος «πληρωμές από τη τσέπη», που αποτελούν τον πιο οπισθοδρομικό τρόπο χρηματοδότησης του τομέα υγείας (Liaropoulos L., Tragakes E., 1998).

Παρακάτω παρουσιάζεται η ανάλυση των συστημάτων χρηματοδότησης, με ιδιαίτερη έμφαση στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του καθενός από αυτά:

**Χρηματοδότηση μέσω Φορολογίας:** ένας συνηθισμένος τρόπος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές χώρες, όπου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία. Η κυβέρνηση συλλέγει φόρους από τους πολίτες και χρησιμοποιεί τα έσοδα για την πληρωμή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

**Πλεονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω φορολογίας :** θεωρείται πιο αποτελεσματικός και δίκαιος τρόπος (το κατά πόσο είναι δίκαιο ή όχι το σύστημα αυτό εξαρτάται από το εάν το φορολογικό σύστημα είναι προοδευτικό<sup>11</sup> ή οπισθοδρομικό<sup>12</sup>), με χαμηλό διοικητικό κόστος σε σχέση με το συνολικό ποσό που συγκεντρώνεται. Η κάλυψη είναι καθολική, που σημαίνει ότι όλοι έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ανεξάρτητα από την ικανότητά τους να πληρώνουν. Θεωρείται δίκαιος τρόπος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς όσοι κερδίζουν περισσότερα πληρώνουν περισσότερους φόρους ή οι ασθενείς πληρώνουν το ίδιο με τους υγιείς. Καθώς επίσης, θεωρείται σταθερή και προβλέψιμη πηγή χρηματοδότησης.

**Μειονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω φορολογίας:** πολιτικά μη δημοφιλής, καθώς οι φορολογούμενοι μπορεί να αντιταχθούν στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για άλλους. Μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς μπορεί να υπάρχει μικρό κίνητρο για τους παρόχους να ελέγχουν το κόστος. Επιπλέον, ενδέχεται να μην επαρκεί για την κάλυψη όλων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα μεγάλους χρόνους αναμονής και άλλα προβλήματα πρόσβασης (Mc Kenna H., 2017).

---

<sup>11</sup> Προοδευτικό: όταν ο μέσος φορολογικός συντελεστής αυξάνεται καθώς αυξάνεται το εισόδημα. Δηλαδή όσο πλουσιότερος γίνεται κάποιος, τόσο αυξάνεται το ποσοστό του εισοδήματος που φορολογείται.

<sup>12</sup> Οπισθοδρομικό: όσο πιο πλούσιος γίνεται κάποιος, τόσο μειώνεται το ποσοστό του εισοδήματός σας που εισπράττετε μέσω φόρων.



Σύμφωνα με τους Liaporoulos L., Tragakes E., (1998), οι φόροι αποτελούν την πιο προοδευτική μορφή χρηματοδότησης και ιδίως η άμεση φορολογία, εάν είναι προοδευτική, ανάλογα με το εισόδημα του καθενός, ενώ η έμμεση φορολογία μπορεί να θεωρηθεί οπισθοδρομική. Η χρηματοδότηση μέσω φόρων είναι πιο «δίκαιη και προοδευτική», καθώς οι πολίτες με υψηλότερα εισοδήματα θα συμμετέχουν με ένα μεγαλύτερο ποσό και ποσοστό. Βέβαια ένα τέτοιο σύστημα θα αποδίδει τα μέγιστα, μόνο εάν τα έσοδα από φόρους χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά και εάν οι πολίτες συμμορφωθούν φορολογικά μέσω μείωσης της φοροδιαφυγής.

Χρηματοδότηση μέσω Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας: Πρόκειται για ένα σύστημα όπου τα άτομα καταβάλλουν τακτικά ασφάλιστρα σε ένα εθνικό ταμείο ασφάλισης υγείας και το ταμείο χρησιμοποιείται για την κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το ασφάλιστρο βασίζεται συνήθως στο εισόδημα ή σε άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία και η κατάσταση της υγείας (Το σύστημα αυτό εφαρμόστηκε από τον καγκελάριο Bismark στη Γερμανία, τον 19<sup>ο</sup> αιώνα). Στις περισσότερες χώρες, δεν συγκεντρώνονται αρκετά κεφάλαια και συνήθως συμπεριλαμβάνονται και άλλα πρόσθετα κεφάλαια όπως π.χ. στη Γαλλία, μέσω της γενικής φορολογίας (φόρος εισοδήματος) και των «φόρων στο αλκοόλ και καπνό», ενώ στη Γερμανία υπάρχει ανώτατο όριο 2% για κάθε ημέρα νοσηλείας κ.α.

Σύμφωνα με τους McKenna et al. (2017), τα επιχειρήματα υπέρ της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας είναι ότι: Εξασφαλίζει την ισότητα επειδή επιτυγχάνεται μια δίκαιη κατανομή των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό, καθώς όλοι συνεισφέρουν με βάση την ικανότητά τους να πληρώνουν και όλοι δικαιούνται υγειονομική περίθαλψη με βάση τις ανάγκες τους. Προσφέρει αποδοτικότητα κόστους-οφέλους, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονόμηση κόστους μέσω οικονομικών κλίμακας και καλύτερης διαπραγμάτευσης με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Μπορεί να δοθεί η δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέξουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, και αυτό αυξάνει τον ανταγωνισμό και βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης. Επίσης, αποτελεί μια σταθερή και προβλέψιμη πηγή χρηματοδότησης, καθώς οι εισφορές καταβάλλονται σε τακτική βάση.

Ενώ τα επιχειρήματα κατά της Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας είναι: Η δημιουργία και η λειτουργία του μπορεί να είναι δαπανηρή, με υψηλό διοικητικό κόστος. Μπορεί να είναι

περίπλοκο και δυσνόητο για τα άτομα, ιδίως εάν υπάρχουν πολλαπλά συστήματα – ταμεία που λειτουργούν σε μια χώρα (όπως ήταν στην Ελλάδα προ οικονομικής κρίσης). Μπορεί να θεωρηθεί ως πρόσθετος φόρος και μπορεί να μην μπορούν κάποιοι να πληρώσουν, οδηγώντας σε ανισότητα στην πρόσβαση για υγειονομική περίθαλψη. Μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, εάν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πληρώνονται με βάση τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχουν και όχι με βάση την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν.

Σύμφωνα με τους Liaropoulos L., Tragakes E. (1998), ένα σύστημα, που θα περιλαμβάνει την έννοια της ισότητας μεταξύ των πολιτών του, όσον αφορά στον βαθμό προσβασιμότητας στο σύστημα υγείας (για μια πρόσβαση στο σύστημα υγείας περισσότερο προσιτή για όλους) για να είναι δίκαιο, πρέπει να χρηματοδοτείται περισσότερο από μια πιο προοδευτική και δίκαιη φορολογία και ένα μεγάλο μέρος του από την Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας.

Το ΕΣΥ στην Αγγλία χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας καθώς επίσης και από τις εισφορές εθνικής ασφάλισης. Ενώ το ποσοστό «πληρωμές από τη τσέπη», είναι πολύ μικρό ποσοστό και τα ιδιωτικά συμβόλαια υγείας είναι κυρίως «εταιρικές συνδρομές, που προσφέρονται στους εργαζόμενους ως μέρος του συνολικού πακέτου αποδοχών τους (Laing Buisson 2017)». Στην Αγγλία, οι μικρότεροι των 16 ετών και οι μεγαλύτεροι των 60 ετών, καθώς επίσης και κάποιοι κάτοικοι συγκεκριμένων περιοχών, εντάσσονταν σε κάποιες ρυθμίσεις απαλλαγής πληρωμής, με αποτέλεσμα το 90% των συνταγογραφούμενων ειδών στην Αγγλία να χορηγούνταν δωρεάν, γεγονός που οδήγησε στη μεγαλύτερη επιβράδυνση της χρηματοδότησης του NHS (Mc Kenna H., 2017).

Χρηματοδότηση μέσω Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας: Πρόκειται για ένα σύστημα όπου τα άτομα αγοράζουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας από ασφαλιστικές εταιρείες και η ασφαλιστική εταιρεία πληρώνει για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όταν το άτομο τις χρειάζεται. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να αγοραστεί ως ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο.

Πλεονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας: μπορεί να παρέχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υψηλότερης ποιότητας από ό,τι είναι διαθέσιμες μέσω των δημόσιων συστημάτων. Είναι δυνατή η μεγαλύτερη επιλογή και ευελιξία όσον αφορά τους παρόχους και τις θεραπείες. Καθώς επίσης, μπορεί να δημιουργήσει

ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας.

**Μειονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας:** Μπορεί να είναι ακριβά, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο για ορισμένους ανθρώπους να τα αντέξουν οικονομικά. Δύναται να αποκλείσει άτομα με παθήσεις που προϋπήρχαν ή άλλους κινδύνους για την υγεία και επίσης μπορεί να οδηγήσει σε άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Mc Kenna H., 2017).

**Χρηματοδότηση «Πληρωμών από την τσέπη»:** Πρόκειται για ένα σύστημα όπου τα άτομα πληρώνουν για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης απευθείας από την τσέπη τους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει σε χώρες όπου δεν υπάρχει εθνική ασφάλιση υγείας ή όπου η ασφαλιστική κάλυψη είναι περιορισμένη.

**Επιχειρήματα υπέρ των «πληρωμών από τη τσέπη»:** Απλός και ξεκάθαρος τρόπος πληρωμής για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Δημιουργεί μεγαλύτερη υπευθυνότητα μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι ασθενείς πληρώνουν άμεσα για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Παρέχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που δεν καλύπτονται από τα δημόσια συστήματα.

**Επιχειρήματα κατά των «πληρωμών από τη τσέπη»:** Αποτελεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση, ιδίως για άτομα με χαμηλά εισοδήματα και μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση ή παραίτηση από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως για άτομα που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν. Οδηγεί σε ανισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η διαχείριση αυτών των πληρωμών μπορεί να είναι δαπανηρή, ιδίως εάν απαιτούνται εξαιρέσεις ή απαλλαγές για την προστασία ευάλωτων πληθυσμών. (Mc Kenna H., 2017).

Σύμφωνα με τους Thomson S et al. (2019, WHO & European Observatory), εξετάζουν εάν οι άνθρωποι μπορούν να πληρώνουν για το σύστημα υγείας, χωρίς να αντιμετωπίζουν οικονομικό πρόβλημα. Διαπίστωσαν ότι πολλοί άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα ή χρόνιες παθήσεις δεν έχουν πρόσβαση στα συστήματα υγείας. Από την έρευνά τους προκύπτει ότι οι «πληρωμές από τη τσέπη» μπορεί να οδηγήσουν πολίτες που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας σε οικονομική δυσχέρεια, και αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη και σε χώρες με υψηλά

εισοδήματα, λόγω των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης που καταβάλλουν από την τσέπη τους. Η μελέτη αφορά 24 ευρωπαϊκές χώρες και χρησιμοποιεί δεδομένα έρευνας νοικοκυριών, και μετρά τη συχνότητα και την ένταση των αρνητικών συνεπειών συμμετοχής στις δαπάνες υγείας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος να συμβεί αυτό είναι στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ότι: *«μεταξύ 1% - 9% των νοικοκυριών βρίσκονται σε επίπεδο φτώχειας, λόγω των «πληρωμών από τη τσέπη», μεταξύ 1% - 17% των νοικοκυριών αντιμετωπίζουν μεγάλες δαπάνες υγείας, και είναι δυνατόν να μην μπορούν να καλύψουν άλλες βασικές ανάγκες όπως τρόφιμα, θέρμανση, στέγαση. Επιπλέον, η έρευνα έδειξε ότι «το ποσοστό των ατόμων, που δεν ακολουθούν τις υπηρεσίες υγείας, και σε αυτές συμπεριλαμβάνεται και η αγορά φαρμάκων είναι υψηλό, σε χώρες όπου η οικονομική προστασία είναι αδύναμη».* Η μελέτη υπογραμμίζει επίσης τον ρόλο των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας στη μείωση των οικονομικών κινδύνων, αλλά προειδοποιεί ότι πρέπει να γίνουν περισσότερα για να εξασφαλιστεί ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και οικονομική προστασία για όλες τις ομάδες του πληθυσμού. Χρησιμοποιώντας καλές πρακτικές από την Ευρώπη, προτείνεται *«η απαλλαγή από τη συμμετοχή για τους οικονομικά αδύνατους και εύλωτους πολίτες, η εφαρμογή ανώτατων ορίων σε όλες τις συμμετοχές και η αντικατάσταση των ποσοστιαίων συμμετοχών με χαμηλές σταθερές συμμετοχές».*

Έτσι, οι *«πληρωμές από τη τσέπη»* δύναται να κρατήσουν τους οικονομικά αδύνατους μακριά από το σύστημα υγείας, όπως έχει αναλύθηκε και στην ενότητα 2.2 (Συνέπειες της Οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό σύστημα Υγείας). Δυστυχώς λόγω της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας γενικότερα αλλά και ειδικότερα των μέτρων που επιβλήθηκαν στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, καταλήξαμε η μεγαλύτερη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας να προέρχεται από τον Ιδιωτικό τομέα 39,8% το 2017 έναντι 30,4% το 2009 (όπου το 2009 η μεγαλύτερη χρηματοδότηση ήταν από τους ΟΚΑ). Σύμφωνα με τους Mc Kenna H et al (2017) *«ο τρόπος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης».*

Μικτά συστήματα χρηματοδότησης: Οι περισσότερες χώρες χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων χρηματοδότησης. Πλεονεκτήματα: παρέχει ισορροπία μεταξύ

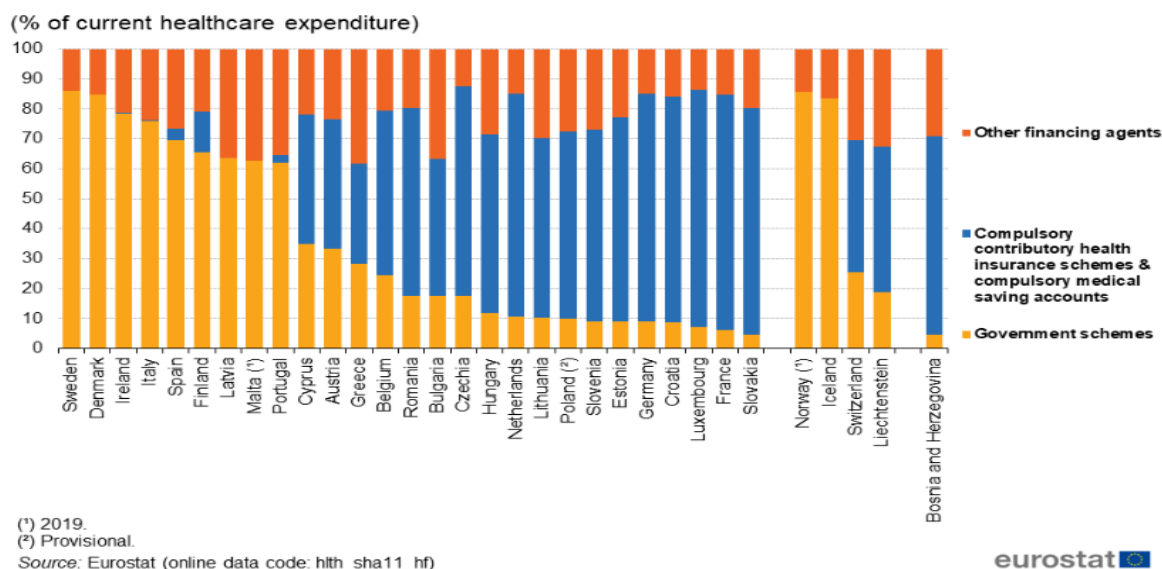
καθολικής κάλυψης και επιλογής/ευελιξίας, δημιουργεί ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας, μπορούν να προσαρμοστούν στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και στα επίπεδα χρηματοδότησης.

**Μειονεκτήματα:** διοικητικά πολύπλοκο, δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και υπόκειται σε πολιτικές πιέσεις και αλλαγές στα επίπεδα χρηματοδότησης και κάλυψης (Mc Kenna H., 2017).

Οι περισσότερες χώρες στον κόσμο χρησιμοποιούν περισσότερο από μία πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, ορίζοντας μία από αυτές, ως τον βασικό τρόπο πληρωμής. Ο συνδυασμός των πηγών χρηματοδότησης εξαρτάται από την οικονομική συγκυρία, ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές αξίες των χωρών. Όλοι οι τρόποι χρηματοδότησης έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους, χωρίς να μπορεί να ειπωθεί ότι ένα σύστημα είναι καλύτερο από το άλλο. Και επιπλέον, το κόστος μετάβασης από ένα σύστημα σε ένα άλλο είναι πολύ υψηλό, με αποτέλεσμα να μην γίνονται συχνά σημαντικές αλλαγές στον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με το συμπέρασμα του ΟΟΣΑ (2010) "δεν υπάρχει κανένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που να αποδίδει συστηματικά καλύτερα όσον αφορά στο κόστος – όφελος της υγειονομικής περίθαλψης". Η γήρανση του πληθυσμού των χωρών και οι μεταβολές στις ασθένειες (π.χ. COVID -19 ή καρκίνος κ.α.), έχουν αυξήσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και οι χώρες προσπαθούν να βρουν τρόπους αντιμετώπισης, της συνεχώς αυξανόμενης και ακριβότερης ζήτησης για νοσηλεία και θεραπείες. Τη σημερινή εποχή υπάρχουν αυξημένες ανάγκες για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ενόψει περιορισμένων πόρων. Οι προκλήσεις είναι μεγάλες για όλες τις χώρες, δηλαδή για το πως θα ανταποκριθούν καλύτερα στη συνεχή αύξηση της ζήτησης και πως θα παρέχουν καλύτερη φροντίδα σαν απάντηση στη γήρανση του πληθυσμού και στις νέες μορφές ασθενειών, και γι' αυτό υπάρχουν συνεχείς συζητήσεις και αυξημένες πιέσεις γύρω από τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης.

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει τη συμμετοχή των τριών τρόπων χρηματοδότησης στα κράτη μέλη της ΕΕ: κρατικά συστήματα (μέσω φορολογίας), υποχρεωτικά συστήματα/ λογαριασμούς (εισφορές από κοινωνική ασφάλιση) και άλλοι τρόποι χρηματοδότησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37: Κύριες πηγές χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία, 2020 (%)



Βάσει των στατιστικών που παρέχει η Eurostat έχουμε ότι το 75% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκε από τα κρατικά και υποχρεωτικά συστήματα, που διέθεταν 17 κράτη μέλη της ΕΕ, το 2020. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό του αθροίσματος των κρατικών και υποχρεωτικών συστημάτων ως προς τις συνολικές δαπάνες του συστήματος υγείας είχε ως ακολούθως:

- ✓ Ποσοστό > 85% ήταν στην Τσεχία που είχε το μεγαλύτερο ποσοστό (87,7%), Σουηδία, Λουξεμβούργο, Γερμανία και Νορβηγία (το 2019).
- ✓ Ποσοστό >75% σε άλλες 13 χώρες και στην Ισλανδία.
- ✓ Ποσοστό << 75% ήταν στην Ελλάδα (61,8% το χαμηλότερο).

Τα κρατικά συστήματα (σε 9 κράτη αποτελούσαν πάνω από το ½ της συνολικής χρηματοδότησης, το ίδιο ίσχυε για τη Νορβηγία και την Ισλανδία), επίσης και στην Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, και Καναδά, τα ποσοστά χρηματοδότησης από τη φορολογία είναι πολύ υψηλά (King's Fund, 2017). Όσον αφορά τα υποχρεωτικά συστήματα χρηματοδότησης επικρατούσαν στα περισσότερα κράτη της ΕΕ (σε 14 κράτη της ΕΕ αποτελούσαν πάνω από το ½ της συνολικής χρηματοδότησης, ίσχυε και για Βοσνία – Ερζεγοβίνη). Υπάρχουν χώρες όπου τα υποχρεωτικά συστήματα αποτελούν ποσοστό > 75%, όπως στη Γαλλία, Λουξεμβούργο, Γερμανία, Σλοβακία, Κροατία και χώρες όπου αυτά τα συστήματα χρηματοδότησης αποτελούν ποσοστό < 5% όπως στην Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία και

Ιρλανδία, δηλαδή σε αυτές τις χώρες επικρατούν τα κρατικά συστήματα χρηματοδότησης. Τέλος υπάρχουν χώρες όπου τα υποχρεωτικά συστήματα δεν υπάρχουν καθόλου όπως στη Δανία, Λετονία, Μάλτα και Σουηδία.

Επίσης σε μερικές χώρες, όπως Βουλγαρία, Κύπρο και Αυστρία επικράτησαν τα υποχρεωτικά συστήματα, αλλά ήταν σε επίπεδα < 50% της συνολικής χρηματοδότησης, το ίδιο συνέβη και στο Λιχτενστάιν και στην Ελβετία. Τέλος, μόνο στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο μέρος χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας προέρχονταν από άλλες πηγές, εκτός από τα κρατικά και υποχρεωτικά συστήματα χρηματοδότησης.

Οι «πληρωμές από τη τσέπη» των πολιτών, αποτελεί την 3<sup>η</sup> πηγή χρηματοδότησης και ανερχόταν το 2020 ως εξής: στη Βουλγαρία (35,5%), στη Μάλτα (34,1% με στοιχεία 2019) και στην Ελλάδα (33,4%). Ενώ στις Κάτω Χώρες (9,3%), Γαλλία (8,9%) και Λουξεμβούργο (8,4%), οι πληρωμές από τη τσέπη αντιπροσώπευαν ποσοστό μικρότερο από το 1/10 των δαπανών για την υγεία.

Ένα πλουραλιστικό μοντέλο χρηματοδότησης νοσοκομείων αναφέρεται σε ένα σύστημα στο οποίο τα νοσοκομεία λαμβάνουν χρηματοδότηση από πολλαπλές πηγές, όπως κρατική χρηματοδότηση, πληρωμές ιδιωτικής ασφάλισης και φιλανθρωπικές δωρεές. Η προσέγγιση αυτή έρχεται σε αντίθεση με ένα σύστημα ενιαίου πληρωτή, στο οποίο ένας μόνο φορέας, συνήθως η κυβέρνηση, είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Σε ένα πλουραλιστικό μοντέλο χρηματοδότησης των νοσοκομείων, τα νοσοκομεία μπορεί να έχουν μεγαλύτερη ευελιξία όσον αφορά τις υπηρεσίες που προσφέρουν και τις αμοιβές που χρεώνουν. Μπορεί επίσης να είναι σε θέση να προσαρμόζουν τις υπηρεσίες τους ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες διαφορετικών πληθυσμών ασθενών. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή μπορεί επίσης να δημιουργήσει προκλήσεις όσον αφορά τον συντονισμό της περίθαλψης και τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Συνολικά, το πλουραλιστικό μοντέλο χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι μια προσέγγιση για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που έχει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα, και είναι σημαντικό να εξετάζονται προσεκτικά οι συγκεκριμένες ανάγκες και το πλαίσιο κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, κατά την επιλογή ενός μοντέλου χρηματοδότησης (Liaropoulos L., Tragakes E., 1998).

Για να έχει ένα σύστημα υγείας ικανοποιητικό βαθμό λειτουργίας και για να προσφέρει καθολική υγειονομική περίθαλψη, θα πρέπει να υπάρχει σημαντική και σωστή χρηματοδότηση αυτού του συστήματος υγείας. *«Η αποτελεσματική παραγωγή εσόδων, η συγκέντρωση και η αγορά είναι σημαντικές για να διασφαλιστεί ότι οι πόροι είναι διαθέσιμοι για όσους χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη και για την επίτευξη σχέσης ποιότητας-τιμής»*. Η σωστή χρηματοδότηση μαζί με πολιτικές δημόσιας οικονομικής διαχείρισης έχει επίσης σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητα της χρηματοδότησης της υγείας. Για να μπορέσουμε να πούμε εάν τα επίπεδα δαπανών μιας χώρας είναι χαμηλά ή υψηλά, πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως: «τα εμπόδια πρόσβασης, την κακή ποιότητα, την ανεπαρκή οικονομική προστασία, την αναποτελεσματικότητα και τη σπατάλη», γενικώς οι ποσοτικοί δείκτες από τους Εθνικούς Λογαριασμούς Υγείας, δεν πρέπει να ερμηνεύονται μεμονωμένα.

Ο ΠΟΥ (Πίνακας Προόδου<sup>13</sup> για τη χρηματοδότηση της Υγείας) μαζί με τα «Συστήματα Υγείας σε Μετάβαση (HiTs) ανέπτυξαν σημαντικά εργαλεία, ώστε να δύναται να αξιολογηθούν οι επιδόσεις των συστημάτων υγείας και να ελεγχθούν εάν είναι απαραίτητες κάποιες πολιτικές παρεμβάσεις (Papanikolas J. et al 2022: 156 -157, WHO & European Observatory).

---

<sup>13</sup> *«Ο Πίνακας Προόδου για τη χρηματοδότηση της υγείας είναι ένα ολοκληρωμένο εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους ερευνητές να εντοπίσουν τομείς για βελτίωση στην πολιτική χρηματοδότησης της υγείας, τη συλλογή εσόδων, τη συγκέντρωση κεφαλαίων, την αγορά υπηρεσιών και την οικονομική προστασία. Με τη χρήση αυτού του εργαλείου, οι χώρες μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους στη χρηματοδότηση της υγείας και να αναπτύξουν τεκμηριωμένες στρατηγικές για τη βελτίωση των επιδόσεων του συστήματος υγείας»*.



## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η Ελλάδα είχε να αντιμετωπίσει τα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα, υψηλό δημόσιο χρέος, χαμηλή παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα της οικονομίας της όταν εξαπλώθηκε η χρηματοπιστωτική κρίση στις περισσότερες χώρες του κόσμου, το 2008. Έτσι, υποχρεώθηκε να εφαρμόσει αυστηρά μέτρα λιτότητας και να προβεί σε διαρθρωτικές αλλαγές σε σύντομο χρονικό διάστημα, χωρίς να υπάρχει χρόνος για προσαρμογή ενώ παράλληλα εφαρμόστηκαν οριζόντιες περικοπές. Πολλές από τις αλλαγές που εφαρμόστηκαν είχαν εντοπισθεί χρόνια πριν, αλλά ποτέ δεν αποφασίσθηκε να προχωρήσουν σε ενέργειες διόρθωσης.

Η κρίση χρέους της Ελλάδος και η εφαρμογή των μνημονίων, επηρέασαν σημαντικά την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Οι αλλαγές αφορούσαν στη διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία όλων των μορφών υγειονομικών μονάδων και με μεγαλύτερη καινοτομία τη συγχώνευση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων κάτω από την ομπρέλα του νέου οργανισμού ΕΟΠΠΥ. Κατά συνέπεια το σύστημα έγινε πιο συγκεντρωτικό, με σκοπό να γίνει περισσότερο αποτελεσματικό. Οι μεταρρυθμίσεις επίσης απέβλεπαν στην καλύτερη οργάνωση και μείωση του κόστους λειτουργίας: ηλεκτρονική συνταγογράφηση, καθορισμός τιμών και λίστες φαρμάκων, συγχωνεύσεις (αναδιάρθρωση και ενοποίηση για τη μείωση της επικάλυψης υπηρεσιών και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας) ή ακόμη και κατάργηση μονάδων κ.α., μέσα από αλλαγές στον τομέα προμηθειών ιατροφαρμακευτικού υλικού, σε ολόκληρο το συναλλακτικό κύκλο, στους εργαζόμενους και στις αποδοχές των κ.α.

Η μεγαλύτερη και άμεση απαίτηση από την Τρόικα, ήταν η μεγάλη μείωση της δημόσιας δαπάνης στον τομέα της υγείας και η αύξηση της ιδιωτικής συμμετοχής των πολιτών (έφθασε στο μεγαλύτερο ποσοστό σε όλη την Ευρώπη). Τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν και σε άλλους τομείς της οικονομίας κάτω από έντονη πιθανότητα πτώχευσης της χώρας πολλές φορές, οδήγησαν την οικονομία σε ύφεση (αρνητικός ρυθμός ανάπτυξης για πολλά χρόνια), σε μείωση επενδύσεων και σε αύξηση του ποσοστού της ανεργίας σε πολύ υψηλά επίπεδα. Η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των μισθών και η αύξηση της ιδιωτικής συμμετοχής στις συνολικές δαπάνες υγείας, αφενός άμβλυνε τις ανισότητες στην υγεία, μειώνοντας την πρόσβαση ή/και τη χρήση προληπτικών υπηρεσιών, επηρεάζοντας ομάδες ατόμων με λιγότερη οικονομική ευχέρεια και αφετέρου δημιούργησαν πίεση στα εξωτερικά ιατρεία των μονάδων

υγείας. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σύγκριση των επιπτώσεων των μέτρων λιτότητας στα συστήματα των άλλων χωρών, που υπέγραψαν προγράμματα λιτότητας, έδειξε ότι δεν επιδεινώθηκαν περισσότερο οι υγειονομικοί δείκτες στην Ελλάδα. Όπως προέκυψε από μελέτες, το επίπεδο υγείας των Ελλήνων συγκρινόμενο με των υπολοίπων χωρών της Ν. Ευρώπης δεν υστερούσε. Οι μόνοι υγειονομικοί δείκτες που επιδεινώθηκαν ήταν: αύξηση της νοσηρότητας λόγω αλκοόλ, καπνίσματος κ.λ.π., οι δείκτες θνησιμότητας, θάνατοι λόγω αυτοκτονιών ή τα αυξανόμενα ποσοστά διαταραχών ψυχικής υγείας (π.χ. άγχος και κατάθλιψη). Ειδικότερα, ο δείκτης θνησιμότητας συνδέεται άμεσα με την ανεργία και συγκεκριμένα «για κάθε 1% αύξηση της ανεργίας, παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας κατά 2,198%» (Van Gool and Pearson - OECD 2014).

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οικονομική κρίση από τη μια πλευρά είχε μερικές αρνητικές επιδράσεις στη δομή και την οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων, με κύρια επίπτωση τη μειωμένη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και ασφάλειας προς τους ασθενείς και παράλληλα δημιουργήθηκε αρνητική οργανωσιακή κουλτούρα. Από την άλλη πλευρά όμως επιβλήθηκαν και εφαρμόστηκαν αλλαγές, με σκοπό την επίτευξη μείωσης κόστους και την αύξηση της αποτελεσματικότητας, έναντι της μεγάλης σπατάλης που γινόταν στο παρελθόν.

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι μια βασική πτυχή οποιουδήποτε οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων νοσοκομείων. Μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο συμπεριφοράς/ αλληλεπίδρασης των εργαζομένων μεταξύ τους, καθώς επίσης και τον τρόπο παροχής φροντίδας στους ασθενείς. Η κατανόηση και η διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και την επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Συνολικά, προέκυψε από τις έρευνες ότι η συμμετοχική διοίκηση θα μπορούσε να συμβάλει στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας, προωθώντας μια ασθενοκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα και ενισχύοντας τη μεγαλύτερη συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό, με τη σειρά του, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων και τελικά να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς.

Οι περικοπές στους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων, υπό το πρίσμα των μέτρων λιτότητας, είχαν σαν αποτέλεσμα την ύπαρξη ελλείψεων σε προσωπικό (αυξημένο φόρτο εργασίας και επαγγελματική εξουθένωση), εξοπλισμό και προμήθειες. Με όλες αυτές τις ελλείψεις, θα ανέμενε κανείς ότι η πανδημία Covid – 19, θα είχε αναδείξει περισσότερο τα προβλήματα του συστήματος υγείας, αλλά ίσως «*το συγκεντρωτικό σύστημα στην Ελλάδα δημιούργησε τις προϋποθέσεις για γρήγορη επέμβαση από πλευρά πολιτείας, και την καλή οργάνωση για την κάλυψη ιατροφαρμακευτικού υλικού άμεσα*» σύμφωνα με τους Waitzberg R. et al, (2022). Βάσει των αποτελεσμάτων μελετών, θεωρείται ότι η αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης από την Ελλάδα ήταν επιτυχημένη διότι η χώρα είχε να αντιμετωπίσει περισσότερες προκλήσεις, λόγω των ιδιαίτερα υψηλών περικοπών που είχαν γίνει στο σύστημα υγείας, στα χρόνια της οικονομικής κρίσης.

Νέες πολιτικές της ΕΕ / Τεχνολογίες «Πληροφοριών και Επικοινωνιών»: αποδείχθηκε ότι η πανδημία Covid -19 αποτέλεσε τεράστια πρόκληση, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των ενεργειών, για πολλές χώρες της ΕΕ. Συνολικά, η ΕΕ είχε αναλάβει αρκετές δράσεις και πρωτοβουλίες, για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Υπήρξε μεγάλη συνεργασία κρατών μελών της ΕΕ και αναλήφθηκαν πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των υγειονομικών και οικονομικών αναγκών. Ξεκίνησε μια μεγάλη προσπάθεια από εδώ και πέρα (έχοντας ρόλο συμπληρωματικό και υποστηρικτικό), προβαίνοντας σε επενδύσεις στην έρευνα και καινοτομία για ανάπτυξη εμβολίων, εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων με μηχανήματα προηγμένης τεχνολογίας (τηλεϊατρικής) και γενικότερα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας του συστήματος της υγείας. Θέλει να εξασφαλίσει ότι τα κράτη μέλη θα είναι καλύτερα εξοπλισμένα, για να ανταποκριθούν σε μελλοντικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας. Η συλλογή και χρήση ψηφιακών δεδομένων υγείας δεν έχει μόνο σημαντικό διαρθρωτικό αντίκτυπο στις εθνικές οικονομίες, αλλά και πολλά κοινωνικά οφέλη για τους ασθενείς.

«Συμμετοχικό Μοντέλο» Οργανωσιακής Κουλτούρας: Οι διάφορες μελέτες υποδηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη για αλλαγή στα ελληνικά νοσοκομεία, σε αυτό το μοντέλο. Πολλοί εμπειρογνώμονες έχουν υποστηρίξει ότι μπορεί να συμβάλει στην ενδυνάμωση των εργαζομένων, στην προώθηση της συνεργασίας και της καινοτομίας και στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και των κινήτρων. Σταδιακή μετάβαση σε ένα συμμετοχικό μοντέλο

διοίκησης, που θα λαμβάνει περισσότερο τις ανάγκες και τις προτεραιότητες του προσωπικού για τη βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πλουραλιστικός τρόπος χρηματοδότησης: Για να έχει ένα σύστημα υγείας ικανοποιητικό βαθμό λειτουργίας και για να προσφέρει καθολική υγειονομική περίθαλψη, θα πρέπει να υπάρχει σημαντική και σωστή χρηματοδότηση αυτού του συστήματος υγείας. Οι περισσότερες χώρες στον κόσμο χρησιμοποιούν περισσότερο από μία πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, ορίζοντας μία από αυτές, ως τον βασικό τρόπο πληρωμής. Όλοι οι τρόποι χρηματοδότησης έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους, χωρίς να μπορεί να ειπωθεί ότι ένα σύστημα είναι καλύτερο από το άλλο. Σύμφωνα με τους Mc Kenna H at al (2017) *«ο τρόπος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης»*. Βάσει των στατιστικών που παρέχει η Eurostat, το 75% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκε από τα κρατικά και υποχρεωτικά συστήματα, που διέθεταν 17 κράτη μέλη της ΕΕ, το 2020. Μόνο στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο μέρος χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας προέρχονταν από άλλες πηγές, εκτός από τα κρατικά και υποχρεωτικά συστήματα χρηματοδότησης. Σε ένα πλουραλιστικό μοντέλο χρηματοδότησης των νοσοκομείων, τα νοσοκομεία μπορεί να έχουν μεγαλύτερη ευελιξία όσον αφορά τις υπηρεσίες που προσφέρουν και τις αμοιβές που χρεώνουν. Μπορεί επίσης να είναι σε θέση να προσαρμόζουν τις υπηρεσίες τους ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες διαφορετικών πληθυσμών ασθενών.

Η πανδημία Covid-19 έχει τονίσει τη μεγάλη σημασία της ετοιμότητας για την αντιμετώπιση μελλοντικών πανδημιών και έχει αναδείξει την ανάγκη οι χώρες να κάνουν αλλαγές στα συστήματα υγείας. Για την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας είναι σημαντικό: η αύξηση της χρηματοδότησης των δημόσιων δαπανών, η βελτίωση των συστημάτων επιτήρησης και η διασφάλιση του απαραίτητου προσωπικού και πόρων για τη δημόσια υγεία. Ένας άλλος τομέας για βελτίωση είναι ο συντονισμός μεταξύ διαφορετικών τομέων μέσα στην ίδια χώρα. Οι χώρες της Ν. Ευρώπης, ειδικά Ισπανία, Ελλάδα, Ιταλία και Πορτογαλία, παρόλο που έχουν ένα καθολικό σύστημα υγείας, σύμφωνα με τον Serapioni, έχουν ακόμη γεωγραφικές ανισότητες. Ιδίως στην Ελλάδα, αυτό ήταν εμφανές κατά τη διάρκεια της μεγάλης έντασης της πανδημίας, με τις μεγάλες ανάγκες που υπήρχαν κυρίως στην Β. Ελλάδα (περιφέρεια της Θεσσαλονίκης).

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αθανασιάδης Α., Σταυράκη Σ. (2017). «*Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας*». IOBE Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.

Αντωνίου Π., Σουλιώτης Κ., Σαρίδη Μ., (2021). «*Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης*». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38 (5): 588-598.

Βαρουφάκης Γ, Πατωκός Τ., Τσερκέζης Λ., και Κουτσοπέτρος Χ., (Δεκ. 2011). «*Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011*». Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων - ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Βέττας Ν., Τσακανίκας Α. (24 Ιουνίου 2021). «*Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2020 & Η συμβολή του κλάδου φαρμάκου στην οικονομία*». IOBE Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.

Γαβριήλ Ε., Παπασταύρου Ε., Καραγιάννης Γ. «*Ευρωπαϊκοί Δείκτες Υγείας ECHI*». Cyprus Nursing Chronicles. 8(2):25-32.

Γούλα Α. (2014). «*Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 34-35, 49-51, 55-65, 182, 185-186, 189-192, 225, 235, 272 -277.

Γούλα, Α. Κέφης, Β. Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. (2014) Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31 (4) , 452-460. Δημόσιας Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Επιστήμες Αγωγής, 2020(3), 113-140.

Δόλγερας Α., (2010). «*Δαπάνη Υγείας: Ένα διπλό πρόβλημα. Εκρηκτική αύξηση*». Ηλεκτρονικό περιοδικό Μεταρρύθμιση, 3/5/2010.

ΕΔΙΤ (Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής) – [ww.edit.gov.gr](http://ww.edit.gov.gr)

ΕΛΣΤΑΤ (2022)– Δελτίο Τύπου «*Δαπάνες Υγείας – Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2021*».

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) [www.eody.gov.gr](http://www.eody.gov.gr).

ΕΟΠΥΥ: Η επίσημη ιστοσελίδα του Εθνικού Οργανισμού για την παροχή Υπηρεσιών Υγείας: <https://www.eopyy.gov.gr/>

Ευρωπαϊκή Ένωση (2000) - Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων. «Επεξηγήσεις σχετικά με το πλήρες κείμενο του χάρτη». Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Ευρωπαϊκή Ένωση (2021). Ορίζων Ευρώπη. Το πρόγραμμα της ΕΕ για την Έρευνα & την Καινοτομία για την περίοδο 2021 - 2027 <https://research-and-innovation.ec.europa.eu>.

IOBE Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών IOBE (2011). «Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την περίοδο του Μνημονίου». [www.iove.gr](http://www.iove.gr)

IOBE (Απρίλιο 2014). «Τριμηνιαία Έκθεση για την Ελληνική Οικονομία».

IOBE ( Φεβρ. 2020). «Έκθεση για την Ελληνική Οικονομία 04 / 19»

IOBE (2020). «Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα – Γεγονότα & Στοιχεία».

IOBE (2021). «Έκθεση για την Ελληνική Οικονομία 03/2021 – 20 Οκτ. 2021».

IOBE (2022). «Ψηφιακή υγεία και Real World Data στην Ελλάδα: Ο μετασχηματισμός στο οικοσύστημα της υγείας και ο αντίκτυπος στην οικονομία».

Κοινή Υπουργική Απόφαση ΚΥΑ (2016). «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας». Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Δεύτερο, Αρ. Φύλλου 908.

Λιαργκόβας Π. (2019), «Δέκα χρόνια κρίση, τρία μνημόνια και μια πανδημία». Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη.

Λιαρόπουλος Λ., (2010), «Μετά τον εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Εφημερίδα, Καθημερινή, 15/07/2010.

Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ. (2011). «Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς». Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2011) Τόμος 3, Τεύχος 2, 38 - 43.

Μαραγκάκη Α., Κωνσταντινίδης Θ., Σαράφης Π. (2019). «Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(5):687-694.

Μπακόλα Ε., Φραδέλος Ε., Ζυγά Σ. (2018). «Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(4):549-557.

Μπισκανάκη Ε., Χαραλάμπους Γ. (Οκτ. - Δεκ. 2017). «Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης». Το Βήμα του Ασκληπιού", Τόμος 16, Τεύχος 4. Τρίμηνη ηλεκτρονική έκδοση του Τμήματος Νοσηλευτικής Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας. Doi:10.5281/zenodo.1000740.

Νόμος 1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ΦΕΚ 143/τ. Α' /7.10.1983.

Νόμος 2889/2001, «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 37/τ. Α' /2/3/2001.

Ν. 4368/2016- Άρθρο 3 «Μέτρα ανακούφισης από την ανθρωπιστική κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού».

Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2014). «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 31(2):172 -185.

Οικονόμου – Λαλιώτη Μ. (2020). «Τα συναισθήματα των Ελλήνων σήμερα. Διατυπώσεις και Αναδιατυπώσεις». ΔιαΝέοσις Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., και Λιαρόπουλος, Λ., (2008). «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο», Αρχεία Ελληνικής, Ιατρικής, τεύχος 25(5), Αθήνα.

Σούλης, Σ. (2015). «Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική - Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας». Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 73, 118-119, 125, 139-140, 239 – 241, 296.

Σουλιώτης Κ., Παπαδονικολάκη Τζ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ. (2018). «Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση». ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 35 (Συμπλ. 1): 9 – 16.

Στάθης Γ. (2010). «Το Μέλλον των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα». Συμπεράσματα 12<sup>ου</sup> Πανελλήνιου Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, 22- 24 Οκτωβρίου, Ηλεία, σελ. 1,2,5.

Συνεργασία ΟΟΣΑ, Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου και Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2021). «*Τα Συστήματα και οι Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα*». *State of Health in the EU. Προφίλ Υγείας*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. (2007). «*Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*». Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25(1):7-21.

Τούντας Γ., (2011). «Για να γίνει βιώσιμος ο Δημόσιος Τομέας Υγείας, Εφημερίδα, «Καθημερινή», 12/06/2011.

Τούντας Γ. και συν (2016). «*Η Υγεία των Ελλήνων στην κρίση Μια χαρτογράφηση της κατάστασης των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*». Ινστιτούτο Κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής, ΔιαΝέοσις Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.

Τούντας Γ. (2021). «*Η ανασυγκρότηση του ΕΣΥ στην εποχή της πανδημίας*». ΔιαΝέοσις Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.

Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας (2021), Εθνικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025.

Υπουργείο Υγείας- «*Πρόσβαση των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας*» <http://www.https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>

Χασάπη Δ. (Δεκ. 2021). «*Το κοινωνικό δικαίωμα στην Υγεία*». Offline Post Νομικά θέματα.

Χλέτσος Μ. (2015). «*Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης 2015*». Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών <https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories>



**ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Angermeier I, Dunford BB, Boss AD, Boss RW (2009). *“The impact of participative management perceptions on customer service, medical errors, burnout, and turnover intentions”*. Business Journal of Healthcare Management, 54(2):127-40.

Alexias, G., Zyga, S., Tsironi, M., Bakola, H., Malliarou, M., & Theodorou, M. (2020). *“The effect of organizational culture on nurses' job satisfaction and intention to leave in Greek hospitals”*. Journal of Nursing Management, 28(5), 1009-1016.

Badham J. et al. (2006). *“The essence of care in clinical Governance”*. Clinical Governance: An International Journal. Vol. 11, no 1, pp. 22–29.

Bartlett, C & Ghoshal S. (1995). *“Rebuilding behavioral context: Turn process reengineering into people rejuvenation”*, Sloan Management Review, 37 (1), 11-23.

Bellou, V. (2016). *“Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture: Evidence from the health care sector”*. Total Quality Management & Business Excellence, 27(5-6), 662-679.

Callaghan, G., Allwood, D., Gibson, J., & Robertson, N. (2019). *“Mobilizing participation in healthcare improvement: the importance of organizational culture”*. BMC Health Services Research.

Charalampopoulos G. and Raftopoulos V. (2018). *“The effects of the economic crisis on Greek hospitals and health care professionals: a review”*. International Journal of Health Services.

Charalambous M. and Zyga A. (2019). *“The impact of participatory management on patient satisfaction in Greek hospitals”*. Journal: Journal of Healthcare Management, 64: 4, 267-279, DOI: 10.1097/JHM-D-17-00136.

Crookes C., Palladino R., Seferidi P., Hirve R., Siskou O., Filippidis F. (2020). *“Impact of the economic crisis on household health expenditure in Greece: an interrupted time times series”*. BMJ Open 2020;10: e038158. doi:10.1136/bmjopen-2020-038158.

Dervenis N., Kastanioti C., Polyzos N., (2012). “*Restructuring the Finances of the Greek Health Care System in the Era of Economic Crisis*”, *World J Surg* (2013) 37:707–709.

Economou Ch., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Maresso A., and Sissouras A. (2015). «*The impact of the crisis on the health system and health in Greece*». Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 41.). NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health.

Eurobarometer, (2010). “*Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union*”, Wave 4.

Eurobarometer Standard (Winter 2020 – 2021) “*Public opinion in the European Union*”.

Eurofound (2023), “*EU convergence: Geographical dimension, impact of COVID-19 and the role of policy*”, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurostat regional yearbook (2018 Edition). Statistical Book, Eurostat, Health p. 41.

Eurostat (2020). Statistical database. (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, accessed 1 March 2021).

Eurostat Statistics Explained / “*Healthcare Expenditure Statistics*”. Part of on line publication on Health in the EU. [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg_3_6_10&plugin=1).

European Commission. “*European Core Health Indicators (ECHI)- Public Health*” ([www.health.ec.europa.eu](http://www.health.ec.europa.eu)).

European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, Η υγεία μου @ ΕΕ : ηλεκτρονικές διασυννοριακές υπηρεσίες υγείας στην ΕΕ (Ελλάδα), Publications Office, 2020, <https://data.europa.eu/doi/10.2875/39298>.

European Commission. “*Regulation (EU)2021/522 establishing a program for the EU’s action in the field of health (EU4Health programme) for the period*” <http://publications.europa.eu>.

European Commission (2021). *“The EU’s 2021-2027 long-term Budget and Next GenerationEU. Facts and Figures”*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [NextGenerationEU \(europa.eu\)](https://nextgenerationeu.europa.eu/).

European Commission (2021), *“Communication from the commission to the European Parliament, the European Council and the council Hera Incubator: “Anticipating together the threat of COVID-19 variants”*, Brussels. [communication-hera-incubator-anticipating-threat-covid-19-variants en.pdf \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/communication-hera-incubator-anticipating-threat-covid-19-variants_en.pdf)

European Commission – Public Health 2023

European Observatory on Health Systems and Policies (2010) by Economou Ch., *“Greece Health system review, Health Systems in Transition”*, Vol. 12 No. 7.

European Commission (2011). *“Euro – Diagnosis-Related Groups in Europe towards efficiency and quality”*. (<https://cordis.europa.eu/project/id/223300/reporting>, accessed 11 August 2021).

European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO), Economou, Ch., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. (2017). *“Greece, Health System Review 2017. Health Systems in Transitions”*, Vol. 19 No. 5.

Hellastat. Sector study: Health Services. Athens: Hellastat, 2010, <https://www.in.gr/2010/10/21/economy/agores-epixeiriseis/hellastat-meleti-gia-ton-klado-ypiresiwn-ygeias>

Guillén A, Pavolini E. (2015). *«Welfare states under strain in Southern Europe: overview of the special issue»*. Eur J Soc Secur 2015; 17:147-57.

Goula A., (2020). *“The Present and the Desired Organizational Culture Model of Greek Public Hospitals”*. Journal of Human Resource and Sustainability Studies, 8, 203-218.

Goula, A., Stamouli, K., Latsou, D., Gioka, O., & Kyriakidou, A. (2021). *“Learning Organizational Culture in Greek Public Hospitals”*. Journal of Health Management, 23(1), 1-15.

IMF and Greece (July 2011): “*Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding*”.

Ifanti A., Argyriou A., Kalofonou F., Kalofonos H. (2013). «*Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care*», Health Policy 113 (2013) 8 -12.

Kaitelidou D., Kontogianni A., Galanis P., Siskou O., & Prezerakos P. (2020). “Implementing patient safety culture in healthcare organizations in Greece: a systematic review. Safety in Health.

Karakatsani E. (2018). “*Organizational culture in Greek public hospitals: Views of doctors and nurses*”.

Kastania, A., Panagopoulou, E., Papathanassoglou, E., & Montgomery, A. (2019). “*Exploring the relationship between organizational culture and patient safety in Greek hospitals*”. Journal of Patient Safety, 15(4), e77-e82.

Kastanioti C. (2012). “*Health care providers organizational culture profile: a literature review*”. Medicine, Political Science, Health Science Journal.

KING’ FUND (2017). “*How health care is funded?*” by McKenna H., Dun P., Northern E., Buckley T., Hawkins L. (Consultant and Visiting Fellow at the King’s Fund) <https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded>

Kentikelenis A., Papanicolas I. (2011). «*Economic crisis, austerity and the Greek public health system*». European Journal of Public Health, Vol. 22, No. 1, 4-5.

Kentikelenis Ab., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011). «*Health effects of the financial crisis: omens of a Greek tragedy*». Published Online October 10. DOI:10.1016/S0140- 6736(11)61556-0 See Editorial page 1440. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 378.

Kutzin, J. (2001). «*A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*». Health Policy, 56(3), 171-204. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(00\)00149-4](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(00)00149-4).

Kyriopoulos I. and Zilidis Ch., (2019). *"Participatory management in Greek hospitals: a patient-centred approach"*. International Journal of Health Planning and Management.

Ladia S., Angeloub A. and Panagiotatou D. (2021). «*Regaining Trust: Evidence - Informed Policymaking during the First Phase of the Covid-19 Crisis in Greece*». South European Society and Politics <https://doi.org/10.1080/13608746.2021.1983932>. Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

Lazakidou A., and Mavridoglou G. (2018) «*Organizational culture and its association with job satisfaction and perceived quality of care: evidence from Greek hospitals*». Health Services Management Research.

Liaropoulos L., Tragakes E., (1998). “*Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity*”, Health Policy 43, 153–169.

Longo F, Siciliani L., and Street A., (2017). “*Participatory Management and Its Impact on Quality of Care: A Study of European Hospitals*”. Journal of Health Policy, 121:8, 907-915, DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.05.015

Lupu D. and Tiganasu R. (2022). «*COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe*». Open Access. Health Economics Review 12:14.

Malliarou et al (2017). *"The relationship between organizational culture and job satisfaction in Greek hospitals"*.

Mannion R. et al. (2007). “*Cultures for performance in health care: evidence in the relationships between organizational culture and performance in the NHS*”, Eds. The University of York.

Maynou L. and Marc Saez M. (2016). «*Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union*». International Journal for Equity in Health (2016) 15:135.

Myloneros T, Sakellariou D (2021), “*The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review*”. BMC Health Services Research, 21:628.

OECD/ European Observatory on Health System and Policies, in cooperation with the European Committee (2021). “*State of Health in the EU – Greece*”.

OECD/ European Observatory on Health System and Policies (2022). “*Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*”.

Ohannessian, R., Duong, T., Odone, A., (2020). “*Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action*”. JMIR Public Health Surveill 2020, 6:2, e18810: p. 1.

Oikonomou E. and Tsirona E. (2019). “*Organizational culture and job satisfaction among Greek healthcare professionals*”.

Oluwanbepelumi Esther Olanubi and Sijuola Orioye Olanubi (2022). «*Public sector efficiency in the design of a COVID fund for the euro area*». Elsevier Public Health Emergency Collection. Res Econ.; 76(3): 163–169. Published online 2022 Jul 11. doi: 10.1016/j.rie.2022.07.004.

Sachlas A. and Moustakas K., (2019). “*The role of leadership in creating a participative culture in Greek hospitals*”. Journal of Health Organization and Management, 33:2, 145-160, Emerald Publishing Limited.

Serapioni Mauro (2017). «*Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe*». Essay, Cad Saude Publica 33 (9) <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170116>

Simou E., Koutsogeorgou E. (2014). «*Effects of the crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review economic*». Health Policy 115 (2014) 111-119.

Tsounis A., Georgiou N., Tzavara Ch., (2017). “*The relationship between organizational culture and patient satisfaction in Greek hospitals*”. Health Science Journal, 11 (2): 1 -9.

Vandoros S., Hessel P., Leone T., Avendano M. (2013). «*Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach*». *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 5, 727–731.

Vozikis A., Koutelekos I., & Tsiamis C (2020). «*Analyzing the impact of leadership and organizational culture on the effectiveness of the Greek healthcare system*». *Health Economics Review*.

Waitzberg R., Hernández-Quevedo C., Bernal – Delgado E. et al (2022). «*Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges*». *Health policy* 126, 465 – 475.

WHO (1998). Health promotion glossary. (<https://www.who.int/healthpromotion/>)

World Health Organization. (2010). “*Health systems financing: The path to universal coverage*”. <https://www.who.int/whr/2010/en>.

WHO and European Observatory (2014). “*The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*”, by Sakellarides C., Castelo-Branco L., Barbosa P., Azevedo H.

WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (2019). «*Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*», by Thomson S, Cylus J, Evetovits T., 1st edn. C Copenhagen.

WHO (2019). “*Guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening*” - <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>

World Health Organization WHO (2021) *Thirteenth General Programme of work 2019 – 2023- Promotion Health Glossary of Terms 2021*.

WHO/ European Observatory (2021). “*State of Health in the EU Ireland Country Health Profile 2021*”.

WHO/ European Observatory (2021). “*State of Health in the EU Portugal Country Health Profile 2021*”.

WHO/ European Observatory (2021). “*State of Health in the EU Greece Country Health Profile 2021*”.

WHO/ European Observatory (2021). “*State of Health in the EU Cyprus, Country Health Profile 2021*”.

WHO (2019). “*Guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening*” - <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>

<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>

[explained/index.php/People\\_at\\_risk\\_of\\_povert\\_or\\_social\\_exclusion](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_povert_or_social_exclusion)

<https://eody.gov.gr/neos-koronaios-covid-19>

<https://covid19.gov.gr/ilektroniko-mitroo-asthenon-covid-19>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/health-system-review-greece>