



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»



Λιτότητα και Υγεία στην Ελλάδα την Δεκαετία 2010: Συνέπειες και Προοπτικές.

Ράπτης Βασίλειος

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης στη Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Αιγάλεω, 2022



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»



**Λιτότητα και Υγεία στην Ελλάδα την Δεκαετία 2010:
Συνέπειες και Προοπτικές.**

Ράπτης Βασίλειος, ΑΜ: 20036

Επιβλέπων: Σταματόπουλος Θεόδωρος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης στη Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Αιγάλεω, 2022



University of West Attica
School of Administration, Economic and Social
Sciences
Department of Accounting & Finance
M.Sc. In Public Economics and Policy



**Austerity and Health in Greece in the Decade 2010:
Consequences and Prospects.**

Raptis Vasileios, R.N: 20036

Supervisor: Theodoros Stamatopoulos, Professor, University of West Attica,
Department of Accounting & Finance

Master Thesis submitted to the Dept. of Accounting & Finance of the University of
West Attica in partial fulfilment of the requirements for the degree of M.Sc. in Public
Economics and Policy

Aigaleo, Greece, 2022



Λιτότητα και Υγεία στην Ελλάδα τη δεκαετία 2010:Συνέπειες και Προοπτικές

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

- 1)Θεόδωρος Σταματόπουλος, Καθηγητής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**
- 2)Βασίλειος Πανάγου, Καθηγητής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**
- 3)Μιλτιάδης Χαλικιάς, Καθηγητής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

Εγκρίθηκε από την εξεταστική επιτροπή την 5/5/2022

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Σταματόπουλος Θεόδωρος	Καθηγητής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	
2	Πανάγου Βασίλειος	Καθηγητής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	
3	Χαλικιάς Μιλτιάδης	Καθηγητής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Ράπτης Βασίλειος του Κωνσταντίνου με αριθμό μητρώου 20036 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Οικονομική και Πολιτική του Τμήματος Λογιστικής Χρηματοοικονομικής 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.....και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντακαθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι, αφενός, η εξέταση των συνεπειών των μέτρων λιτότητας, που επιβλήθηκαν κατά την κρίση δημοσίου χρέους της Ελλάδας, στον τομέα της υγείας, κατά την δεκαετία του 2010. Αφετέρου, θα εξεταστούν οι προοπτικές που έχει ο τομέας αυτός στο προβλεπτό μέλλον. Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί είναι η βιβλιογραφική επισκόπηση και η οικονομική αξιολόγηση δευτερογενών στατιστικών δεδομένων δημοσιευμένων από επίσημους-έγκυρους φορείς στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Τα ευρήματα είναι συγκλονιστικά, αν ληφθεί μόνο υπόψη η διαπίστωση του Καθηγητή Perotti (2021) ότι η μείωση της δαπάνης για την δημόσια υγεία στην Ελλάδα ήταν 40% περίπου την περίοδο 2010-2016, δηλαδή η μεγαλύτερη στην μεταπολεμική Ευρώπη. Εξετάσαμε τις επιδράσεις των προγραμμάτων προσαρμογής (MoU) στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του τομέα υγείας στην χώρα, τις δημόσιες δαπάνες, τις αντίστοιχες φαρμακευτικές, και γενικότερα τους διαθέσιμους πόρους σε σύγκριση με τα αποτελέσματα ή το «υγειονομικό προϊόν» που αυτοί παρήγαγαν (ενδεικτικά: εξετάσεις, διαγνώσεις, επεμβάσεις, γεννήσεις, παιδική θνησιμότητα, επιδημίες, αυτοκτονίες, ατυχήματα). Το γενικό συμπέρασμα της μελέτης μας είναι η *«ιδιωτικοποίηση σημαντικού τμήματος της κοινωνικής περίθαλψης»* στην Ελλάδα την υπόψη περίοδο. Οι συνέπειες πολιτικής (περικοπές μισθών στον τομέα της υγείας, απολύσεις ανθρώπινου δυναμικού, κλπ) από την ανάλυσή μας, είναι σημαντικές για την ορθολογική ανάταξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά : Ελληνική κρίση 2010, Λιτότητα MoU, Υγεία, Συνέπειες, Προοπτικές.

Austerity and Health in Greece in the Decade 2010: Consequences and Prospects.

Summary

The purpose of this diploma thesis is, on the one hand, to examine the consequences of the austerity measures imposed during Greece's sovereign debt crisis on the health sector during the 2010s. On the other hand, the prospects for this sector in the foreseeable future will be examined. The methodology to be followed is the literature review and the economic evaluation of secondary statistical data published by official-authoritative bodies, in Greece and abroad. The findings are shocking, if we only take into account Professor Perotti's finding (2021) that the reduction in public health expenditure in Greece was about 40% in the period 2010-2016, i.e. the largest in post-war Europe. We examined the effects of the adjustment programmes (MoU) in the institutional framework of operation of the health sector in the country, the public expenditure, the corresponding pharmaceuticals, and generally the available resources compared to the results or the "health product" that they produced (indicatively: tests, diagnoses, interventions, births, infant mortality, epidemics, suicides, accidents). The general conclusion of our study is the "*privatization of a significant part of social care*" in Greece during this period. The policy consequences (salary cuts in the health sector, redundancies of human resources, etc.) from our analysis are important for the rational overhaul of the health system in Greece.

Key words : Greek crisis 2010, Austerity MoU, Health, Consequences, Prospects.

Πίνακας περιεχομένων

xi

Abstract.....

xv

xvii

xix

1

5

Κεφάλαιο 1^ο5

5

8

10

Κεφάλαιο 2^ο22

22

25

Κεφάλαιο 3^ο34

37

39

41

50

Κεφάλαιο 4^ο : 52

52

55

Κεφάλαιο 5^ο60

60

62

66

Κεφάλαιο 6^ο69

69

77

82

Κεφάλαιο 7^ο84

87

88

Περιεχόμενα σχημάτων

26
32
34
35
36
42
44
55
59
60
68
68

Περιεχόμενα πινάκων

27
28
29
30
39
42
43
46
50
51
52
53
56
57
58
61
62
63
65
70
70
71
72
72
73
74
75
76
77
78
79
81
81
82
83

Εισαγωγή

Η Ελλάδα έχει επηρεαστεί βαθιά από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση της περιόδου 2007-2009, με ευρείες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Το 2013, η χώρα εισήλθε στον πέμπτο χρόνο ύφεσης και λειτουργούσε εντός αυστηρά περιορισμένων δημοσιονομικών ορίων. Η Ελλάδα εξακολουθεί να διέρχεται μια τεράστια και άνευ προηγουμένου διαδικασία αλλαγών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, σε μεγάλο βαθμό καθοδηγούμενη από τους όρους της δανειακής της σύμβασης με την Τρόικα και τα Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής της. Αυτή η διαδικασία έρχεται σε πλήρη αντίθεση με προηγούμενες ανεπιτυχείς (αφού παρεμποδίστηκαν από την έντονη αντίθεση συμφερόντων των εμπλεκομένων και την αδύναμη διοικητική ικανότητα) προσπάθειες μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα, όπου περιλαμβάνεται κι αντίστοιχος τομέας της υγείας. Πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε από ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Ως αποτέλεσμα, ήταν ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν καλά προετοιμασμένο για να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Ενώ οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν από το 2010 έχουν καθοριστεί από την Τρόικα, ορισμένες από αυτές είχαν προταθεί στο παρελθόν. Οι τρέχουσες μεταρρυθμίσεις έτειναν να εστιάζονται σε λειτουργικές, χρηματοοικονομικές και διαχειριστικές διαστάσεις και τα μέτρα συγκράτησης του κόστους έχουν γενικά λάβει τη μορφή περικοπών.

Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις έχουν συχνά εφαρμοστεί γρήγορα, χωρίς να λαμβάνονται επαρκώς υπόψη τα πιθανά προβλήματα που δημιουργούν. Ωστόσο, σημαντικά θετικά βήματα θεωρούνται η τυποποίηση του πακέτου παροχών υγείας για όλους τους πολίτες, τα νέα εργαλεία παρακολούθησης της διαχείρισης νοσοκομείων, ένα μελλοντικό σύστημα πληρωμών για νοσοκομειακή περίθαλψη, η εφαρμογή του συστήματος λογαριασμών υγείας του ΟΟΣΑ, ένα ισχυρότερο και πιο διαφανές σύστημα προμηθειών και η ανάπτυξη εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης της υγείας.

Όσον αφορά την κατανομή των πόρων, στα σημαντικά εμπόδια για την αποτελεσματική διαρθρωτική μεταρρύθμιση περιλαμβάνονται η μη-συναίνεση και

εναντίωση των βασικών ενδιαφερομένων, η αναποτελεσματική διοίκηση η οποία συνήθως εκφυλίζεται σε απλή διαχείριση της υφιστάμενης κατάστασης, όπως εκφράζεται ενδεικτικά από την δυσκολία να εφαρμόσει η γραφειοκρατία τις μεταρρυθμίσεις.

Επειδή το θέμα είναι επίκαιρο λόγω Covid-19 αλλά και γενικότερα της αλλαγής της πολιτικής αναφορικά με το «κράτος πρόνοιας» στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) ως μοχλό για την ενδοκοινοτική «διευκόλυνση» της κινητικότητας της εργασίας, επιλέξαμε να μελετήσουμε την επίδραση των μέτρων λιτότητας στον τομέα υγείας στην Ελλάδα κατά την δεκαετία του 2010 και τις προοπτικές του στο προβλεπτό μέλλον.

Το θέμα θα προσεγγιστεί, καταρχάς, με ανάλυση της βασικής και πλέον πρόσφατης σχετικής βιβλιογραφίας ώστε να θεμελιωθούν τα ερευνητικά ερωτήματα της ΔΕ. Από την βιβλιογραφική προ-επισκόπηση που έχουμε ήδη κάνει, θεμελιώσαμε τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα της ΔΕ :

1. Ποιες ήταν οι επιπτώσεις στον τομέα της υγείας από την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα κατά την δεκαετία του 2010; Για παράδειγμα :
 - 1.1. πώς επέδρασαν οι μεγάλες και απότομες μειώσεις δημοσίων δαπανών υγείας σε εξετάσεις, διαγνώσεις, επεμβάσεις, γεννήσεις, παιδική θνησιμότητα, επιδημίες, αυτοκτονίες, ατυχήματα;
 - 1.2. θέματα προσαρμογής του συστήματος, ή πώς εξελίχθηκαν τα υφιστάμενα το 2010 προβλήματα του τομέα υγείας από την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας την δεκαετία του 2010;
 - 1.3. στην περίπτωση διαθέσιμων δεδομένων, ποια φαίνεται να είναι η σχετική επίδραση της λιτότητας στην υγεία αναφορικά με άλλους τομείς, πχ. στην Εκπαίδευση;
2. Ποιες είναι οι προοπτικές του Ελληνικού τομέα υγείας μετά από την εφαρμογή των μνημονίων, βάσει της προβολής της δυναμικής των ευρημάτων μας;

Στην συνέχεια, αυτά τα ερευνητικά ερωτήματα, η εμπειρική μας έρευνα με περιγραφική στατιστική, θα προσπαθήσει να δείξει κατά πόσον τα ευρήματα μας είναι συνεπή με την αρθρογραφία στην οποία στηρίξαμε αυτά τα ερωτήματα. Συγκεκριμένα, θα παρουσιαστούν σύντομα τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν στον τομέα της υγείας και πως αυτά τον επηρέασαν, είτε άμεσα είτε έμμεσα. Το χρονικό πλαίσιο αναφοράς θα είναι αυστηρά η μετά την κρίση δημοσίου χρέους της Ελλάδας, δεκαετία του 2010. Εντούτοις, θα γίνει αναφορά και στα προβλήματα που υπήρξαν πριν την περίοδο αυτήν, έτσι ώστε να αναδειχθεί ότι η «ασθενής» προϋπάρχουσα κατάσταση όταν «συναντήθηκε» με τα μέτρα λιτότητας της εποχής οδήγησε στην πραγματική κατάρρευση του «συστήματος υγείας», όπως προκύπτει από το γεγονός ότι μεγάλο τμήμα του Ελληνικού πληθυσμού (περί το 25%) βρέθηκε για ορισμένη μνημονιακή περίοδο εκτός ιατροφαρμακευτικής κοινωνικής ασφάλισης. Ειδικότερα, από διοικητικής πλευράς, θα ερευνηθεί ο τρόπος που επηρεάστηκε το σύστημα υγείας στις κύριες λειτουργίες του, το ανθρώπινο δυναμικό του, τους πόρους του, κλπ. σε σύγκριση με τις παροχές του, έτσι ώστε να αξιολογηθεί η λεγόμενη «αποτελεσματικότητα κατανομής των πόρων» των πολιτών. Η αλήθεια είναι ότι τα μέτρα λιτότητας επέφεραν πολλές αλλαγές στο σύστημα υγείας, το αποδιοργάνωσαν αφού τα χρόνια προβλήματα παθογένειας δεν μπόρεσαν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά, με αποτέλεσμα η θεωρούμενη «αποτυχία της κυβέρνησης» να οδηγήσει σε σοβαρές «ιδιωτικοποιήσεις υπηρεσιών» περίθαλψης υγείας και φαρμακευτικής κάλυψης.

Για την επίτευξη του δεύτερου σκέλους του σκοπού της ΔΕ, «εκτίμηση των προοπτικών του Ελληνικού τομέα υγείας», θα στηριχθούμε στα ευρήματα του πρώτου «επιπτώσεις των μνημονίων». Αν και δεν θα χρησιμοποιηθούν οικονομετρικά υποδείγματα, λόγω κυρίως της «σπανιότητας» των εν λόγω στοιχείων, θα προσπαθήσουμε να δείξουμε περιγραφικά την τάση της δυναμικής των δευτερογενών δεδομένων μας, αξιολογώντας λογικά κάθε διαθέσιμη πληροφορία.

Το συγκεκριμένο θέμα είναι πολύ σημαντικό και επίκαιρο, επιπλέον, και από πλευράς πολιτικής οικονομίας, σημαντικό τμήμα του γνωστικού αντικειμένου του ΠΜΣ. Ελπίζουμε οι απαντήσεις στα ερευνητικά μας ερωτήματα να αναδείξουν τα ενδεδειγμένα μέτρα πολιτικής για την βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας.

Τέλος, τα συμπεράσματα μας ελπίζουμε να αποτελέσουν την βάση σε άλλους μελετητές προκειμένου να προαχθεί η έρευνα επί του θέματος.

Βασικές έννοιες, θεωρητικοί στόχοι και βιβλιογραφική επισκόπηση

Κεφάλαιο 1^ο : Η ανταπόκριση του Ελληνικού συστήματος υγείας στην οικονομική κρίση

Οι αντιδράσεις της πολιτικής υγείας στην κρίση και οι επιπτώσεις τους πρέπει να εξεταστούν από δύο οπτικές γωνίες. Η πρώτη οπτική σχετίζεται με την εφαρμογή των απαραίτητων λειτουργικών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, σχεδιασμένων για την αντιμετώπιση των αδυναμιών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η δεύτερη οπτική, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν εξετάζονται οι επιπτώσεις των αλλαγών, σχετίζεται με τα μέτρα που προβλέπονται στα Μνημόνια Συνεννόησης, τα οποία, σε γενικές γραμμές, είναι μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης (Kentikelenis & Papanicolas, 2011).

1.1 Οι αλλαγές στη δημόσια χρηματοδότηση για το σύστημα υγείας

Τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό των δαπανών της γενικής κυβέρνησης, έφθασαν στο υψηλότερο σημείο του 13,2% το 2006. Ωστόσο, μετά την εισαγωγή εκτεταμένων μέτρων λιτότητας, η Ελλάδα είχε έναν από τους χαμηλότερους δείκτες στην ΕΕ έως το 2012, που δεν ξεπερνούσε το 11,5% έναντι του μέσου όρου της ΕΕ που είναι 15%. Οι συνθήκες διάσωσης που απαιτούσαν μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία στο 9% του ΑΕΠ και σε λιγότερο από 6% για τις δημόσιες δαπάνες το 2012, δεν είχαν ακόμη εκπληρωθεί αλλά ήταν κοντά στον καθορισμένο στόχο. Μεταξύ 2009 και 2012, οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δισεκατομμύρια ευρώ (23,7%). Συγκεκριμένα, την ίδια τετραετία, οι δημόσιες τρέχουσες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά μεγαλύτερο ποσοστό, 25,2% ή 4 δισεκατομμύρια ευρώ (Fountoulakis & Theodorakis, 2014).

Ειδικότερα, τα Μνημόνια Συνεννόησης απαιτούσαν μεγάλες περικοπές στις νοσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες. Οι συνολικές δαπάνες του δημόσιου

νοσοκομειακού τομέα (μόνο για τους εσωτερικούς ασθενείς, όχι για τις υπηρεσίες των εξωτερικών ασθενών) μειώθηκαν κατά 8%, από 7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 6,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2012, μέσω σημαντικής εξοικονόμησης σε νοσοκομειακές προμήθειες (ιατρικές, ορθοπεδικές, φαρμακευτικές προμήθειες κ.λπ.) και μέσω των συνθηκών των Μνημονίων Συνεννόησης που προέβλεπαν περικοπές στους μισθούς και τις παροχές του υγειονομικού προσωπικού (Vrachnis, et al., 2014).

Εκτιμήθηκε επίσης μείωση της τάξεως του 32% (2,1 δισεκατομμύρια ευρώ) στις συνολικές (εξωτερικές) φαρμακευτικές δαπάνες, προς όφελος των ταμείων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, τα οποία χρηματοδοτούσαν σε μεγάλο βαθμό αυτές τις δαπάνες. Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες (και άλλες μη ιατρικές διαρκής υπηρεσίες) παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση, κατά 43,2%, από 5,2 δισεκατομμύρια ευρώ (περίπου 2,25% του ΑΕΠ) το 2009 σε 2,95 δισεκατομμύρια ευρώ (ή 1,53% του ΑΕΠ) το 2012. Τα φαρμακευτικά προϊόντα είναι ένας τομέας που έλαβε ιδιαίτερη προσοχή στα Μνημόνια Συνεννόησης και ορίστηκε ένα σκληρό ανώτατο όριο για το 2012 και τα επόμενα χρόνια. Σύμφωνα με τα Μνημόνια Συνεννόησης, οι φαρμακευτικές δαπάνες δεν πρέπει να υπερέβαιναν τα 2,44 δισεκατομμύρια ευρώ το 2013 και τα 2 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, θέτοντας έτσι ένα αυστηρό ανώτατο όριο. Σε περίπτωση υπέρβασης των ορίων, η αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες από τους παραγωγούς (φαρμακευτικές εταιρείες) θα χρησιμοποιούνταν για την εξισορρόπηση του προϋπολογισμού (Noikokyraakis, et al., 2018).

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας έχουν επίσης μειώσει τα έσοδα και τις κρατικές μεταβιβάσεις. Λόγω της αύξησης της ανεργίας και της μερικής απασχόλησης, καθώς και της μείωσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, τα έσοδα από τις κοινωνικές ασφαλίσεις μειώθηκαν από 30,7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2008 σε 24,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2013. Επιπλέον, οι όροι του Μνημονίου Συνεννόησης είχαν στόχο να περιορίσουν τη συνεισφορά του κράτους στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης υγείας των δημοσίων υπαλλήλων. Παλαιότερα οι εισφορές των δημοσίων υπαλλήλων ήταν 2,55% του ακαθάριστου εισοδήματός τους και κάθε δαπάνη που υπερέβαινε τα συνολικά έσοδα από εισφορές επιχορηγούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό. Από την 1η Ιανουαρίου 2011, το ποσοστό εργοδοτικής εισφοράς (δηλαδή το ποσοστό εισφοράς του κράτους) στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης υγείας

των δημοσίων υπαλλήλων ορίστηκε στο 5,1% των αποδοχών των δημοσίων υπαλλήλων, ενώ η χρηματοδότηση των συνταξιούχων αυξήθηκε σταδιακά από 2,55% σε 4% το 2013 (Tapia Granados & Rodriguez, 2015).

Οι πληρωμές από την τσέπη των ασφαλισμένων αυξήθηκαν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία από 27,6% το 2009 σε 28,8% το 2012. Η Ελλάδα πάντα χαρακτηριζόταν ως ένα αρκετά «ιδιωτικοποιημένο» σύστημα, ιδιαίτερα λόγω της δημόσιας υποχρηματοδότησης. Η μαύρη οικονομία, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών, αντιπροσώπευε σημαντικό μέρος των πληρωμών από την τσέπη των ασφαλισμένων (περίπου 30%) και ήταν ενδεικτική της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Αν και αυτές οι πληρωμές είναι πολύ συνηθισμένες για την υποστήριξη ανεπαρκών προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη, αντιπροσωπεύουν τη χειρότερη επιλογή για τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας καθώς προκαλούν ανισότητες που επηρεάζουν κυρίως τις φτωχές και ευάλωτες ομάδες (Kentikelenis, et al., 2014).

Παρατηρήθηκε αύξηση της ιδιωτικής (προαιρετικής) ασφάλισης υγείας μεταξύ 2003 και 2012, αν και παραμένει χαμηλή σε σύγκριση με τα άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Διάφοροι παράγοντες αιτιολογούν την απροθυμία των ανθρώπων να πληρώσουν για πρόσθετη ασφάλιση, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής ύφεσης, των κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων (π.χ. χαμηλό μέσο εισόδημα των νοικοκυριών), της υψηλής ανεργίας και της υποχρεωτικής και πλήρους κάλυψης από κοινωνική ασφάλιση. Οι κρατικές δαπάνες για την πρόληψη και τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας μειώθηκαν επίσης κατά 13% περίπου, παρόλο που ο τομέας αυτός ήταν ήδη υποχρηματοδοτούμενος στην Ελλάδα (Keramidou & Triantafyllopoulos, 2018).

Ενώ η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη για τέτοιες υπηρεσίες στα κράτη μέλη της ΕΕ ήταν 75,8 ευρώ το 2009, το ποσό για την Ελλάδα υπολογίστηκε σε 26,2 ευρώ, με τις περαιτέρω περικοπές να φτάνουν το ποσό στα 23,1 ευρώ το 2012. Ομοίως, η δαπάνη για τις δημόσιες θεραπευτικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών στην Ελλάδα είναι 2,7 φορές χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ για αυτές τις υπηρεσίες. Υπήρξαν σταθερές μειώσεις όχι μόνο στις συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία αλλά και στο δημόσιο μερίδιο αυτών των δαπανών (συμπεριλαμβανομένων των δαπανών από

ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης της υγείας, όπου μειώθηκαν κατά 29,3% μεταξύ 2009 και 2012). Είναι σαφές ότι έχουν σημειωθεί γενικά μειώσεις στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (θεραπευτική και αποκαταστατική) νοσοκομειακή περίθαλψη (7%), την περίθαλψη των εξωτερικών ασθενών (34,6 %) και τα φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά μη ανθεκτικά προϊόντα (44,2%) (Zavras, et al., 2016).

1.2 Οι αλλαγές στην ασφαλιστική κάλυψη

1.2.1 Το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού

Μέχρι το 2011, το ελληνικό σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης της υγείας παρείχε κάλυψη σχεδόν στο 100% του πληθυσμού μέσω ενός δικτύου πολλών ταμείων. Το σύστημα ήταν, και εξακολουθεί να είναι, συνδεδεμένο με το καθεστώς και το είδος της απασχόλησης. Η συγχώνευση σχεδόν όλων των ταμείων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου είχαν προταθεί σε διάφορες μεταρρυθμίσεις από το 1968, αλλά δεν είχαν εφαρμοστεί ποτέ. Η κατάσταση αυτή άλλαξε το 2011 με τη δημιουργία του νέου Εθνικού Οργανισμού Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (Ifanti, et al., 2013).

Ο ΕΟΠΥΥ προοριζόταν να καλύψει τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενα άτομα και συνταξιούχους), και την κάλυψη μόνο των βραχυπρόθεσμων ανέργων. Ωστόσο, στο πλαίσιο της βαθιάς οικονομικής κρίσης, η ανεργία αυξήθηκε ραγδαία και έφτασε το 27,3% το 2013. Με βάση την προϋπάρχουσα νομοθεσία, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αποτελεσματικά τους ανέργους μόνο για δύο χρόνια το πολύ, οδηγώντας έτσι σε αύξηση του ποσοστού του ανασφάλιστου πληθυσμού. Το Υπουργείο Εργασίας υπολογίζει επί του παρόντος ότι περίπου 2 εκατομμύρια ανασφάλιστοι δεν έχουν επίσημη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο υψηλός αριθμός ανασφάλιστων, το Υπουργείο Υγείας θέσπισε τον Σεπτέμβριο του 2013 ένα πρόγραμμα «Κουπονιού Υγείας» που προορίζονταν για άτομα που έχουν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους, το οποίο παρείχε πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (επισκέψεις σε συμβεβλημένους ιατρούς,

εθνικές εγκαταστάσεις υπηρεσιών υγείας και υπηρεσίες που παρέχονται από συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα). Τα κουπόνια υγείας έχουν διάρκεια τεσσάρων μηνών και δεν ανανεώνονται. Το πρόγραμμα εκτιμήθηκε ότι θα καλύψει περίπου 230.000 ανασφάλιστους πολίτες μέχρι το τέλος του 2014 (Branas, et al., 2015).

1.2.2 Το πακέτο παροχών και οι χρεώσεις των χρηστών

Τον Ιούνιο του 2011, τα πακέτα παροχών των διαφόρων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας τυποποιήθηκαν για να παρέχουν τις ίδιες ανταποδοτικές υπηρεσίες, δημιουργώντας ένα νέο, κοινό πακέτο παροχών στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Αυτή η διαδικασία συνέπεσε με αυτό που ουσιαστικά είναι η σταδιακή διοικητική συγχώνευση των υγειονομικών τμημάτων των μεγάλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου και ΤΑΥΤΕΚΩ, που καλύπτουν μισθωτούς, αγρότες, αυτοαπασχολούμενους, δημοσίους υπαλλήλους, ναυτικούς και εμπορικούς ναυτικούς και υπαλλήλους τραπεζών, κλπ) βάσει του ΕΟΠΥΥ. Βασικό χαρακτηριστικό του κοινού πακέτου ήταν η μείωση των παροχών που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι. Για παράδειγμα, ορισμένες δαπανηρές εξετάσεις που καλύπτονταν, έστω και εν μέρει, σε εξωτερικά ιατρεία αφαιρέθηκαν από το πακέτο παροχών του ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, εισήχθησαν περιορισμοί δικαιωμάτων σε σχέση με τον τοκετό, την αεροθεραπεία, τη λουτροθεραπεία, τη θεραπεία με θαλασσαιμία, τη λογοθεραπεία και τη θεραπεία της νεφροπάθειας. Επιπλέον, η εισαγωγή αρνητικού καταλόγου φαρμάκων το 2012 είχε ως αποτέλεσμα την ανάκληση του καθεστώτος αποζημίωσης για διάφορα φάρμακα που είχαν προηγουμένως επιστραφεί (Kosmidis, 2021).

Από το 2011 επιβλήθηκε αύξηση των χρεώσεων των χρηστών από 3 σε 5 ευρώ στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Επιπλέον, ο Νόμος 4093/2012 εισήγαγε τέλος ασθενούς (25 ευρώ) για την εισαγωγή σε κρατικό νοσοκομείο από το 2014 και μετά και 1 επιπλέον ευρώ για κάθε συνταγή που εκδίδονταν στο πλαίσιο της εθνικής υπηρεσίας υγείας (τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στα νοσοκομεία). Ωστόσο, το τέλος εισαγωγής στα νοσοκομεία ανακλήθηκε σύντομα λόγω της έντονης αντίδρασης των επαγγελματιών υγείας και των άλλων ενδιαφερομένων. Αντίθετα, υπάρχουν σχέδια για αντικατάσταση του με επιπλέον φόρο στα τσιγάρα. Οι χρεώσεις των χρηστών σε όλες τις δημόσιες

εγκαταστάσεις καταργήθηκαν για ορισμένες ευάλωτες ομάδες (διαβητικούς και λήπτες μεταμόσχευσης έχουν προστεθεί στη λίστα). Αξίζει να σημειωθεί ότι η μέση μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε μεταξύ 2012 και 2013 παρά τις μειώσεις των τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα. Αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως σε αυξήσεις στα επίπεδα επιμερισμού κόστους από τον Οκτώβριο του 2012. Γενικά, ο μέσος επιμερισμός του κόστους για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013. Είναι ενδιαφέρον ότι μόνο το 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων παρασχέθηκαν με 0% συμμετοχή το 2013 έναντι του 13% το 2012 (Sialakis, 2019).

1.3 Οι αλλαγές στον προγραμματισμό, τις αγορές και την παράδοση υπηρεσιών υγείας

Ορισμένα μέτρα έχουν εισαχθεί σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας μέσω των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, ενώ άλλα στοχεύουν στη βραχυπρόθεσμη μείωση του κόστους.

1.3.1 Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας

Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, ιδιαίτερα αυτές που στοχεύουν στο κατακερματισμένο και άδικο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, είχαν προσδιοριστεί ως απαραίτητες πολύ πριν εμφανιστεί η κρίση. Με βάση τις διατάξεις του πρώτου Μνημονίου Συνεννόησης, ο Ν. 3863/2010 θέσπισε ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, το οποίο όριζε (Karaniolos & Kentikelenis, 2016) :

- Τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας των ευρύτερων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από τη διαχείριση των συντάξεων.
- Τη συγχώνευση αυτών των ταμείων υγείας προκειμένου να απλοποιηθεί το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

- Την υπαγωγή όλων των δραστηριοτήτων που σχετίζονταν με την υγεία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Τη σύσταση του Συντονιστικού Συμβουλίου Παροχών Υγείας.

Ο στόχος του Συμβουλίου, του οποίου η πραγματική ύπαρξη ήταν βραχύβια, ήταν να απλοποιήσει το υπερβολικά κατακεραματισμένο σύστημα με τη θέσπιση κριτηρίων και όρων για τις συμβάσεις μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και όλων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να επιτευχθούν μειώσεις στις δαπάνες (Vlachadis, et al., 2014).

Μακράν η πιο σημαντική διαρθρωτική μεταρρύθμιση ήταν η μετέπειτα ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και η διοικητική συγχώνευση των κλάδων υγειονομικής περίθαλψης των βασικών ταμείων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης της υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία του τον Ιούνιο του 2011 και ενεργεί ως ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και όλων των υπηρεσιών υγείας για όλους τους ασφαλισμένους, αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη με τους προμηθευτές. Ο ΕΟΠΥΥ είναι επίσης ο βασικός νέος φορέας της χώρας που έχει επιφορτιστεί με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο ρόλος του είναι να συντονίζει την πρωτοβάθμια περίθαλψη, να ρυθμίζει τις συμβάσεις με όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να ορίζει τα πρότυπα ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με ευρύτερο στόχο την άμβλυνση της πίεσης στην αναγκαία και επείγουσα περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Μια άλλη σημαντική εξέλιξη ήταν η προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης αποκέντρωσης των αρχών υγειονομικής περίθαλψης. Τον Ιούνιο του 2010, η νέα κυβέρνηση θέσπισε νόμο για τη εφαρμογή της νέας αρχιτεκτονικής για δήμους και περιφέρειες (γνωστό ως Σχέδιο Καλλικράτης). Το σχέδιο Καλλικράτης δημιούργησε 13 περιφέρειες για να αντικαταστήσει 76 νομούς και 1034 δήμους όπου μειώθηκαν σε λιγότερους από 370. Στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης, οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές αναμενόταν να διαδραματίσουν πολύ μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στην εθνική υπηρεσία υγείας και στην παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, μέχρι σήμερα,

οι προσπάθειες για τη δημιουργία αυτών των πιο ισχυρών αποκεντρωμένων περιφερειακών αρχών είτε δεν έχουν εφαρμοστεί είτε έχουν αποδυναμωθεί σημαντικά. Οι υφιστάμενες περιφερειακές υγειονομικές αρχές έχουν αδύναμες λειτουργίες συντονισμού και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή συγκεντροποίηση. Μια πιθανή εξήγηση είναι η περιορισμένη διοικητική ικανότητα, οι περιορισμένοι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι και (επί του παρόντος) απουσία σαφούς σχεδίου για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Maragaki, et al., 2019).

Τον Φεβρουάριο του 2014, η Βουλή των Ελλήνων ψήφισε νέα νομοθεσία για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιδρύοντας το Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο συντονίζεται από τις περιφερειακές αρχές υγείας. Όλες οι εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ, τα αγροτικά κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους καθώς και τα λιγιστά αστικά κέντρα υγείας, βρίσκονται πλέον στη δικαιοδοσία των περιφερειακών υγειονομικών αρχών. Στόχος είναι οι εγκαταστάσεις αυτές να λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, ο νόμος προβλέπει τη θέσπιση συστήματος παραπομπής με βάση τους γενικούς ιατρούς. Η αποτελεσματικότητα αυτού του νέου μέτρου θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ισχυρή εφαρμογή του. Στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, προγραμματίστηκαν προμήθειες για τον τομέα της υγείας σε περιφερειακό επίπεδο μέσω της ανάπτυξης των περιφερειακών προγραμμάτων για αγαθά και υπηρεσίες. Αυτά τα προγράμματα πρέπει να εγκριθούν από την Επιτροπή Συντονισμού για τις Προμήθειες, η οποία είναι υπεύθυνη για την ανάθεση μιας αναθέτουσας αρχής και του μηχανισμού υποβολής προσφορών για κάθε τύπο προμήθειας. Η επιτροπή μπορεί να επιλέξει είτε μια εταιρεία είτε έναν ιδιωτικό οργανισμό ως αναθέτουσα αρχή, σύμφωνα με τον στόχο της να επιτύχει οικονομίες κλίμακας και συνολική απόδοση (Petmesidou, 2019).

1.3.2 Η αποτελεσματικότητα του νοσοκομειακού τομέα

Αρκετά μέτρα έχουν εισαχθεί ή εφαρμόζονται στον νοσοκομειακό τομέα, τα οποία περιλαμβάνουν διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, αλλαγές στο σύστημα πληρωμών των νοσοκομείων και μειώσεις στο κόστος των νοσοκομειακών προμηθειών. Η μεγάλη αναδιάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα έχει στοχευτεί ως μέρος των

προσπαθειών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, με τον Υπουργό Υγείας να ανακοινώνει τον Ιούλιο του 2011 ένα σχέδιο για τη μείωση του τρέχοντος αριθμού κλινών των δημόσιων νοσοκομείων από 35.000 σε 33.000 και τη μείωση του αριθμού των κλινικών και εξειδικευμένων μονάδων από 2000 σε λιγότερες από 1700, με 330 να συγχωνεύονται και άλλες 40 να μεταφέρονται (Polyzos, 2012).

Επιπλέον, αντί τα 133 εθνικά νοσοκομεία υπηρεσιών υγείας να έχουν τα δικά τους διοικητικά συμβούλια, θα υπάρχουν συνολικά 83 συμβούλια αρμόδια για τη διαχείριση όλων των δημόσιων νοσοκομείων και ο αριθμός των διευθυντών και των υποδιευθυντών θα μειώνονταν από 175 σε 145. Αυτές οι αλλαγές εκτιμήθηκε ότι θα οδηγούσαν στη μείωση των δαπανών κατά 75 εκατομμύρια ευρώ έως το 2014 και 150 εκατομμύρια ευρώ έως το 2015. Ο πραγματικός αντίκτυπος αυτών των μέτρων και η αναμενόμενη εξοικονόμηση κόστους τους επαληθεύτηκε το 2015. Επιπλέον, ως μέτρο αύξησης των εσόδων, διατέθηκαν 500 νοσοκομειακές κλίνες για χρήση κατά προτεραιότητα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για τους πελάτες τους. Επιπλέον, δεν προσλήφθηκαν νέοι γιατροί σε κρατικά ιδρύματα, αλλά ιδιώτες γιατροί συμβασιούχοι με τον ΕΟΠΥΥ όπου θα μπορούσαν να εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία μια μέρα την εβδομάδα. Μέχρι στιγμής, η πρόοδος στην εφαρμογή αυτής της μεγάλης αναδιάρθρωσης του τομέα ήταν περιορισμένη. Αφενός, υλοποιήθηκαν οι προγραμματισμένες συγχωνεύσεις νοσοκομείων του ΙΚΑ, του βασικού ταμείου της κοινωνικής ασφάλισης υγείας πριν από την εισαγωγή του ΕΟΠΠΥ, και εκείνων που ανήκουν στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας, θέτοντας όλα υπό κρατική ιδιοκτησία. Από την άλλη πλευρά, μέχρι σήμερα, η εφαρμογή των άλλων βασικών στοιχείων που παρουσιάστηκαν παραπάνω περιορίστηκε στη διοικητική συγχώνευση των «γειτονικών» νοσοκομείων και στην ενοποίηση των παρόμοιων τμημάτων στο ίδιο το νοσοκομείο (Farantos & Koutsoukis, 2017).

Σε ότι αφορά τον εξορθολογισμό του συστήματος πληρωμών των νοσοκομείων, εγκαταλείφθηκε η προηγούμενη μέθοδος αποζημίωσης που βασιζόταν σε σταθερό μεροκάματο, καθώς δεν αντανάκλούσε το πραγματικό κόστος νοσηλείας, εξαιρουμένων, μεταξύ άλλων, των δαπανών των μισθών του προσωπικού. Το 2012 αναπτύχθηκε ένα νέο σύστημα πληρωμών (που ονομάζεται KEN-DRG - Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια), βασισμένο στη γερμανική έκδοση των ομάδων που σχετίζονταν με τη διάγνωση. Το νέο σύστημα εφαρμόστηκε τον Ιανουάριο του 2013

αλλά αντιμετώπισε μια σειρά προβλημάτων. Μια πρόσφατη ανάλυση δεδομένων του συστήματος έδειξε ότι το 8–21% των συνολικών εσόδων των νοσοκομείων, ανάλογα με την εξεταζόμενη περιφέρεια, προέκυψε από μεγάλες πληρωμές, που κάλυπταν ως επί το πλείστον ημερομίσθια (δηλαδή περιπτώσεις στις οποίες η νοσοκομειακή περίθαλψη υπερέβαινε τη μέση διάρκεια παραμονής για το συγκεκριμένο σύστημα) (Beletsioti, et al., 2018).

Αυτό σημαίνει ότι το τρέχον σύστημα απαιτεί διορθωτικές τροποποιήσεις και πράγματι, μέχρι στιγμής, έχουν γίνει τέσσερις αναθεωρήσεις. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι τα Μνημόνια ώθησαν την Ελλάδα να εφαρμόσει ένα σύστημα ομάδων σχετικών με τη διάγνωση σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (ένα έτος). Ως αποτέλεσμα, η τιμολόγηση του συγκεκριμένου συστήματος δεν βασίζονταν στο πραγματικό κόστος και στα κλινικά πρωτόκολλα, αλλά επιτεύχθηκε μέσω ενός συνδυασμού κοστολόγησης βάσει δραστηριότητας με δεδομένα από επιλεγμένα δημόσια νοσοκομεία και «εισαγόμενους» συντελεστές στάθμισης κόστους. Περαιτέρω δεν συμπεριλήφθηκε το μισθολογικό κόστος του απασχολούμενου προσωπικού των νοσοκομείων (Papadopoulos, et al., 2018).

Η μείωση του κόστους των εισροών, συμπεριλαμβανομένου του συνολικού κόστους των νοσοκομειακών προμηθειών (φαρμακευτικά και ιατρικά είδη, ορθοπεδικά και χημικά φάρμακα) ήταν ένας σημαντικός στόχος. Οι νοσοκομειακές προμήθειες αντιπροσώπευαν το 68% των συνολικών λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων (δηλαδή τις νοσοκομειακές δαπάνες εξαιρουμένων των μισθών και των ημερομισθίων) και αυτές οι δαπάνες μειώθηκαν κατά περίπου 38,2% μεταξύ 2009 και 2011 με εξορθολογισμένες διαδικασίες προμηθειών, εφαρμογή μεταρρυθμίσεων της φαρμακευτικής πολιτικής και μέσω οριζόντιων περικοπών που αποφάσισε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι δαπάνες για ορθοπεδικά και προσθετικά προϊόντα μειώθηκαν κατά περισσότερο από 67% κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ακολουθούμενες από τις ιατρικές προμήθειες, τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα χημικά φάρμακα, που μειώθηκαν κατά 38,5%, 29% και 30,5% αντίστοιχα (Simou, et al., 2013).

Αντισταθμίζοντας αυτά τα κέρδη, ωστόσο, οι λειτουργικές δαπάνες (π.χ. αναλώσιμα, γενικά έξοδα, ασφάλεια) παρουσίασαν σημαντική αύξηση σε πολλά νοσοκομεία και οι άμεσες αιτίες δεν ήταν γνωστές. Για παράδειγμα, σε δείγμα 40 γενικών

νοσοκομείων (από 90) για τα οποία ήταν διαθέσιμα όλα τα στοιχεία δαπανών για την περίοδο 2009–2011, οι δαπάνες για διάφορες υπηρεσίες (π.χ. νομικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες) κατέγραψαν αύξηση 40% το 2010 (σε σύγκριση με το 2009) και περαιτέρω αύξηση 27% το 2011, ενώ για τις ίδιες περιόδους τα ίδια νοσοκομεία κατάφεραν να επιτύχουν μειώσεις για τα φαρμακευτικά προϊόντα ίση με 12% (το 2010) και 28% (το 2011) και για τα ιατρικά εφόδια 25% (το 2010) και 18% (το 2011). Τα αποτελέσματα για άλλα γενικά έξοδα ή υπηρεσίες εξωτερικής ανάθεσης είναι παρόμοια. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την τροφοδοσία (αύξηση 22% το 2010 και 12% το 2011 για τα 19 νοσοκομεία για τα οποία υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για την τριετία), την καθαριότητα (αύξηση 16% το 2010 και αύξηση 24% το 2011 για 50 νοσοκομεία) και υπηρεσίες ασφαλείας (αύξηση 23% το 2010 και περαιτέρω αύξηση 27% το 2011 για 34 νοσοκομεία). Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τα γενικά έξοδα είναι μεταξύ των πρώτων δαπανών που περικόπτονται κατά τις προσπάθειες συγκράτησης του κόστους, τέτοια αποτελέσματα υπογραμμίζουν ότι πρόκειται για έναν τομέα που πρέπει να εξεταστεί πιο διεξοδικά όσον αφορά τον εντοπισμό εμποδίων στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων (Yfantopoulos & Yfantopoulos, 2015).

Στον τομέα των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι δύσκολο να παρουσιαστεί ακόμη μια σαφής εικόνα, καθώς τα διαθέσιμα στοιχεία φαίνεται να είναι αμφιλεγόμενα. Συσσωρεύονται στοιχεία ότι η ζήτηση για ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες έχει μειωθεί. Σύμφωνα με τον ICAP (2011), τα έσοδα των ιδιωτικών νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 14,1% μεταξύ 2009 και 2010, γεγονός που μπορεί να αντανακλά, μεταξύ άλλων, τις καθυστερημένες αποζημιώσεις από τον ΕΟΠΥΥ. Παρά την αρνητική αυτή τάση, ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε ελαφρά (κατά 0,3%) μεταξύ 2009 και 2010 και ο αριθμός του προσωπικού μειώθηκε κατά 5,3%. Ωστόσο, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες των ιδιωτικών νοσοκομείων αυξήθηκαν ελαφρά, από περίπου 1,98 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 2,53 δισεκατομμύρια ευρώ το 2011. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης ήταν τα νοικοκυριά, αφού συνεισέφεραν 921,6 εκατομμύρια ευρώ σε συνολικές δαπάνες ιδιωτικών νοσοκομείων το 2011, έναντι 771 εκατομμυρίων ευρώ που προέρχονταν από τη γενική κυβέρνηση και 360,6 εκατομμύρια ευρώ από ιδιωτικές ασφάλειες. Τα αντίστοιχα μεγέθη το 2009 ήταν παρόμοια και συγκεκριμένα 852,4 εκατομμύρια

ευρώ (νοικοκυριά), 824,4 εκατομμύρια ευρώ (γενική κυβέρνηση) και 298,3 εκατομμύρια ευρώ (ιδιωτική ασφάλιση) (Rotarou & Sakellariou, 2017).

1.3.3 Οι μειώσεις στους μισθούς του τομέα της υγείας και οι αλλαγές στις συνθήκες εργασίας

Η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας χωρίς τα κατάλληλα επίπεδα στελέχωσης και το απαραίτητο προσωπικό είναι, στην καλύτερη περίπτωση, μια δύσκολη ενέργεια. Ακόμη και πριν από την κρίση, τα επίπεδα στελέχωσης για νοσηλευτές και άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (εκτός των γιατρών) ήταν ήδη πολύ χαμηλά στην Ελλάδα. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1000 άτομα στην Ευρώπη. Επιδεινώνοντας αυτό το πρόβλημα, μετά το Μνημόνιο, πολλοί επαγγελματίες υγείας αποφάσισαν να συνταξιοδοτηθούν για να εξασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις. Κατά συνέπεια, τα επίπεδα στελέχωσης έχουν επιδεινωθεί. Οι μισθοί του υγειονομικού προσωπικού στην Ελλάδα ήταν από τους χαμηλότερους στην ΕΕ πριν από την κρίση. Ωστόσο, στο πλαίσιο της προσπάθειας μείωσης του κόστους εισροών στο σύστημα υγείας, εφαρμόστηκαν περικοπές μισθών το 2010 σε όλο το προσωπικό της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του διοικητικού προσωπικού, των γιατρών, των νοσηλευτών, των φαρμακοποιών και του παραϊατρικού προσωπικού (12% τον Ιανουάριο 2010 και επιπλέον 8% τον Ιούνιο 2010). Επιπλέον, καταργήθηκαν σχεδόν όλες οι επιδοτήσεις στο προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης (Kontodimopoulos, et al., 2014).

Στην πράξη, πραγματοποιήθηκαν τρεις τύποι περικοπών μισθών όπου ήταν οι οριζόντιες περικοπές από αυξήσεις φόρων και η ειδική εισφορά αλληλεγγύης, οι περικοπές μέσω της εισαγωγής ενός νέου ενιαίου μισθολογικού συστήματος για όλο τον δημόσιο τομέα και οι περικοπές των εργαζομένων με μειώσεις στο «ειδικό μισθολογικό σύστημα» των γιατρών. Επιπλέον, τα προγραμματισμένα μόνους παραγωγικότητας βάσει απόδοσης δεν εφαρμόστηκαν καθώς δεν τέθηκαν στόχοι, ούτε πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις του προσωπικού. Άλλα μέτρα για το εργατικό δυναμικό που αποσκοπούσαν στη μείωση του κόστους περιλάμβαναν τη μη ανανέωση συμβάσεων για έκτακτο προσωπικό που απασχολείται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και τη μείωση των επιπέδων αντικατάστασης του

συνταξιοδοτούμενου προσωπικού (για κάθε πέντε άτομα που θα συνταξιοδοτούνταν θα διορίζονταν εκ νέου μόνο ένα) (Konstantopoulos, 2014).

1.3.4 Οι βελτιωμένες διαδικασίες παρακολούθησης και λογιστικής

Τα πρόσθετα μέτρα που υιοθετήθηκαν αφορούσαν τη διακυβέρνηση, την παρακολούθηση και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, καθώς και τα νοσοκομεία και τα φαρμακευτικά προϊόντα. Πιο συγκεκριμένα, τα μέτρα περιλάμβαναν (Economou, et al., 2014) :

- Μεγαλύτερη δημοσιονομική και λειτουργική εποπτεία των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη από τον Υπουργό Οικονομικών και την δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών.
- Στοιχεία για τις δαπάνες που εκκρεμούν (καθυστερήσεις) του δημοσίου τομέα και των νοσοκομείων μηνιαίως, 30 ημέρες μετά το τέλος κάθε μήνα, που παρέχονται από το Υπουργείο Οικονομικών.
- Υποχρεωτική χρήση (από τον Ιούλιο του 2012) της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλες τις ιατρικές δραστηριότητες (φάρμακα, διαγνώσεις, χειρουργεία, κλπ) σε όλες τις εθνικές υπηρεσίες υγείας.
- Δημιουργία από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο διαδικτυακών πλατφορμών, μία για τη συλλογή και αξιολόγηση των μηνιαίων δεδομένων από εθνικά νοσοκομεία υπηρεσιών υγείας και μία για την παρακολούθηση της κατανομής των περιφερειακών πόρων υγείας και για την περιφερειακή κατάσταση υγείας.
- Ανάπτυξη του εργαλείου παρακολούθησης τιμών για τη συλλογή και ανάλυση προσφορών και τεχνικών προδιαγραφών που δημοσιεύουν τα νοσοκομεία.

Επιπλέον, υπάρχει συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) και του Κέντρου Διαχείρισης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών (ΧΕΣΜΕ), είχε ως

αποτέλεσμα την εφαρμογή (το 2013) του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ στην Ελλάδα, παρέχοντας για πρώτη φορά οικονομικά δεδομένα υγείας εναρμονισμένα με τη μεθοδολογία που χρησιμοποιούν η Eurostat και ο ΟΟΣΑ. Στα νοσοκομεία, έχουν εισαχθεί ή είναι υπό εξέταση μια σειρά από συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις παρακολούθησης και λογιστικής. Για παράδειγμα, η διπλογραφική λογιστική σε δεδουλευμένη βάση εισήχθη σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία τον Ιανουάριο του 2012 και το σύστημα κοστολόγησης αναμενόταν να εισαχθεί εντός του 2013. Ένα ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης εισήχθη το 2012 μαζί με τη δημιουργία κοινού μητρώου ιατρικών προμηθειών (από την Επιτροπή Συντονισμού για τις Προμήθειες). Ωστόσο, η μηχανογράφηση και η ενοποίηση των συστημάτων τεχνολογίας πληροφοριών και η συγκέντρωση των πληροφοριών δεν έχουν ακόμη επιτευχθεί και τα νοσοκομεία χρησιμοποιούν τα δικά τους τοπικά συστήματα πληροφοριών (Petmesidou, 2019).

1.3.5 Οι μεταρρυθμίσεις στον φαρμακευτικό τομέα και στα φαρμακεία

Ο φαρμακευτικός τομέας έχει παρουσιάσει μια σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό του κόστους και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Αυτά τα μέτρα περιγράφονται ως εξής (Hessel, et al., 2014) :

- Η ευθύνη για την τιμολόγηση των φαρμάκων έχει μεταβιβαστεί στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και όλες οι άλλες πτυχές της φαρμακευτικής πολιτικής στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προηγουμένως, οι τιμές καθορίζονταν από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου. Αυτή η αλλαγή σχεδιάστηκε για να τονώσει την αποτελεσματικότερη λήψη αποφάσεων και διοίκησης.
- Ένας κατάλογος για τα φάρμακα εισήχθη εκ νέου το 2011 (είχε καταργηθεί το 2006 με την αιτιολογία της ενίσχυσης της πρόσβασης στα φάρμακα). Αρχικά, ο κατάλογος, από μόνος του, είχε μικρό αντίκτυπο, καθώς όλα τα φάρμακα που επιστρέφονταν σε κάποιον το χρηματικό ποσό που ξόδευε εκείνη την εποχή συμπεριλαμβάνονταν στον συγκεκριμένο κατάλογο. Αντίθετα, η επανεισαγωγή είχε ως κίνητρο την αύξηση των εσόδων, καθώς υπήρχε η

απαίτηση να καταβάλλεται ειδικό τέλος από τις φαρμακευτικές εταιρείες κάθε φορά που ένα νέο φάρμακο προσθέτονταν στον κατάλογο. Το 2012, εισήχθη ένας νέος κατάλογος φαρμάκων, ο οποίος περιείχε πολλά φαρμακευτικά προϊόντα που προηγουμένως ήταν επιλέξιμα για αποζημίωση. Σύμφωνα με τους όρους του Μνημονίου Συνεννόησης, ο συγκεκριμένος κατάλογος θα πρέπει να ενημερώνονταν δύο φορές το χρόνο. Παράλληλα, από το 2012 υπάρχει ένας κατάλογος φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, που περιλαμβάνει πολλά φάρμακα που μέχρι τότε περιλαμβάνονταν στον αρχικό κατάλογο (π.χ. ορισμένα αναλγητικά φάρμακα), αλλά τα οποία τώρα πρέπει να πληρωθούν από την τσέπη των καταναλωτών.

- Από τον Νοέμβριο του 2012, οι τιμές όλων των φαρμάκων είχαν στοχοποιηθεί μέσω ενός νέου συστήματος τιμολόγησης αναφοράς για τα φάρμακα του αρχικού καταλόγου, όπου μείωνε την τιμή των φαρμάκων έως και 70% σε ορισμένες περιπτώσεις. Η στρατηγική αυτή ακολούθησε τη μείωση του ΦΠΑ για τα φάρμακα (από 11% σε 6,5%), που εφαρμόστηκε το 2011, η οποία μείωσε και τις τιμές των φαρμάκων. Παράλληλα, έχει τεθεί σε εφαρμογή ένας μηχανισμός τριμηνιαίων εκπτώσεων (αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες) που θα καταβάλλονταν από τη φαρμακοβιομηχανία σε περίπτωση που οι φαρμακευτικές δαπάνες υπερέβαιναν τα προσυμφωνημένα ανώτατα όρια.
- Η κυβέρνηση προώθησε τη μεγαλύτερη χρήση γενόσημων φαρμάκων και τη συνταγογράφηση ανά δραστική ουσία. Σήμερα, εφαρμόζεται μια πολιτική που ορίζει ότι η μέγιστη τιμή των γενόσημων φαρμάκων δεν μπορεί να οριστεί πάνω από το 60% των κανονικών φαρμάκων. Ένα άλλο σημαντικό μέτρο αύξησε τη χρήση γενόσημων φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία, στο πλαίσιο μιας πολιτικής σύμφωνα με την οποία το 50% των φαρμάκων που συνταγογραφούνται / χρησιμοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να ήταν γενόσημα. Κατά συνέπεια, η αύξηση στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων αναφέρθηκε από όλα σχεδόν τα νοσοκομεία, αντιπροσωπεύοντας το 26% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης στα δημόσια νοσοκομεία (ως αξία) το 2011.

- Οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιμετωπίστηκαν μέσω πιο αποτελεσματικών στρατηγικών αγορών από τα εθνικά νοσοκομεία υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των τιμών προμήθειας φαρμάκων κατά 20% μέσω της εφαρμογής των ανώτατων ορίων τιμών για τα εγκεκριμένα φάρμακα, τη διοργάνωση διαγωνισμών για την προμήθεια των φαρμακευτικών προϊόντων με βάση τη δραστική ουσία και την ανάπτυξη ενός (εκτεταμένου) καταλόγου νοσοκομειακών φαρμακευτικών ουσιών για τις οποίες η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών θα εξέδιδε ενιαίους διαγωνισμούς για συμβάσεις προμηθειών.
- Σε ένα μέτρο από την πλευρά της ζήτησης, έχουν αναπτυχθεί και εκδοθεί κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης για ιατρούς με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης.
- Η εφαρμογή ενός πανεθνικού συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένονταν να περιορίσει την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών, ιδιαίτερα του κόστους που σχετίζονταν με την υπερσυνταγογράφηση, καθώς το σύστημα παρακολουθούσε το πρότυπο συνταγογράφησης των γιατρών και τα πρότυπα χορήγησης των φαρμακείων. Η χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένονταν επίσης να χρησίμευε ως εργαλείο για την προώθηση της ευθυγράμμισης με τις κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης, την τεκμηρίωση του προφίλ φαρμάκων του πληθυσμού, την υποστήριξη της διαδικασίας εφαρμογής της αυτόματης περικοπής υπερβάσεων στις δαπάνες και τη βελτίωση της διαφάνειας διευκολύνοντας τη διαδικασία αξίωσης της συνταγογράφησης.

Συνολικά, οι μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες επιδιώκονταν κυρίως από μειώσεις τιμών, αυξημένες εκπτώσεις (αυτόματες περικοπές υπερβάσεων στις δαπάνες που επιβάλλονταν σε ιδιωτικά φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και για εξωτερικούς ασθενείς) και, σε κάποιο βαθμό, για τον έλεγχο του όγκου της κατανάλωσης (π.χ. μέσω μηχανισμών ελέγχου συνταγογράφησης και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης). Οι μειώσεις στα εξωτερικά

φαρμακευτικά έξοδα επιδιώκονταν όχι μόνο με μειώσεις τιμών αλλά και με την εισαγωγή καινοτόμων και πιο αποτελεσματικών τρόπων διανομής ακριβών φαρμάκων σε χρόνια πάσχοντες εξωτερικούς ασθενείς μέσω των δημόσιων φαρμακείων, όπου οι τιμές ήταν χαμηλότερες από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Από την άποψη αυτή, το ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών των ταμείων της κοινωνικής ασφάλισης της υγείας για φάρμακα που διανέμονταν μέσω δημόσιων φαρμακείων αυξήθηκε από 6,5% το 2009 σε περίπου 13% το 2011 (Vandoros, et al., 2013).

Κεφάλαιο 2^ο : Οι οργανισμοί, τα προγράμματα προσαρμογής, η πρόσβαση και οι δαπάνες της υγείας

2.1 Οι οργανισμοί, τα προγράμματα προσαρμογής και η πρόσβαση στην υγεία

Μέχρι το 2011, το ελληνικό σύστημα υγείας είχε δύο βασικά χαρακτηριστικά όπου ήταν ότι οι συνταγές και τα φάρμακα ήταν δωρεάν όπως επίσης και ότι δεν υπήρχε σύστημα ελέγχου, σύμφωνα με το οποίο οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα λειτουργούσαν ένα σύστημα παραπομπής σε γιατρούς της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Στην πραγματικότητα, η Ελλάδα ήταν μία από τις έξι ευρωπαϊκές χώρες όπου κάθε άτομο μπορούσε να απευθυνθεί απευθείας σε έναν ειδικό γιατρό (Polyzos, 2012).

Το πρώτο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής τον Μάιο του 2010, με το συνημμένο Μνημόνιο Συνεννόησης περιλάμβανε μέτρα για τον περιορισμό των μισθολογικών δαπανών και των ενδιάμεσων δαπανών της γενικής κυβέρνησης, τα οποία είχαν επιπτώσεις και στο σύστημα υγείας. Το 2010 οι μισθοί στον τομέα της δημόσιας υγείας μειώθηκαν δύο φορές, κατά 12 και 8%. Αρχής γενομένης από το 2011, μόνο ένας στους πέντε συνταξιούχους γιατρούς πρόκειται να αντικαθιστόνταν, αν και ο κανόνας δεν εφαρμόστηκε αυστηρά. Όσον αφορά συγκεκριμένα το σύστημα υγείας, το πρώτο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής επικεντρώθηκε σε μεταρρυθμίσεις διαχείρισης, λογιστικής και οργανωτικής λειτουργίας. Η συμφωνία περιελάμβανε τη μηχανογράφηση των λογαριασμών των νοσοκομείων και την εισαγωγή ηλεκτρονικών συνταγών, τη δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών, την υιοθέτηση της διπλής εγγραφής σε δεδουλευμένη βάση, την ενοποίηση της διοίκησης του νοσοκομείου, τη συγκέντρωση και τον εξορθολογισμό των προμηθειών και τη συγκέντρωση των δεδομένων στο Υπουργείο Υγείας. Είναι σημαντικό ότι εισήχθη επίσης η έννοια του διαχωρισμού των ταμείων υγείας από τη διαχείριση των συντάξεων. Αυτά τα μέτρα έγιναν σταδιακά πιο συγκεκριμένα μέσω των ενημερώσεων του Μνημονίου Συνεννόησης που ακολούθησαν. Για παράδειγμα, το 2010 η κυβέρνηση εισήγαγε ένα κόστος αποδοχής εξωτερικών ασθενών στα νοσοκομεία της τάξεως των 3 ευρώ, το οποίο αυξήθηκε σε 5 ευρώ το 2011, αν και

αργότερα καταργήθηκε για τις πιο ευάλωτες ομάδες. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών των μέτρων, και μετά από μια μικρή πτώση το 2010, το 2011 ήταν η πρώτη χρονιά των δραστικών περικοπών στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, κατά σχεδόν 20% σε πραγματικούς όρους (Liaropoulos, 2012).

Η κρίση έφερε μαζί της μια δραματική μείωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όμως, σε αντίθεση με τις ευρέως διαδεδομένες απόψεις, η ασφάλιση δεν ήταν ποτέ καθολική πριν από την κρίση, ούτε η παρακμή κατά τη διάρκεια της κρίσης ήταν αποτέλεσμα κάποιας συγκεκριμένης διάταξης των Μνημονίων Συνεννόησης. Πριν από την κρίση, η ασφάλιση ήταν συνάρτηση της απασχόλησης καθώς πολλά ταμεία ασφάλισης υγείας, που εξυπηρετούσαν διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, πρόσφεραν πολύ άνισα οφέλη σε σχέση με πολύ άνισες δαπάνες εισφορών. Ωστόσο, η έλλειψη καθολικής ασφάλισης δεν ήταν αμέσως σαφής μετά την έναρξη της κρίσης, επειδή τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία συνέχισαν να παρέχουν ασφάλιση σε άτομα που ήταν άνεργα για λιγότερο από δύο χρόνια (Fountoulakis, et al., 2012).

Καθώς η ανεργία έφτασε από το 9,6% το 2009 σε ένα υψηλό σημείο της τάξεως του 27,5% το 2013, στη συνέχεια μειώθηκε με αργό ρυθμό στο 23,6% το 2016, καθώς ο αριθμός των μακροχρόνια ανέργων αυξήθηκε δραματικά και το ίδιο αυξήθηκε και ο αριθμός των νοικοκυριών που έχασαν την ασφάλιση υγείας τους. Δεν υπάρχει επίσημη εκτίμηση για τον αριθμό των ανασφάλιστων ατόμων. Ο επικεφαλής του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) ανέφερε ότι ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων κυμαίνονταν στα 3 εκατομμύρια τον Σεπτέμβριο του 2013 και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανέφερε ότι ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων κυμαίνονταν στα 2 εκατομμύρια στις αρχές του 2016. Η μακροχρόνια ανεργία χρειάστηκε χρόνο για να μεγαλώσει, καθώς η συνέπεια των σχεδιαστικών ελαττωμάτων του συστήματος άρχισε να γίνεται σαφής μόνο την εποχή του δεύτερου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής. Ως αποτέλεσμα, η καθιέρωση καθολικής ασφάλισης έγινε ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους του δεύτερου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής του Μαρτίου 2012, που έθεσε την υιοθέτηση της νομοθεσίας ως προϋπόθεση για τις δαπάνες (Perotti, 2021).

Το πρώτο βήμα για την επίτευξη αυτού του στόχου είχε γίνει ήδη από τα τέλη του 2011, όπως προέβλεπε το πρώτο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής όπου τα τμήματα υγείας των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων είχαν συγχωνευθεί στον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), όπου αποτέλεσε τον δημόσιο οργανισμό φαρμακευτικών προϊόντων και νοσοκομειακών υπηρεσιών τόσο για τους δημόσιους όσο και τους ιδιωτικούς παρόχους, ενώ ο οργανισμός του ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) αποτέλεσε τον δημόσιο πάροχο υπηρεσιών υγείας. Αρχικά, όμως, στόχος του ΕΟΠΥΥ ήταν η εξίσωση των ποσοστών εισφορών και των πακέτων παροχών των μισθωτών που ανήκουν σε διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, και όχι για την κάλυψη των μακροχρόνια ανέργων (Fountoulakis & Theodorakis, 2014).

Εκείνη την εποχή, ο μόνος τρόπος για να διατηρήσει την πρόσβαση στις περισσότερες υπηρεσίες υγείας ένας μακροχρόνιος άνεργος, ήταν να αποκτήσει το «βιβλιάριο φτώχειας» (poverty booklet), που εισήχθη το 2006 για εκείνα τα νοικοκυριά με εισόδημα κάτω των 6.000 ευρώ. Όμως όσοι αυτοαπασχολούμενοι καθυστερούσαν τις εισφορές τους στα ασφαλιστικά τους ταμεία ή οι άτομα που εργάζονταν στην μαύρη αγορά ή οι άνεργοι που είχαν κάποια περιουσία στο όνομα τους (συμπεριλαμβανομένου του σπιτιού που έμεναν) δεν μπορούσαν να πάρουν το συγκεκριμένο βιβλιάριο. Δεν ήταν σαφές σε ποιο βαθμό ακριβώς οι ανασφάλιστοι χωρίς το βιβλιάριο έχαναν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς φάνηκε ότι το ΕΣΥ συνέχισε να παρέχει πρόσβαση μέσω εξωτερικών επισκέψεων και προγραμμάτων επείγουσας περίθαλψης και εμβολιασμού σε όλους τους κατοίκους. Η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στις νοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονταν κατά μεγάλο ποσοστό, κυρίως από τον ΕΣΥ (Fountoulakis, et al., 2012).

Τον Σεπτέμβριο του 2013 ένα «κουπόνι υγείας» πρόσφερε πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε άτομα που είχαν χάσει την ασφάλιση για τον εαυτό τους και τις οικογένειες τους. Όμως το κουπόνι είχε διάρκεια τεσσάρων μηνών και δεν μπορούσε να ανανεωθεί, όπως επίσης και ότι η απορρόφηση του φαίνεται επίσης να ήταν περιορισμένη. Μια δέσμευση για την καθιέρωση καθολικής ασφάλισης συμπεριλήφθηκε στην ενημέρωση του 2013 του Μνημονίου Συμφωνίας. Η πρώτη νομοθεσία ψηφίστηκε το 2014, αλλά εφαρμόστηκε πλήρως μόνο με το «Κοινωνικό

Νομοσχέδιο» του Φεβρουαρίου 2016. Αυτή τη στιγμή ο ΕΟΠΥΥ εκτιμάται ότι έχει ασφαλισμένο το 98% του ελληνικού πληθυσμού (Papadopoulos, et al., 2018).

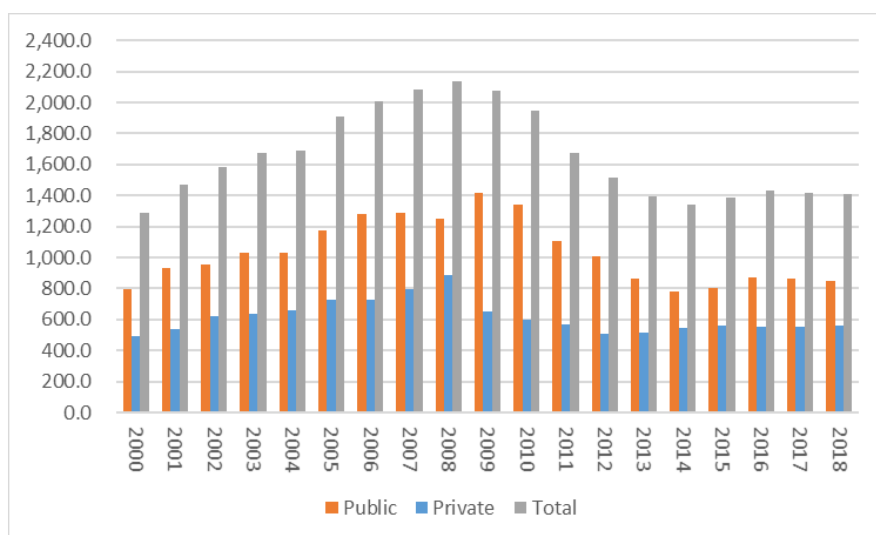
Το δεύτερο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής περιείχε επίσης δέσμευση για περιορισμό των δημόσιων δαπανών για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ. Το Μνημόνιο Συνεννόησης περιελάμβανε μια σειρά μέτρων, τα οποία συνέχιζαν σε μεγάλο βαθμό αυτά του πρώτου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής, τα οποία είχαν σοβαρά προβλήματα εφαρμογής. Το 2012 εισήχθη και ένα τέλος της τάξεως των 25 ευρώ για την εισαγωγή σε κρατικά νοσοκομεία, και τέθηκε σε ισχύ το 2014, αλλά σύντομα καταργήθηκε. Τον Ιανουάριο του 2013 εισήχθη ένα νέο σύστημα υπολογισμού των τυπικών δαπανών για τη θεραπεία στα νοσοκομεία του ΕΟΠΥΥ, των ασφαλιστικών εταιρειών και των ιδιωτών ασθενών. Ωστόσο, η αποτελεσματική εφαρμογή του φαίνεται να προχώρησε με αργό ρυθμό. Το δεύτερο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής εστίασε ιδιαίτερα στη δραστική μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, που αναγνωρίστηκε ως η πραγματική ακραία κατάσταση που υπήρχε στον ελληνικό τομέα υγείας (Karaniolos & Kentikelenis, 2016).

2.2 Οι δαπάνες υγείας

Η εικόνα 1, από τη βάση δεδομένων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ (OECD System of Health Accounts), δείχνει τη συμπεριφορά των συνολικών, κρατικών και ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών προϊόντων, στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2018, σε πραγματικά κατά κεφαλήν χρήματα, με το 2010 ως έτος βάσης. Σημειώθηκε επίσης ένα υψηλό επίπεδο ιδιωτικών δαπανών σε σχέση με τις κρατικές δαπάνες, έντονο χαρακτηριστικό των ελληνικών δεδομένων. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία κορυφώθηκαν το 2008 και μέχρι το 2014 είχαν μειωθεί κατά περίπου 40%, και έφτασαν στα επίπεδα του 2000. Η μείωση του 2009 οφείλονταν εξ ολοκλήρου στην απότομη πτώση των ιδιωτικών δαπανών, οι οποίες στη συνέχεια μειώθηκαν με πολύ βραδύτερους ρυθμούς, έως ότου σταθεροποιήθηκαν το 2014. Αφού αυξήθηκαν κατά 80% μεταξύ 2000 και 2009, οι κρατικές δαπάνες άρχισαν να μειώνονται σοβαρά το 2011, μετά την υπογραφή του Μνημονίου Συνεννόησης, και στη συνέχεια μειώθηκαν μέχρι το 2014 για να επιστρέψουν στα επίπεδα του 2000. Έτσι, κατά τη διάρκεια της

κρίσης το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες αυξήθηκε κατακόρυφα και παραμένει υψηλότερο μέχρι τις μέρες μας (Perotti, 2021).

Σχήμα 1 : Οι πραγματικές δαπάνες για την κατά κεφαλήν υγεία στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2018



Πηγή : OECD Health Expenditure Indicators database, 2020.

Οι κρατικές δαπάνες για την υγεία επλήγησαν επίσης πιο σοβαρά από σχεδόν οποιοδήποτε άλλο στοιχείο του κρατικού προϋπολογισμού. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει αρκετούς δείκτες των αποτελεσμάτων της δημοσιονομικής πολιτικής στην Ελλάδα μεταξύ 2000 και 2018. Το κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές πλεόνασμα ως ποσοστό του δυνητικού προϊόντος (σειρά 1) μειώθηκε δραματικά, κατά 15 ποσοστιαίες μονάδες, έως το 2009, όπου στη συνέχεια αυξήθηκε με σταθερό ρυθμό, κατά σχεδόν 23 ποσοστιαίες μονάδες, μέχρι το 2016, όπου και σταθεροποιήθηκε. Η κυκλικά προσαρμοσμένη πρωτογενής δαπάνη ως μερίδιο της δυνητικής παραγωγής (σειρά 2) παρουσίασε παρόμοια μεταβολή δηλαδή αυξήθηκε κατά περίπου 14 ποσοστιαίες μονάδες την πρώτη υποπερίοδο και μειώθηκε κατά παρόμοιο ποσό στη

δεύτερη υποπερίοδο. Επειδή η Ελλάδα γνώρισε τεράστια ύφεση, οι μη κυκλικά προσαρμοσμένες πρωτογενείς δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσίασαν μια διαφορετική εικόνα (σειρά 3) δηλαδή παρουσιάστηκε μείωση στη δεύτερη περίοδο κατά τρεις ποσοστιαίες μονάδες (Perotti, 2021).

Πίνακας 1 : Οι δείκτες δημοσιονομικής πολιτικής στην Ελλάδα, 2000-2018 για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2018

	2000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές ισοζύγιο ως ποσοστό του δυνητικού ΑΕΠ	2.8	-12.5	-5.2	0.9	3.3	-0.3	7.0	4.9	10.1
Κυκλικά προσαρμοσμένες πρωτογενείς δαπάνες ως ποσοστό του δυνητικού ΑΕΠ	36.3	49.9	43.9	40.1	40.7	45.1	37.2	39.9	37.4
Πρωτογενείς δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ	36.6	47.7	44.2	44.2	47.9	54.2	44.0	47.2	44.1

Πηγή : OECD Economic Outlook database, 2020.

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τις αλλαγές στις δύο υποπεριόδους 2000-2009 και 2009-2018, τόσο σε όγκο όσο και ως μερίδιο του ΑΕΠ, των συνολικών πρωτογενών δαπανών, των δύο κύριων συνιστωσών της (δαπανών τελικής κατανάλωσης και παροχές κοινωνικής ασφάλισης) και των δαπανών για την υγεία, τόσο τρέχουσες όσο και συνολικές (οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία εμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό στην τελική συνιστώσα κατανάλωσης). Το 2018 οι πρωτογενείς δαπάνες ήταν υψηλότερες από ότι το 2000, τόσο σε όγκο όσο και ως μερίδιο του ΑΕΠ όπου το ίδιο ισχύει και για τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης. Αντίθετα, τόσο σε όγκο όσο και ως μερίδιο των δαπανών για την υγεία στο ΑΕΠ ήταν περίπου πίσω στο επίπεδο του 2000. Σε ποσοστιαία βάση, οι δαπάνες για την υγεία στη δεύτερη υποπερίοδο μειώθηκαν κατά περισσότερο από 40%, πολύ περισσότερο από τις άλλες δύο συνιστώσες (Perotti, 2021).

Πίνακας 2 : Οι πρωτογενείς δαπάνες και οι κύριες συνιστώσες τους στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2018

	Μερίδιο του ΑΕΠ το 2009	Ποσοστιαία μεταβολή κατ' όγκο από το 2000 έως το 2009	Ποσοστιαία μεταβολή κατ' όγκο από το 2009 έως το 2018	Μεταβολή στο μερίδιο του ΑΕΠ από το 2000 έως το 2009	Μεταβολή στο μερίδιο του ΑΕΠ από το 2009 έως το 2018
Πρωτογενείς δαπάνες της γενικής κυβέρνησης	49.0	40.0	-32.0	9.5	-5.2
Κρατικές δαπάνες τελικής κατανάλωσης	23.3	34.9	-24.5	5.0	-4.0
Επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης που καταβλήθηκαν από το κράτος	17.5	85.3	-17.5	5.2	1.2
Τρέχουσες κρατικές δαπάνες για την υγεία	6.5	84.2	-42.1	2.0	-1.7
Συνολικές κρατικές δαπάνες για την υγεία	6.8	53.7	-40.0	1.2	-1.5

Πηγή : OECD Economic Outlook database, 2020.

Ο πίνακας 3 δείχνει τη λειτουργική κατανομή των πρωτογενών δαπανών. Οι ποσοστιαίες αλλαγές αναφέρονται στις τρέχουσες τιμές, καθώς δεν διατίθενται συγκεκριμένοι αποπληθωριστές για τα μεμονωμένα στοιχεία. Οι λειτουργικές κατηγορίες παρουσιάζονται με φθίνουσα σειρά των μεριδίων τους στο ΑΕΠ το 2009 (πρώτη στήλη). Εκείνο το έτος οι δαπάνες για την υγεία ήταν περίπου το ένα τρίτο του μεγέθους των δαπανών κοινωνικής προστασίας, αλλά έως το 2017 μειώθηκαν κατά 42%, διπλάσια μεταβολή από τη μείωση των δαπανών κοινωνικής προστασίας (το μεγαλύτερο μέρος των οποίων ήταν δαπάνες για συντάξεις). Αντιπροσώπευε σχεδόν το 20% της συνολικής μείωσης των πρωτογενών δαπανών, παρά το γεγονός ότι αντιπροσώπευε μόνο το 7% περίπου των συνολικών πρωτογενών δαπανών το 2009 (Perotti, 2021).

Πίνακας 3 : Η λειτουργική αποσύνθεση των πρωτογενών δαπανών στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2017

	Μερίδιο του ΑΕΠ το 2009	Μεταβολή στο μερίδιο του ΑΕΠ, από το 2000 έως το 2009	Μεταβολή στο μερίδιο του ΑΕΠ, από το 2009 έως το 2017	Ποσοστιαία ονομαστική μεταβολή από το 2000 έως το 2009	Ποσοστιαία ονομαστική μεταβολή από το 2009 έως το 2017	Μερίδιο μεταβολής πρωτογενού ύψους δαπάνης από το 2000 έως το 2009	Μερίδιο μεταβολής πρωτογενού ύψους δαπάνης από το 2009 έως το 2017
Συνολικές πρωτογενείς δαπάνες	49.0	9.5	-3.2	92.8	-30.7	100.0	-100.0
Κοινωνική προστασία	18.6	5.1	0.8	114.4	-21.0	42.1	-25.3
Συντάξεις	16.1	4.3	1.3	112.3	-18.2	36.2	-18.9
Γενικές δημόσιες υπηρεσίες	7.0	1.9	-1.8	109.3	-43.4	15.6	-19.8
Υγεία	6.8	1.2	-1.5	69.1	-41.6	11.8	-18.3
Οικονομικές υποθέσεις	5.4	-1.2	-1.8	56.2	-49.2	8.2	-17.2
Εκπαίδευση	4.1	0.3	-0.2	73.8	-28.8	7.4	-7.7
Άμυνα	3.3	0.9	-0.8	100.2	-43.0	7.0	-9.2
Δημόσια τάξη και ασφάλεια	1.8	0.7	0.3	86.8	-10.3	3.5	-1.2
Περιβαλλοντική προστασία	0.9	0.4	0.5	202.9	15.5	2.5	0.9
Αναψυχή και πολιτισμός	0.7	0.2	0.0	84.3	-18.9	1.3	-0.8
Στέγαση	0.4	0.0	-0.2	45.4	-62.6	0.5	-1.5

Πηγή : OECD General Government Expenditure by Function database, 2020.

Η μείωση των δαπανών της ελληνικής κυβέρνησης για την υγεία μετά το 2009 ήταν αξιοσημείωτη με κάθε πρότυπο και απaráμιλλη σε οποιαδήποτε άλλη δημοσιονομική εξυγίανση στη μεταπολεμική Ευρώπη. Ο πίνακας 4 δείχνει τις αλλαγές στις κατά κεφαλήν κρατικές δαπάνες για την υγεία κατά τις μεγάλες δημοσιονομικές εξυγιάνσεις στις ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο 1975-2017. Οι «μεγάλες» ενοποιήσεις ορίζονται ως οι αυξήσεις στο κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές

πλεόνασμα ως μερίδιο του δυνητικού ΑΕΠ κατά τουλάχιστον 4 ποσοστιαίες μονάδες σε τέσσερα χρόνια ή περισσότερο από αυτό σε μεγαλύτερες χρονικές περιόδους (Perotti, 2021).

Πίνακας 4 : Οι δαπάνες για την υγεία κατά τις μεγάλες παγιώσεις για το χρονικό διάστημα μεταξύ 1975 έως 2017

	Μεταβολή στο κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές πλεόνασμα ως μερίδιο της δυνητικής παραγωγής	Ποσοστιαία μεταβολή στις συνολικές δαπάνες υγείας κατ' όγκο	Ποσοστιαία μεταβολή στις κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία κατ' όγκο
Βέλγιο	9.3	20.6	-
Τσεχία	5.6	5.0	5.5
Δανία	12.0	6.4	2.8
Εσθονία	9.7	-3.8	-4.6
Φιλανδία	8.9	21.3	16.5
Γερμανία	4.8	3.7	2.0
Ελλάδα	13.9	41.6	35.5
Ουγγαρία	14.7	-11.5	-18.1
Ισλανδία	33.5	-2.2	-3.5
Ιρλανδία	12.9	5.1	-5.3
Ιταλία	9.8	19.4	6.2
Λετονία	9.1	-7.4	-7.4
Λιθουανία	4.5	-8.5	-7.9
Ολλανδία	4.6	8.1	17.4
Νορβηγία	7.5	49.8	45.1
Πορτογαλία	10.2	32.2	10.4
Σλοβενία	10.9	3.9	4.4
Ισπανία	6.4	19.2	11.6
Σουηδία	4.4	4.5	4.6
Ηνωμένο Βασίλειο	4.6	7.8	5.5
Μέσος όρος	10.6	8.5	4.1

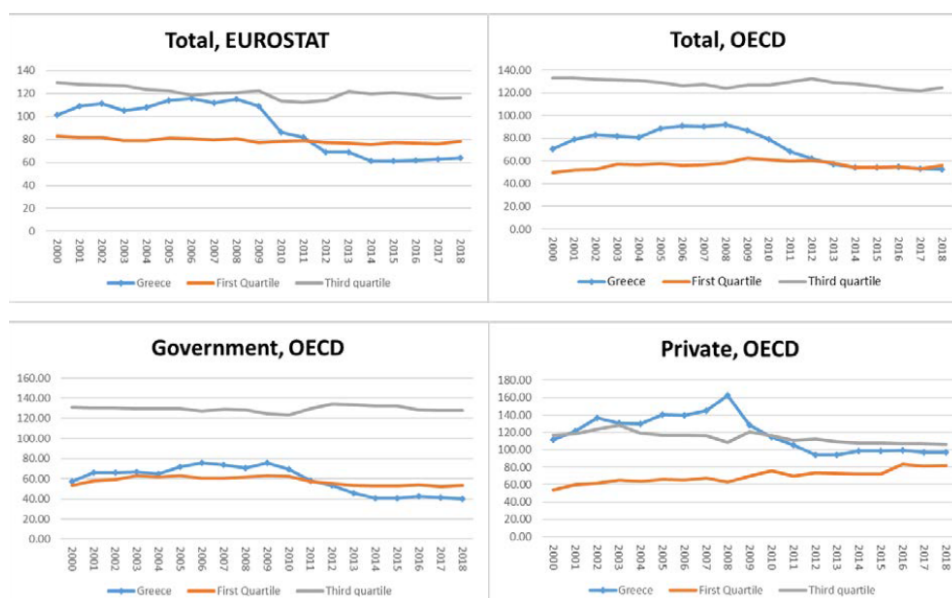
Πηγή : OECD Economic Outlook database, 2020.

Η μείωση κατά 40% στις πραγματικές κρατικές δαπάνες για την υγεία κατά την ελληνική παγίωση του χρονικού διαστήματος μεταξύ 2010 έως 2016 ήταν μακράν η μεγαλύτερη μείωση που καταγράφηκε. Η δεύτερη μεγαλύτερη μείωση ήταν στην Ουγγαρία το χρονικό διάστημα μεταξύ 2006 έως 2012 όπου ήταν κατά 18%. Ωστόσο, οι περισσότερες χώρες κατάφεραν να αποφύγουν οποιαδήποτε μείωση των δαπανών για την υγεία κατά τη διάρκεια αυτών των παγιώσεων. Στην πραγματικότητα, ενώ κατά μέσο όρο το κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές πλεόνασμα αυξήθηκε κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ, οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 8% και οι κρατικές δαπάνες για την υγεία κατά 4%. Έτσι, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα επλήγησαν δραματικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Ωστόσο, δεδομένου ότι είχαν επίσης αυξηθεί τόσο πολύ πριν από την κρίση, είναι σημαντικό να αναρωτηθούμε εάν το 2009 οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ήταν κατά κάποιο τρόπο αφύσικες για τα διεθνή πρότυπα (Vrachnis, et al., 2014).

Τα παρακάτω διαγράμματα (εικόνα 2) εμφανίζουν τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, προσαρμοσμένες για την ισοδυναμία της αγοραστικής δύναμης, σε σχέση με τον μέσο όρο ενός συνόλου 26 ευρωπαϊκών χωρών (όπως είναι γνωστό, οι συγκρίσεις ως προς τις προσαρμοσμένες τιμές της ισοδυναμία της αγοραστικής δύναμης έχουν νόημα σε διασταυρούμενες ενότητες και όχι σε χρονοσειρές). Αποδεικνύεται ότι η σχετική θέση της Ελλάδας εξαρτήθηκε εν μέρει από την ομάδα αναφοράς που χρησιμοποιήθηκε για την κατασκευή του δείκτη της ισοδυναμίας της αγοραστικής δύναμης. Το πρώτο διάγραμμα εμφανίζει τις σχετικές δαπάνες υγείας σε ευρώ (ισοδυναμίας της αγοραστικής δύναμης), με την Ευρωπαϊκή Ένωση ως ομάδα αναφοράς, από τη Eurostat. Το δεύτερο διάγραμμα παρουσιάζει τις σχετικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σε δολάρια (ισοδυναμίας της αγοραστικής δύναμης), αλλά στην συγκεκριμένη περίπτωση η ομάδα αναφοράς αποτελείται από τις χώρες του ΟΟΣΑ. Στην πρώτη περίπτωση, μέχρι το 2009, η κατά κεφαλήν δαπάνη της Ελλάδας για την υγεία σε ευρώ (ισοδυναμίας της αγοραστικής δύναμης), ήταν περίπου 20% υψηλότερη από τον μέσο όρο 26 χωρών του δείγματος («ευρωπαϊκός μέσος όρος») και πάνω από το τρίτο τεταρτημόριο. Κατά το 2008 (έτος κορύφωσης), η κατά κεφαλήν δαπάνη ήταν 15% υψηλότερη από ότι στην Ιρλανδία, 20% υψηλότερη από ότι στην Ιταλία, 25% υψηλότερη από ότι στην Ισπανία και 30% υψηλότερη από ότι στην Πορτογαλία. Ήταν επίσης, πάνω από τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στη Φινλανδία και

τη Σουηδία. Στη δεύτερη περίπτωση, οι σχετικές δαπάνες της Ελλάδας αυξήθηκαν μέχρι το 2008, αλλά ακόμη και το 2008 (έτος κορύφωσης) ήταν κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ωστόσο, στην πρώτη περίπτωση η πτώση που ξεκινά το 2009 ήταν πολύ πιο δραματική, όπου σε μόλις πέντε χρόνια το ποσοστό της Ελλάδας έφτασε από το 120% στο 60% του ευρωπαϊκού μέσου όρου και βρισκόνταν πολύ κάτω από το πρώτο τεταρτημόριο. Το 2014 μόνο η Κύπρος και η Λετονία είχαν χαμηλότερες δαπάνες για την υγεία. Στη δεύτερη περίπτωση το ποσοστό της Ελλάδας έφτασε από το 95% στο 60% του ευρωπαϊκού μέσου όρου, που συμπίπτει με το πρώτο τεταρτημόριο (Perotti, 2021).

Σχήμα 2 : Οι δαπάνες υγείας σε μονάδες ισοδυναμίας αγοραστικής δύναμης



Πηγή : OECD Health Expenditure Indicators, 2020.

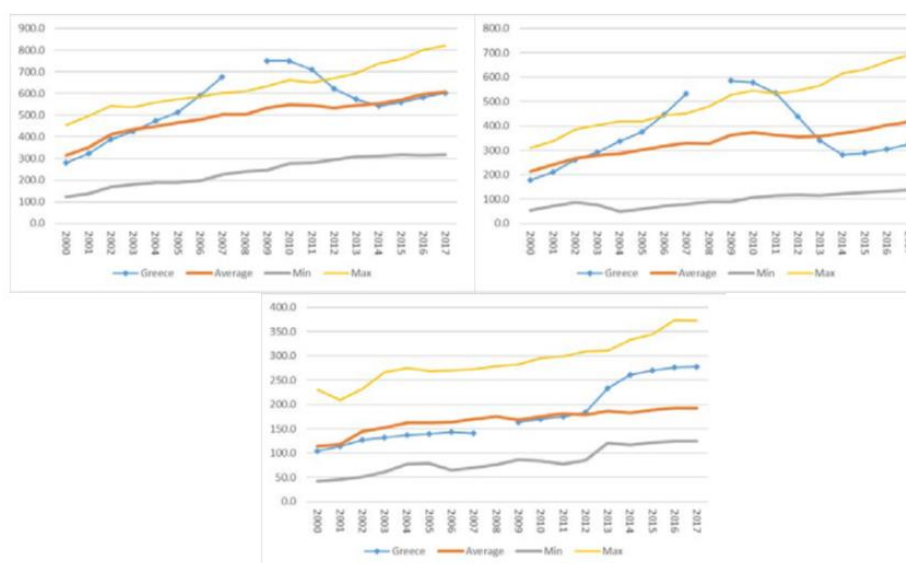
Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ επιτρέπουν επίσης τη σύγκριση των κρατικών και ιδιωτικών δαπανών χωριστά. Οι κρατικές δαπάνες στην Ελλάδα ήταν πάντα κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και πιο κοντά στο πρώτο τεταρτημόριο. Μετά το 2009 έπεσε από το 80% στο 40% του ευρωπαϊκού μέσου όρου, υψηλότερο μόνο από ότι στη Λετονία. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν οι τέταρτες υψηλότερες και έπεσαν λίγο κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο με την κρίση. Έτσι, δεν υπάρχει αμφιβολία

ότι, σε μια ήδη άνευ προηγουμένου δημοσιονομική εξυγίανση, ο τομέας της υγείας επλήγη ιδιαίτερα (Kentikelenis, et al., 2014).

Κεφάλαιο 3^ο : Οι φαρμακευτικές δαπάνες

Όπως παρατηρήθηκε, οι κατά κεφαλήν συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα σε όρους ισοτιμίας της αγοραστικής δύναμης ήταν κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο ακόμη και στο αποκορύφωμά τους το 2009. Η εικόνα 3 εμφανίζει (δεξιά) τις κατά κεφαλήν συνολικές, δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα σε δολάρια (τρέχουσα ισοδυναμία της αγοραστικής δύναμης). Η Ελλάδα ξεκινά την τρίτη χιλιετία με συνολικές και κρατικές δαπάνες για φάρμακα κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αλλά μέχρι το 2009 έχει τις υψηλότερες συνολικές και κρατικές δαπάνες, 40% και 60% πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αντίστοιχα και οι ιδιωτικές δαπάνες είναι ακριβώς στο μέσο όρο (Perotti, 2021).

Σχήμα 3 : Οι κατά κεφαλή δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2017 σε δολάρια (τρέχουσα ισοδυναμία της αγοραστικής δύναμης)

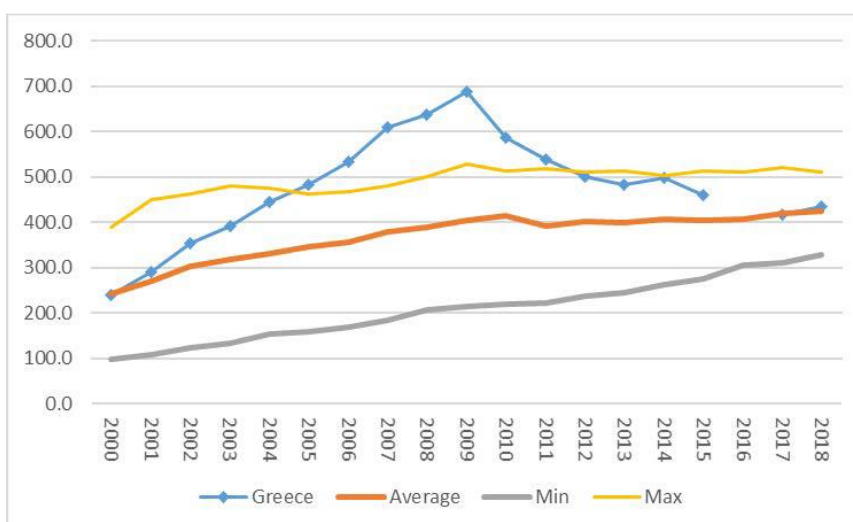


Πηγή : OECD Health Expenditure Indicators, 2020.

Μια εναλλακτική προσέγγιση συνίσταται στην εξέταση των πωλήσεων από φαρμακευτικές εταιρείες σε νοσοκομεία, χονδρεμπόρους και φαρμακεία (επομένως,

οι πωλήσεις είναι μεγαλύτερες από τις συνολικές δαπάνες). Η εικόνα 4 δείχνει τις κατά κεφαλήν χρονοσειρές, σε δολάρια (τρέχουσα ισοδυναμία της αγοραστικής δύναμης), από το σύνολο δεδομένων της φαρμακευτικής αγοράς του ΟΟΣΑ. Επειδή οι τιμές των φαρμάκων έτειναν να είναι χαμηλότερες στην Ελλάδα καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της περιόδου, υπήρξε κίνητρο για επανεξαγωγή φαρμάκων, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Γερμανία. Έρευνες που έγιναν εκτίμησαν το μέγεθος των παράλληλων εξαγωγών στην Ελλάδα το 2002 σε περίπου 20% της συνολικής ελληνικής αγοράς. Καθώς οι σχετικές τιμές αυξάνονταν, αυτό το μερίδιο πιθανώς μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου, και αυξήθηκε εκ νέου όταν η κυβέρνηση επέβαλε ανώτατα όρια τιμών στα φαρμακεία, για να μειώσει τις δαπάνες για επιστροφές των φαρμακευτικών προϊόντων. Τον Φεβρουάριο του 2013, το ελληνικό υπουργείο Υγείας υπολόγισε ότι πάνω από το 25% των φαρμάκων που εισήχθησαν στην Ελλάδα στη συνέχεια επανεξιγήθησαν, όπου αυτό είχε ως αποτέλεσμα την απαγόρευση της επανεξαγωγής ορισμένων φαρμάκων που επιβλήθηκε το 2013. Έτσι, μειώθηκαν σε συντηρητικό βαθμό τα ελληνικά στοιχεία του ΟΟΣΑ κατά 20% για να ληφθούν υπόψη οι παράλληλες εξαγωγές (Perotti, 2021).

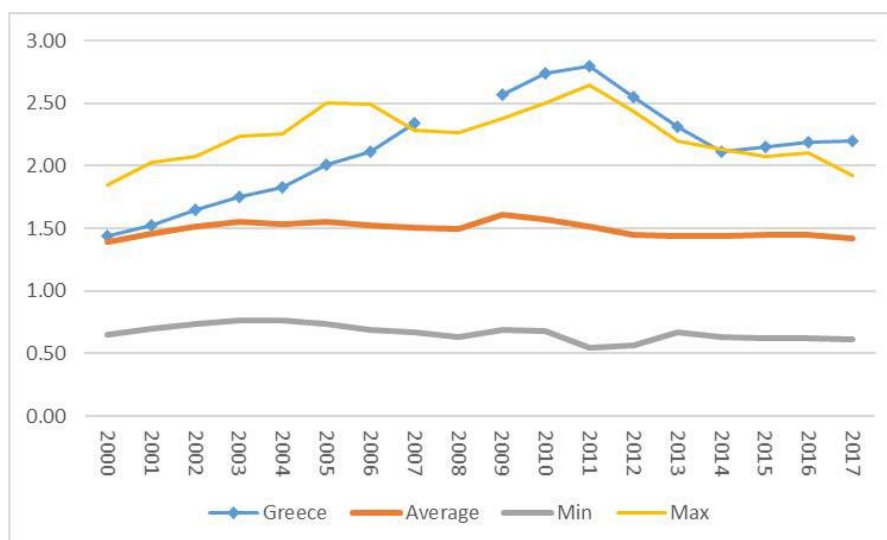
Σχήμα 4 : Οι κατά κεφαλή πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2018 σε δολάρια (τρέχουσα ισοτιμία της αγοραστικής δύναμης)



Πηγή : OECD Pharmaceutical market database, 2020.

Ακόμη και μετά τη μείωση αυτή, η εικόνα είναι σχεδόν ίδια με αυτή των δαπανών. Η Ελλάδα ξεκίνησε το 2000 με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και μέχρι το 2009 είχε μακράν τις μεγαλύτερες κατά κεφαλήν πωλήσεις. Οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν την ίδια εικόνα (εικόνα 5). Μεταξύ 2000 και 2011, οι φαρμακευτικές δαπάνες εμφανίζουν σημαντική αύξηση, από 1,5% σε 2,8% του ΑΕΠ, την υψηλότερη τιμή στην Ευρώπη και 80% πάνω από τον μέσο όρο του 1,5%. Οι κρατικές δαπάνες ήταν επίσης οι υψηλότερες στην Ευρώπη όπου ήταν 2,1% του ΑΕΠ έναντι 1%. Η κορύφωση των συνολικών (συμπεριλαμβανομένης των εσωτερικών) φαρμακευτικών δαπανών της Ελλάδας (δεν εμφανίζεται) σημειώθηκε νωρίτερα και συγκεκριμένα το 2009. Ήταν επίσης η υψηλότερη τιμή στην Ευρώπη και με ακόμη μεγαλύτερο περιθώριο όπου είχε ποσοστό 3,5% έναντι 2% κατά μέσο όρο. Ωστόσο, σε αυτήν την περίπτωση τα δεδομένα είναι διαθέσιμα μόνο για οκτώ χώρες και η ανάλυση των δημοσίων δαπανών έναντι των ιδιωτικών δεν είναι διαθέσιμη (Perotti, 2021).

Σχήμα 5 : Οι φαρμακευτικές δαπάνες των εξωτερικών ασθενών ως ποσοστό του ΑΕΠ για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2017



3.1 Οι παρεμβάσεις

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα ήταν ένας από τους κύριους στόχους του δεύτερου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής, όπου το Μνημόνιο Συνεννόησης του Νοεμβρίου 2012 έθεσε ορισμένα μέτρα σε αυτό το σημείο ως ρητή προϋπόθεση για την εκταμίευση. Κάθε αναθεώρηση του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής προσέθετε νέα μέτρα ή άλλαζε τα υπάρχοντα. Το Μνημόνιο Συνεννόησης καθόρισε την εξοικονόμηση 1 δισεκατομμυρίου ευρώ για το 2012 και εισήγαγε την πρόβλεψη του ετήσιου ανώτατου ορίου για τις κρατικές δαπάνες που σχετίζονταν με τα φαρμακευτικά προϊόντα για τα εξωτερικά ιατρεία, ξεκινώντας από 2,88 δισεκατομμύρια ευρώ το 2013, προκειμένου να φτάσει στον ευρωπαϊκό μέσο όρο περίπου 1% του ΑΕΠ έως το 2014 (1,3% για τις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες) (Kosmidis, 2021).

- Η αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες : Το Μνημόνιο Συνεννόησης του 2012 εισήγαγε ένα σύστημα αυτόματης περικοπής των υπερβάσεων για τις φαρμακευτικές δαπάνες. Εάν οι πραγματικές δαπάνες υπερέβαιναν το νομοθετημένο ετήσιο ανώτατο όριο, η διαφορά καλύπτονταν από τον ΕΟΠΥΥ από τις φαρμακευτικές εταιρείες σε διάστημα τριμήνου. Το 2016 η αυτόματη περικοπή υπερβάσεων επεκτάθηκε και στις ενδονοσοκομειακές φαρμακευτικές δαπάνες και το ανώτατο όριο δαπανών κάλυπτε πλέον τη συντριπτική πλειοψηφία των δαπανών του ΕΟΠΥΥ.
- Οι λίστες : Μετά την κατάργηση το 2006, εισήχθη εκ νέου ένας θετικός κατάλογος επιστρεπτών συνταγογραφούμενων φαρμάκων το 2011. Το Μνημόνιο Συνεννόησης όρισε να ενημερώνεται ο κατάλογος αυτός δύο φορές το χρόνο. Το 2012 εισήχθη ένας αποδεκτός κατάλογος μη επιστρεπτών συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ο οποίος περιείχε πολλά φάρμακα που προηγουμένως βρισκόνταν σε μη αποδεκτούς καταλόγους. Ένας τρίτος κατάλογος περιείχε φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή, όλα μη επιστρεπτέα.

Από το 2018, ο αποδεκτός κατάλογος αναθεωρήθηκε από την επιτροπή ΗΤΑ (Health Technology Assessment), όπου αποφάσισε και την εισαγωγή νέων φαρμάκων στον κατάλογο, με βάση επιστημονικά κριτήρια και κριτήρια κόστους/οφέλους.

- Τιμολόγηση εκ του εργοστασίου : Τον Νοέμβριο του 2012, ο ΦΠΑ στα φάρμακα μειώθηκε από 11% σε 6,5%. Από το 2010 υιοθετήθηκε ένα νέο σύστημα για την αναφορά της τιμολόγησης εκ του εργοστασίου των φαρμάκων στον αποδεκτό κατάλογο. Η τιμή των κατοχυρωμένων φαρμάκων ορίστηκε στο ελάχιστο του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών στην ΕΕ (μετά τον Μάρτιο του 2019 κατείχε τις τρεις χαμηλότερες τιμές στην Ευρωζώνη). Η τιμή των κατοχυρωμένων φαρμάκων ορίστηκε στο χαμηλότερο του 50% της τιμής κατά την περίοδο εντός της κατοχύρωσης ή του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών στην ΕΕ όπως και των φαρμάκων που δεν κατοχυρώνονται με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας (μετά τον Μάρτιο του 2019 τα ποσοστά ήταν ίδια με τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας, αλλά σε κάθε περίπτωση δεν ήταν χαμηλότερα από το Ημερήσιο Κόστος Θεραπείας). Η τιμή των γενόσημων φαρμάκων ορίστηκε στο 65% του φαρμάκου εκτός διπλώματος ευρεσιτεχνίας. Λήφθηκαν επίσης μέτρα για τη μείωση των περιθωρίων κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακείων.
- Επιστροφή χρημάτων και συμμετοχή : Επί του παρόντος, η επιστρεφόμενη τιμή υπολογίζονταν με βάση το κόστος των γενόσημων φαρμάκων που αντιπροσωπεύουν το 20% των πωλήσεων στην αγορά. Από την επιστρεφόμενη τιμή, ο ασθενής μπορούσε να κληθεί να πληρώσει μια μικρή συμμετοχή. Το 2011 η κυβέρνηση εισήγαγε μια συμμετοχή 10% στα φάρμακα για ορισμένες συνθήκες και την αύξησε από το 10% σε 25% για άλλες συνθήκες. Πρόσφατα η συμμετοχή περιορίστηκε στα 20 ευρώ και η νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2017 μείωσε ή κατέργησε τις συμπληρωματικές πληρωμές για άπορα άτομα. Εάν η τιμή λιανικής είναι υψηλότερη από την επιστρεφόμενη τιμή, συν της συμπληρωματικής πληρωμής, ο ασθενής καταβάλλει τη διαφορά μεταξύ της λιανικής και της επιστρεφόμενης τιμής εάν υπάρχει αντίστοιχο γενόσημο φάρμακο. Αν δεν υπάρχει αντίστοιχο γενόσημο

φάρμακο, μόνο η μισή διαφορά καταβάλλεται από τον ασθενή και την άλλη μισή την καταβάλλει ο παραγωγός.

- Συνταγές και ηλεκτρονικές συνταγές : Οι ηλεκτρονικές συνταγές έγιναν υποχρεωτικές το 2012, για την καλύτερη παρακολούθηση τους, μαζί με τα διεθνή πρωτόκολλα για τη χρήση των φαρμάκων με τη μεγαλύτερη οικονομική απόδοση. Αλλά η πραγματική πρόοδος ήταν αργή αφού από τον Απρίλιο του 2018 μόνο επτά πρωτόκολλα ήταν διαθέσιμα. Το 2014 η κυβέρνηση εισήγαγε ένα μηνιαίο όριο συνταγογράφησης για κάθε γιατρό, με βάση τις συνταγές του προηγούμενου έτους.
- Γενόσημα : Από το 2015 οι γιατροί έπρεπε να συνταγογραφούν ένα μηνιαίο ελάχιστο ποσοστό γενόσημων φαρμάκων (προηγούμενως αυτά τα ποσοστά ίσχυαν για μη κατοχυρωμένα φάρμακα). Πρόσφατα, εισήχθη ένας στόχος 60 γενόσημων συνταγών, σε όγκο. Ωστόσο, κανένα από αυτά δεν έχει εφαρμοστεί αυστηρά, και ως εκ τούτου το μερίδιο αγοράς των γενόσημων δεν έχει αυξηθεί πολύ.

3.2 Τα αποτελέσματα

Η σειρά 1 του πίνακα 5 εμφανίζει τις ονομαστικές κρατικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα της βάσης δεδομένων του ΟΟΣΑ, εξαιρουμένου της αυτόματης περικοπής υπερβάσεων στις δαπάνες, όπου άρχισε να μειώνεται σοβαρά το 2012, όταν πέτυχε την εξοικονόμηση του 1 δισεκατομμυρίου ευρώ που ορίστηκε στο Μνημόνιο Συνεννόησης. Η σειρά 2 δείχνει ότι πέτυχε επίσης τον στόχο του περίπου 1% του ΑΕΠ το 2014. Η σειρά 3 δείχνει ότι, σε σύγκριση με το 2011, μειώθηκε σχεδόν στο μισό ως ποσοστό των συνολικών πρωτογενών κρατικών δαπανών (Perotti, 2021).

Πίνακας 5 : Οι κρατικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα εξωτερικών ιατρούων για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Κρατικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα εξωτερικών ιατρείων, σε εκατομμύρια ευρώ	4,774	4,784	4,364	3,437	2,477	1,954	1,976	2,032	2,135
Ως μερίδιο του ΑΕΠ	2.01	2.12	2.11	1.80	1.37	1.09	1.12	1.15	1.19
Ως μερίδιο των πρωτογενών δαπανών	4.10	4.55	4.52	3.56	2.35	2.36	2.23	2.51	2.67
Κρατικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα εξωτερικών ασθενών, σε εκατομμύρια ευρώ				2,880	2,371	2,000	2,000	1,945	1,945
Αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες και εκπτώσεις, σε εκατομμύρια ευρώ				272	327	428	620	751	893
Συμμετοχές, σε εκατομμύρια ευρώ				416	543	622	602	648	617

Πηγή : OECD Health Expenditure Indicators database, 2020.

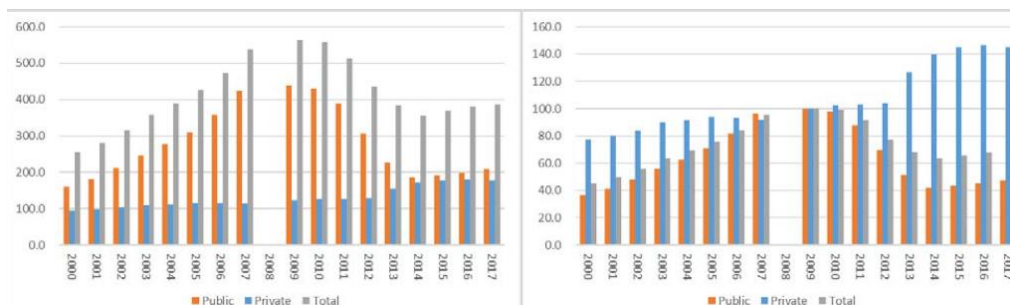
Το IOBE (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών) είναι μια εναλλακτική, εθνική πηγή για τις κρατικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα εξωτερικών ασθενών. Η εκτίμηση του εμφανίζεται στη σειρά 4 και είναι ίση με το ανώτατο όριο που νομοθετείται κάθε χρόνο (από το 2012 και μετά είναι πολύ κοντά στα στοιχεία της βάσης δεδομένων του ΟΟΣΑ). Η σειρά 5 εμφανίζει την αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες (μέχρι το 2017 σχεδόν το 50% του νομοθετημένου ανώτατου ορίου δαπανών). Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να σημειωθεί ότι μεταξύ 2012 και 2017 η μείωση του αθροίσματος των κρατικών δαπανών συν την αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες (το άθροισμα των σειρών 4 και 5) είναι πολύ λιγότερο απότομη από τα επίσημα νούμερα μόνο για τις κρατικές δαπάνες (10% έναντι 32%). Η σειρά 6 δείχνει μια εκτίμηση, από τον IOBE, των συνολικών επιστροφών χρημάτων (αυξάνονται κατά 50% μεταξύ 2012 και 2017 και πλέον είναι περίπου 60 ευρώ ανά κάτοικο, ή 240 ευρώ για ένα τετραμελές νοικοκυριό). Αυτή η εκτίμηση είναι συνεπής με άλλες εκτιμήσεις. Ωστόσο, οι πληρωμές των επιστροφών

χρημάτων είχαν αυξηθεί ακόμη και πριν από το 2012, αν και είναι δύσκολο να βρεθούν ακριβείς εκτιμήσεις. Οι Yfantopoulos, et al. (2016) ανέφεραν αύξηση της μέσης αμοιβής από 9% το 2009 σε 26% το 2015. Σύμφωνα με τον Economidou (2014) μεταξύ Φεβρουαρίου 2012 και 2013 το μέσο ποσοστό των συνολικών επιστροφών χρημάτων αυξήθηκε από 13,3% σε 18%. Παρατηρήθηκε ότι το 2009 η Ελλάδα ήταν σίγουρα σε μια ακραία θέση όσον αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η εικόνα 3 δείχνει ότι έως το 2014 οι δαπάνες για τα εξωτερικά ιατρεία επανήλθαν στον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η σύνθεση είχε αλλάξει, ωστόσο οι κρατικές δαπάνες ήταν πλέον κάτω από το μέσο όρο και οι ιδιωτικές δαπάνες πάνω από το μέσο όρο. Ειδικότερα, η μείωση των κρατικών δαπανών ήταν δραματική (από 160% του ευρωπαϊκού μέσου όρου στο 75%). Οι πωλήσεις είναι ανεξάρτητες από το πού ταξινομεί κανείς την αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες. Η εικόνα 4 δείχνει ότι υποχώρησε σταδιακά ο μέσος όρος. Ωστόσο, το 2017 η Ελλάδα εξακολουθούσε να είναι η δεύτερη χώρα σε δαπάνες μετά το Βέλγιο (Perotti, 2021).

3.3 Η διαθεσιμότητα και η κατανάλωση φαρμάκων

Ποιος ήταν όμως ο αντίκτυπος στη διαθεσιμότητα και την κατανάλωση φαρμάκων για τον ελληνικό λαό. Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, πρέπει να παρατηρηθούν τα μέτρα των όγκων. Αυτό περιλαμβάνει την εκτίμηση των δεικτών των τιμών για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Η εικόνα 6 δείχνει τις συνολικές, δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα σε πραγματικούς όρους, με έτος βάσης το 2010. Οι δύο πίνακες παρουσιάζουν τα ίδια δεδομένα σε διαφορετικές μορφές. Ο αριστερός πίνακας εμφανίζει τα δεδομένα του 2010 σε ευρώ ενώ ο δεξιός πίνακας παρουσιάζει και τις τρεις κατηγορίες ως ποσοστό με το 2009 να αποτελεί το έτος αιχμής. Οι όγκοι τόσο των συνολικών όσο και των δημοσίων δαπανών μειώθηκαν σημαντικά μεταξύ 2012 και 2014 και στη συνέχεια σταθεροποιήθηκαν στο 60% και 40% της φάσης του 2009, αντίστοιχα. Αυτό αντισταθμίζεται εν μέρει από μια αξιοσημείωτη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών το 2013 και το 2014, όπως φαίνεται ήδη στον πίνακα 5. Το 2009 οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν το ένα τέταρτο των κρατικών δαπανών όπου μέχρι το 2014 ήταν ίσες με τις κρατικές δαπάνες (Perotti, 2021).

Σχήμα 6 : Η κατά κεφαλήν εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη κατ' όγκο στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000 έως 2017



Πηγή : OECD Health Expenditure Indicators database, 2020.

Έτσι, το 2017 οι πραγματικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα εξωτερικών ασθενών ήταν περίπου ίσες με τις τιμές του 2004, αν και η συμβολή των ιδιωτικών δαπανών ήταν πολύ μεγαλύτερη. Ένας άλλος τρόπος για να παρατηρηθούν οι όγκοι είναι η εξέταση των πακέτων πωλήσεων. Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται στοιχεία από τον ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Ελλάδος), που αναφέρει το IOBE. Η μείωση του όγκου κατά τη διάρκεια της κρίσης ήταν λιγότερο απότομη από ότι στην Εικόνα 6 (περίπου 15% μεταξύ 2009 και 2012, και μέχρι το 2017 ο αριθμός των πακέτων που πωλήθηκαν ήταν ακριβώς στις τιμές του 2009). Αυτά τα δεδομένα, ωστόσο, πρέπει να λαμβάνονται με προσοχή, γιατί δεν υπάρχουν πληροφορίες για το μέσο μέγεθος των πακέτων (Perotti, 2021).

Πίνακας 6 : Οι πωλήσεις πακέτων σε εκατομμύρια

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Συνολικές πωλήσεις	566.5	562.6	521.2	478.7	479.3	485.5	497.8	562.2	547.2	562.1
Νοσοκομεία και ΕΟΠΥΥ	97.5	96.8	86.9	88.1	84.5	80.1	80.1	77.9	94.1	95.7
Φαρμακεία και χονδρέμποροι	469	465.8	434.3	390.6	394.8	405.4	417.7	484.3	453.1	466.4

Πηγή : IOBE, 2018.

Τελικά, για την εκτίμηση της διαθεσιμότητας θα πρέπει να παρατηρηθεί απευθείας η φαρμακευτική κατανάλωση των καθορισμένων ημερήσιων δοσολογιών των διαφόρων ανατομικών θεραπευτικών φαρμάκων. Τα δεδομένα για την Ελλάδα, από τη βάση δεδομένων Φαρμακευτικής Αγοράς του ΟΟΣΑ, σταματούν στο 2004 για να ξεκινήσουν εκ νέου το 2013, επομένως η σύγκριση με το 2009 δεν ήταν δυνατή. Επίσης, τα ελληνικά μεγέθη για το 2013 και μετά δεν είναι συγκρίσιμα με αυτά του 2004 και πριν. Ωστόσο, ο πίνακας 7 δείχνει ότι το 2013, ένα χρόνο πριν από την κατώτατη γραμμή των φαρμακευτικών δαπανών, η Ελλάδα είχε κατανάλωση άνω του μέσου όρου σε επτά από τις εννέα ανατομικές θεραπευτικές χημικές ομάδες. Μέχρι το 2017 η ελληνική κατανάλωση καθεμιάς από αυτές τις ομάδες είχε αυξηθεί, εκτός από δύο και η Ελλάδα εξακολουθούσε να έχει πάνω από τη μέση κατανάλωση σε οκτώ ομίλους ανατομικών θεραπευτικών χημικών ομάδων (Perotti, 2021).

Πίνακας 7 : Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική κατανάλωση για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2013 έως 2017

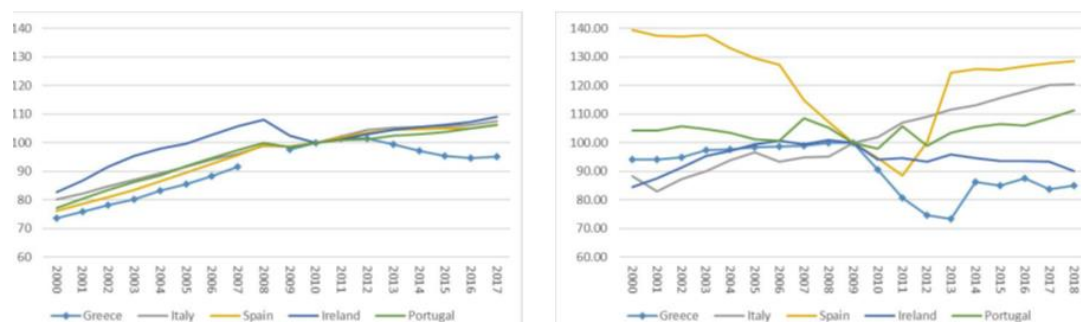
	Ελλάδα 2013	ΕΕ 2013	Μέγιστο 2013	Ελλάδα 2017	ΕΕ 2017	Μέγιστο 2017
Πεπτικό σύστημα και μεταβολισμός	255	212	396	291	233	468
Αίμα και όργανα που σχετίζονται με το αίμα	188	131	188	203	140	223
Καρδιαγγειακό σύστημα	587	525	669	615	544	696
Γεννητικό ουροποιητικό σύστημα και σεξουαλικές ορμόνες	110	52	65	100	52	58
Συστηματικά ορμονικά σκευάσματα	47	48	83	55	52	86
Αντιμολυσματικά για συστηματική χρήση	22	21	30	21	19	27
Μυοσκελετικό σύστημα	79	59	77	83	55	74
Νευρικό σύστημα	151	149	235	176	166	275
Αναπνευστικό σύστημα	22	26	43	26	28	49

Πηγή : OECD Pharmaceutical market database, 2020.

Ένας πιθανός λόγος για τον οποίο τα δεδομένα του ΟΟΣΑ φαίνεται να καταγράφουν μεγαλύτερη μείωση του όγκου των φαρμακευτικών προϊόντων μετά το 2009 από άλλες πηγές είναι ότι δεν φαίνεται να καταγράφουν πτώση στην τιμή των

φαρμακευτικών προϊόντων μετά το 2009. Στο αριστερό μέρος της εικόνας 7 παρουσιάζεται η συμπεριφορά του αποπληθωριστή των φαρμάκων των εξωτερικών ασθενών από το σύνολο δεδομένων της βάσης του ΟΟΣΑ, που χρησιμοποιείται για τον αποπληθωρισμό των ονομαστικών ποσοτήτων για να ληφθεί η εικόνα 6, στις πέντε χώρες που υπέστησαν τη βαθύτερη κρίση και τα μέτρα λιτότητας (Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία). Ο αποπληθωριστής υπολογίζεται ως ποσοστό σε όλες τις χώρες το 2009. Μετά το 2009 ο ελληνικός αποπληθωριστής υποχωρεί λιγότερο από 10%, ενώ αυξάνεται στις υπόλοιπες χώρες. Στο δεξί μέρος της εικόνας 7 εμφανίζεται ο δείκτης τιμών κατανάλωσης των φαρμακευτικών προϊόντων από τον εναρμονισμένο δείκτη τιμών καταναλωτή για τις ίδιες χώρες, όπου μειώνεται στην Ελλάδα μεταξύ 2009 και 2013 κατά σχεδόν 30%, ενώ αυξάνεται και πάλι στις άλλες χώρες εκτός από την Ιρλανδία (Perotti, 2021).

Σχήμα 7 : Ο έμμεσος αποπληθωριστής και ο εναρμονισμένος δείκτης τιμών καταναλωτή των εξωτερικών ιατρείων των φαρμακευτικών προϊόντων



Πηγή : OECD Health Expenditure Indicators database, 2020.

Υπάρχουν άλλοι λόγοι να θεωρείται ότι η πραγματική λιανική τιμή των φαρμακευτικών προϊόντων μειώθηκε μετά το 2012. Ο πίνακας 8 εμφανίζει τις τιμές των κατοχυρωμένων φαρμάκων, εκτός κατοχύρωσης και των γενόσημων φαρμάκων, στην Ελλάδα και την Ευρώπη, όπου το 2013 και το 2018 είναι τα μόνα έτη που είναι διαθέσιμα από τον IOBE. Η τιμή των μη κατοχυρωμένων και των γενόσημων φαρμάκων, μειώθηκε στην Ελλάδα αλλά όχι στην Ευρώπη, ενώ η τιμή των

κατοχυρωμένων φαρμάκων (με διείσδυση μόνο περίπου 10% στην Ελλάδα) αυξήθηκε στην Ευρώπη περισσότερο από ότι στην Ελλάδα. Ως αποτέλεσμα, η τιμή ενός σταθμισμένου μέσου όρου των φαρμακευτικών προϊόντων μειώθηκε στην Ελλάδα κατά περίπου 15% έναντι μιας μικρής αύξησης στην Ευρώπη (Maragaki, et al., 2019).

Πίνακας 8 : Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων για το χρονικό διάστημα μεταξύ 2013 έως 2018

	2018			2013			Ποσοστιαία μεταβολή		
	Κατοχύρωση	Μη κατοχύρωση	Γενόσημα	Κατοχύρωση	Μη κατοχύρωση	Γενόσημα	Κατοχύρωση	Μη κατοχύρωση	Γενόσημα
	Τιμές σε ευρώ			Τιμές σε ευρώ					
Ελλάδα	0.91	0.24	0.17	0.8	0.31	0.21	13.8	-22.6	-19.0
ΕΕ	2.05	0.31	0.13	1.59	0.30	0.13	28.9	3.30	0.0
	Διείσδυση			Διείσδυση					
Ελλάδα	9.3	34.2	33.7	11.6	61.8	11.6	-	-	-
ΕΕ	6.2	21	61	7.6	79.7	7.6	-	-	-
	Μέση τιμή σε ευρώ			Μέση τιμή σε ευρώ					
Ελλάδα	0.29			0.35			-16.06		
ΕΕ	0.31			0.30			3.70		

Πηγή : IOBE, 2020.

3.4 Τα γενόσημα και η μικροβιακή αντοχή

3.4.1 Τα γενόσημα

Η διείσδυση των γενόσημων στην Ελλάδα, όπως παρατηρήθηκε από τον πίνακα 8, είναι υπερεκτιμημένη σε σχέση με άλλες πηγές. Όπως παρατηρήθηκε, τα Μνημόνια Συνεννόησης περιείχαν αρκετές διατάξεις για την επέκταση της χρήσης των γενόσημων. Ο πίνακας 9 παρουσιάζει στοιχεία για τη χρήση γενόσημων στην αγορά των επιστρεφόμενων φαρμάκων, από τη βάση δεδομένων της Φαρμακευτικής Αγοράς του ΟΟΣΑ. Αυτά τα στοιχεία ξεκινούν το 2012, επομένως δεν είναι δυνατή η σύγκριση με την περίοδο πριν από την κρίση. Παρά τα πολυάριθμα μέτρα που έχουν ληφθεί, η διείσδυση των γενόσημων στην Ελλάδα απέχει ακόμη πολύ από την ΕΕ. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε όρους όγκου, υποδηλώνοντας ότι η σχετική τιμή των γενόσημων είναι υψηλότερη στην Ελλάδα από ότι στην Ευρώπη. Αυτό είναι συνεπές με τα στοιχεία του πίνακα 8. Ωστόσο, η ποσοστιαία αύξηση του μεριδίου όγκου των γενόσημων φαρμάκων ήταν σημαντικά υψηλότερη στην Ελλάδα από ότι στην Ευρώπη, σε σχέση με την αύξηση των μεριδίων αξίας, υποδηλώνοντας ότι η σχετική τιμή των γενόσημων έχει μειωθεί περισσότερο στην Ελλάδα κατά την συγκεκριμένη περίοδο σε σχέση με αυτή των κατοχυρωμένων φαρμάκων και των μη κατοχυρωμένων φαρμάκων μαζί, γεγονός που συνάδει και με τα στοιχεία του πίνακα 8 (Perotti, 2021).

Πίνακας 9 : Το μερίδιο γενόσημων στην αγορά των επιστρεφόμενων φαρμάκων

		2012	2017
Αξία	Ελλάδα	18.6	21.4
	ΕΕ	24.2	26.3
Όγκος	Ελλάδα	18.5	26.8
	ΕΕ	55.7	61.9

Πηγή : OECD Pharmaceutical market database, 2020.

3.4.2 Η μικροβιακή αντοχή

Ίσως δεν αποτελεί έκπληξη, δεδομένου του υψηλού επιπέδου δαπανών για φαρμακευτικά προϊόντα, ότι μέχρι το 2009 η Ελλάδα ήταν μακράν η ευρωπαϊκή χώρα

με το σοβαρότερο πρόβλημα μικροβιακής αντοχής. Για τους επτά μικροοργανισμούς μείζονος σημασίας για τη δημόσια υγεία που παρακολούθηθηκαν από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων, το 2009 ή το πρώτο διαθέσιμο έτος μετά το 2009, η Ελλάδα είχε αντοχή πάνω από το μέσο όρο σε όλες τις περιπτώσεις και μόνο σε 4 περιπτώσεις από το σύνολο των 96 πιθανών περιπτώσεων υπήρχε κάποια χώρα με μεγαλύτερη αντοχή (Beletsioti, et al., 2018).

Πίνακας 10 : Αντιμικροβιακή αντοχή

	Έτος	Χώρα	Αναλογία ανθεκτικών απομονώσεων	
Κλεμπσιέλλα της πνευμονίας, Συνδυασμένη αντοχή (κεφαλοσπορίνη τρίτης γενιάς, φθοριοκινολόνες και αμινογλυκοσίδη)	2009	Ελλάδα	52.5	0/18
		ΕΕ	11.6	
Ακινετοβακτήριο, Συνδυασμένη αντοχή (φθοροκινολόνες, αμινογλυκοσίδες και καρβαπενέμες)	2012	Ελλάδα	74.5	1/10
		ΕΕ	28.8	
Εσερίχια κόλλι, συνδυασμένη αντοχή (κεφαλοσπορίνη τρίτης γενιάς, φθοριοκινολόνες και αμινογλυκοσίδη)	2009	Ελλάδα	6.4	3/18
		ΕΕ	4.0	
Ψευδομονάδα η πυοκυανική, Συνδυασμένη αντοχή (πιπερακιλλίνη και ταζομπακτάμη, φθοριοκινολόνες, κεφταζιδίμη, αμινογλυκοσίδη και καρβαπενέμες)	2009	Ελλάδα	40.2	0/18
		ΕΕ	13.0	
Enterococcus faecium, υψηλού επιπέδου γενταμυκίνη	2009	Ελλάδα	63.1	0/16
		ΕΕ	51.7	
Enterococcus faecalis, υψηλού επιπέδου γενταμυκίνη	2009	Ελλάδα	61.2	0/16
		ΕΕ	36.7	

Κεφάλαιο 4^ο : Οι πόροι υγείας και οι εξετάσεις, οι έλεγχοι, οι επεμβάσεις και οι εμβολιασμοί

4.1 Οι πόροι υγείας

Όπως παρατηρήθηκε, στην αρχή της κρίσης οι συνολικές κρατικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα δεν ήταν πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ομοίως, δεν υπήρχαν εκ πρώτης όψεως στοιχεία για την πλεονάζουσα ικανότητα των ιδρυμάτων υγείας. Το 2009 η Ελλάδα είχε πυκνότητα κλινών ανά κάτοικο που ήταν περίπου 90% του ευρωπαϊκού μέσου όρου, τόσο συνολικά όσο και στα δημόσια νοσοκομεία (σειρές 1 και 2 του πίνακα 11). Η συνολική απασχόληση στα νοσοκομεία ήταν 70% του ευρωπαϊκού μέσου όρου (σειρά 3) (Perotti, 2021).

Πίνακας 11 : Οι πόροι του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη

	Χώρα	2009	2013	2017
Νοσοκομειακά κρεβάτια	Ελλάδα	493	424	421
	Ελλάδα/ΕΕ	0.91	0.83	0.86
Νοσοκομειακές κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία	Ελλάδα	343	277	274
	Ελλάδα/ΕΕ	0.95	0.89	0.94
Συνολική απασχόληση στο νοσοκομείο	Ελλάδα	1,031	921	914
	Ελλάδα/ΕΕ	0.69	0.62	0.61
Γιατροί στα νοσοκομεία	Ελλάδα	247	229	219
	Ελλάδα/ΕΕ	1.19	1.06	0.93
Γενικοί ιατροί	Ελλάδα	28	32	43
	Ελλάδα/ΕΕ	0.29	0.33	0.43
Ειδικό ιατροί	Ελλάδα	354	381	495
	Ελλάδα/ΕΕ	1.59	1.61	1.97

Πηγή : Eurostat databases, 2018.

Η σύνθεση της συνολικής απασχόλησης ωστόσο ήταν διαφορετική καθώς η Ελλάδα είχε 20% περισσότερους νοσοκομειακούς γιατρούς ανά κάτοικο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Μάλιστα, αυτός ο αριθμός κρύβει μια ακόμη πιο θεμελιώδη διαφορά με τις ευρωπαϊκές χώρες. Όπως παρατηρήθηκε, η Ελλάδα δεν διαθέτει ένα αποτελεσματικό

σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που να λειτουργεί ως φύλακας των ειδικών γιατρών της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ουσιαστικά, ένα άτομο που καλύπτεται από το εθνικό σύστημα υγείας (σχεδόν κάθε άτομο, καθώς το ποσοστό κάλυψης ήταν σχεδόν 100% μέχρι το 2011) μπορούσε να απευθυνθεί απευθείας στον ειδικό γιατρό της επιλογής του χωρίς επιπλέον έξοδα. Η συνέπεια αυτής της θεσμικής ρύθμισης είναι ξεκάθαρη από τα δεδομένα. Το 2009 η Ελλάδα είχε μόνο το 30% της πυκνότητας των γενικών γιατρών της μέσης ευρωπαϊκής χώρας, με τη χαμηλότερη πυκνότητα όλων, αλλά σχεδόν 60% περισσότερους ειδικούς γιατρούς, μακράν την υψηλότερη πυκνότητα απ' όλες τις χώρες. Δεν υπάρχουν διεθνώς συγκρίσιμα στοιχεία για την πυκνότητα των νοσηλευτών στα νοσοκομεία, αλλά η πυκνότητα των νοσηλευτών, μαιών, βοηθών υγειονομικής περίθαλψης και εργαζομένων προσωπικής φροντίδας στο σπίτι στην Ελλάδα το 2009 ήταν 30% της μέσης ευρωπαϊκής χώρας (Simou, et al., 2013).

Ο μεγάλος αριθμός ειδικών γιατρών συνδέθηκε φυσικά με την υψηλή πυκνότητα κεφαλαιουχικού εξοπλισμού υψηλής αξίας (HVCE). Από τους οκτώ τύπους εξοπλισμού που παρακολούθηθηκαν, το 2009 η Ελλάδα είχε πυκνότητα άνω του μέσου όρου στους τέσσερις τύπους εξοπλισμού (πίνακας 12), με δείκτες μέσου όρου που κυμάνθηκαν από 142% σε αξονικούς τομογράφους έως 202% στους μαστογράφους. Ήταν κάτω από το μέσο όρο στους δύο τύπους εξοπλισμού που χρησιμοποιούνταν για τη θεραπεία σε αντίθεση με τη διάγνωση (εξοπλισμός ακτινοθεραπείας και λιθοτριπτικά). Δεδομένα για το κεφαλαιουχικό εξοπλισμό υψηλής αξίας δεν συλλέχθηκαν συστηματικά στην Ελλάδα, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα του πίνακα 12, από τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ, συνάδουν με αυτά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2018), που μετά το 2009 χρησιμοποιήθηκε διαφορετική πηγή, αυτή της Ελληνικής Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας ΕΕΑΕ. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι ο κεφαλαιουχικός εξοπλισμός υψηλής αξίας κυριαρχούνταν σε μεγάλο βαθμό από τον ιδιωτικό τομέα, εκτός από τον εξοπλισμό ακτινοθεραπείας (Perotti, 2021).

Πίνακας 12 : Ο κεφαλαιακός εξοπλισμός υψηλής αξίας το 2009, το 2013 και το 2017 ανά 100.000 κατοίκους

	2009	2013	2017	2009	2013	2017
	Σαρωτές Υπολογιστικής Τομογραφίας			Μονάδες MRI		
Ελλάδα	3.12	3.37	3.42	2.21	2.21	2.65
ΕΕ	1.42	1.42	1.35	1.49	1.27	1.27
	Κάμερες γάμμα			Αγγειογραφικές μονάδες		
Ελλάδα	1.36	1.44	1.26	0.97	1.09	-
ΕΕ	1.64	1.87	1.69	0.94	1.02	-
	Λιθοτριπτικά			Σαρωτές PET		
Ελλάδα	0.20	0.18	-	0.04	0.05	0.11
ΕΕ	0.61	0.58	-	0.30	0.28	0.49
	Εξοπλισμός ακτινοθεραπείας			Μαστογράφοι		
Ελλάδα	0.58	0.60	0.63	4.92	5.59	5.65
ΕΕ	0.80	0.93	0.90	2.02	2.43	2.50

Πηγή : Eurostat Healthcare database, 2018.

Με την κρίση η πυκνότητα των νοσοκομειακών κλινών στα δημόσια νοσοκομεία μειώθηκε κατά 5 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αλλά το 2017 επέστρεψε στο προ κρίσης επίπεδο (σειρά 1 του πίνακα 11). Το 2011, η ελληνική κυβέρνηση, ακολουθώντας τις ρήτρες του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής, επέβαλε σχεδόν πάγωμα στις νέες προσλήψεις του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία, περιορίζοντας την αντικατάσταση των συνταξιούχων γιατρών στο 20%. Το μέτρο δεν εφαρμόστηκε αυστηρά, ωστόσο τα αποτελέσματα του φαίνονται στον πίνακα 11 (τόσο η συνολική απασχόληση στα νοσοκομεία όσο και ιδιαίτερα η απασχόληση των ιατρών μειώθηκε απότομα, και το 2017 η τελευταία ήταν πλέον κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο). Στην πραγματικότητα, στο κατώτατο σημείο του 2015 ο απόλυτος αριθμός της απασχόλησης στα νοσοκομεία είχε μειωθεί κατά σχεδόν 20.000 μονάδες ή 17%, κάτω από το επίπεδο στις αρχές του αιώνα. Αν και μεγάλος, αυτός ο αριθμός έρχεται σε αντίθεση με τις ευρέως διαδεδομένες δηλώσεις εκείνη την εποχή, όπως ότι ο προϋπολογισμός λιτότητας της κυβέρνησης έκοψε τις θέσεις εργασίας 35.000 κλινικών γιατρών, γενικών γιατρών και εργαζομένων στη δημόσια υγεία (Perotti, 2021).

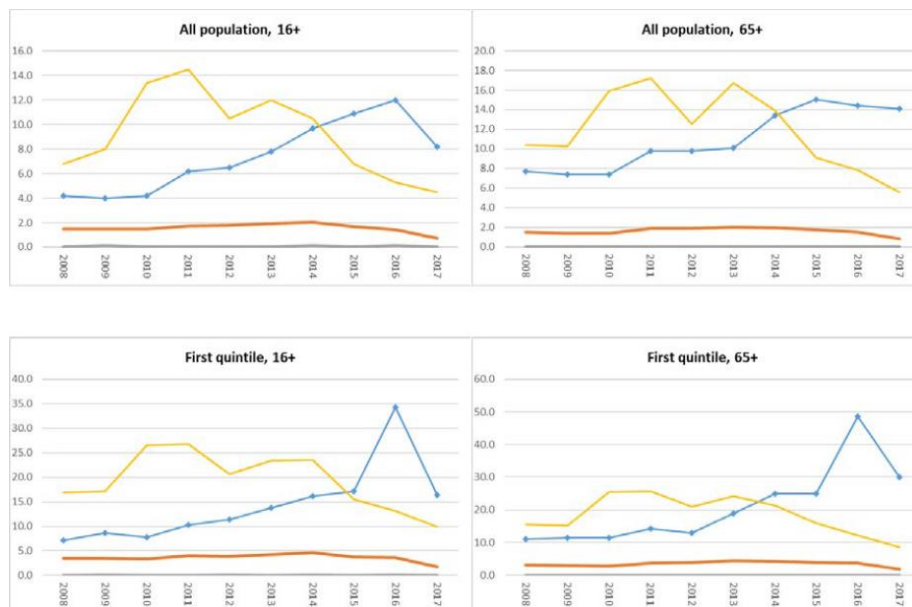
Ωστόσο, η πυκνότητα τόσο των γενικών όσο και των ειδικών ιατρών αυξήθηκε περαιτέρω, τόσο σε απόλυτες τιμές (κατά 50% και 40% αντίστοιχα [σειρές 5 και 6]) όσο και σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Επίσης, η πυκνότητα του

ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (πίνακας 12) ήταν μεγαλύτερη, με μία μόνο εξαίρεση, τόσο το 2013 όσο και το 2017 σε σχέση με το 2009. Οι τρεις εξαιρέσεις, ίσχυαν και σε σχέση με την Ευρώπη. Ωστόσο, η σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο διαχρονικά πρέπει να ληφθεί με προσοχή, καθώς σε πολλές χώρες λείπουν τα δεδομένα του 2017, αλλά όχι για τα άλλα χρόνια, ή το αντίστροφο (Perotti, 2021).

4.2 Οι εξετάσεις, οι έλεγχοι, οι επεμβάσεις και οι εμβολιασμοί

Όπως φαίνεται στην εικόνα 8, παρά το γεγονός ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ήταν σχεδόν δωρεάν μέχρι την κρίση, το ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που δήλωσε ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις για οικονομικούς λόγους (μακράν το πιο σημαντικό κίνητρο για ανεκπλήρωτες ανάγκες) ήταν πάνω από το μέσο όρο πριν την κρίση. Αυτό το μερίδιο αυξήθηκε σταθερά από το 2011 και μέχρι το 2016 ήταν σχεδόν διπλάσιο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αν και το 2017 μειώθηκε κατά 50% (Perotti, 2021).

Σχήμα 8 : Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση λόγω υψηλού κόστους



Πηγή : Eurostat Healthcare database, 2020.

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι το πρώτο πεμπτημόριο ήταν η χειρότερη περίοδος. Αυτό που μπορεί να αποτελεί έκπληξη είναι το μέγεθος της αύξησης (συγκεκριμένα, το 2016 το ποσοστό διπλασιάστηκε, από 15% σε 30% για ολόκληρο το πεμπτημόριο και από 25% σε 50% για τους ηλικιωμένους στο πρώτο πεμπτημόριο, όπου ήταν πέντε φορές του ευρωπαϊκού μέσου όρου). Υπενθυμίζεται ότι το 2016 ήταν η χρονιά κατά την οποία οριστικοποιήθηκε και εφαρμόστηκε η νομοθεσία για την επιστροφή σε σχεδόν καθολική κάλυψη (στην πραγματικότητα, το 2017 το ποσοστό μειώθηκε απότομα, αν και εξακολουθούσε να ήταν πολύ πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο). Έτσι, φαίνεται ότι η απώλεια κάλυψης είχε όντως συνέπειες για τον ελληνικό πληθυσμό γενικότερα και δραματικές συνέπειες για τα φτωχότερα στρώματα και ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους (Sialakis, 2019).

Τα δεδομένα οδηγούν σε πιο διακριτικά συμπεράσματα, αν και παρέχουν μόνο μερική κάλυψη των ιατρικών εξετάσεων, ελέγχων και επεμβάσεων και δεν επιτρέπουν την ανάλυση κατά τα εισοδηματικά πεμπτημόρια. Παρατηρήθηκε ότι η Ελλάδα είχε από τις υψηλότερες πυκνότητες ιατρικού εξοπλισμού και παρέμεινε πάνω από τον μέσο όρο ακόμη και κατά τη διάρκεια της κρίσης. Αυτό που άλλαξε ήταν η χρήση αυτού του εξοπλισμού. Για την Ελλάδα, υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για δύο τύπους εξετάσεων με απεικονιστικές τεχνικές, το 2008 και από το 2013 έως το 2016. Το 2008 η Ελλάδα είχε 2,7 φορές κατά κεφαλήν μεγαλύτερο αριθμό των εξετάσεων αξονικής τομογραφίας από τη μέση ευρωπαϊκή χώρα και 1,6 φορές μεγαλύτερο αριθμό των εξετάσεων της μαγνητικής τομογραφίας. Μέχρι το 2013 αυτοί οι δείκτες είχαν πέσει στο 1,15 και 0,69, αντίστοιχα, και σταθεροποιήθηκαν εκεί (Keramidou & Triantafyllopoulos, 2018).

Πίνακας 13 : Η εξέταση με απεικονιστικές τεχνικές

		2008	2012	2016
Εξετάσεις αξονικής τομογραφίας	Ελλάδα	32,497	14,044	15,033
	Ελλάδα/ΕΕ	2.73	1.15	1.16
Εξετάσεις μαγνητικής τομογραφίας	Ελλάδα	9,330	5,381	6,403
	Ελλάδα/ΕΕ	1.60	0.69	0.73

Πηγή : Eurostat Healthcare database, 2020.

Τα ετήσια στοιχεία του ΕΟΠΥΥ από το 2013 έως το 2016 για τις εξετάσεις μαστογραφίας επιτρέπουν την κατηγοριοποίηση μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών εξετάσεων. Δείχνει περαιτέρω στοιχεία ότι η απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης μετά το 2012 είχε σοβαρές συνέπειες, με συνολική μείωση κατά 40%. Επιπλέον, δείχνει ότι η πτώση επικεντρώθηκε αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα (Noïkokyarakis, et al., 2018).

Πίνακας 14 : Οι εξετάσεις μαστογραφίας του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα για το χρονικό διάστημα από 2013 έως 2016

	Δημόσιος τομέας	Ιδιωτικός τομέας	Σύνολο
2013	103,380	727,004	830,384
2014	110,022	624,788	743,810
2015	116,388	474,855	591,273
2016	131,237	369,418	500,655

Πηγή : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2018.

Ο πίνακας 15 δείχνει ότι μεταξύ 2008 και 2014, η ασφαλιστική κάλυψη των δύο τύπων προσυμπτωματικού ελέγχου που παρακολουθούνται από επίσημα δεδομένα, για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, αυξήθηκε τόσο σε απόλυτες τιμές όσο και σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με μια ευρέως διαδεδομένη αντίληψη περί περικοπής των προσπαθειών προσυμπτωματικού ελέγχου κατά τη διάρκεια της κρίσης. Για παράδειγμα, οι Tsounis, Sarafis και Alexopoulos (2014) ανέφεραν ότι ο πληθυσμός στην Ελλάδα που λαμβάνει υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου σε σύγκριση με αυτόν που προτείνει η Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν ήδη χαμηλός. Σε χώρες με οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, τα ποσοστά συμμετοχής στο τεστ Παπανικολάου ήταν έως και 80% (π.χ. Σουηδία, Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο), ενώ στην Ελλάδα, το ποσοστό είναι μικρότερο από 60%. Όπως παρατηρήθηκε, αυτή η αντίληψη δεν υποστηρίζεται από τα στοιχεία (Perotti, 2021).

Τα ποσοστά εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη παρέμειναν στο 99% καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης, τα ποσοστά εμβολιασμού κατά της ιλαράς μειώθηκαν ελαφρά, από 99% σε 97%, αλλά εξακολούθησε να είναι μεταξύ των υψηλότερων στο δείγμα. Μια παρόμοια μείωση κατά 2-3 ποσοστιαίων μονάδων δεν είναι ασυνήθιστη κατά την ίδια περίοδο. Πιο ενδεικτικά, η χρήση των πόρων υγείας είναι οι λιγότερο συνηθισμένοι τύποι εμβολιασμών. Ο εμβολιασμός

κατά της ηπατίτιδας Β αυξήθηκε από 95% το 2009 σε 98% το 2012 και το 2013, κατά τη διάρκεια των μεγαλύτερων περικοπών δαπανών, για να μειωθεί στο 96% στη συνέχεια. Όλοι αυτοί οι αριθμοί ήταν υψηλότεροι από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Hessel, et al., 2014).

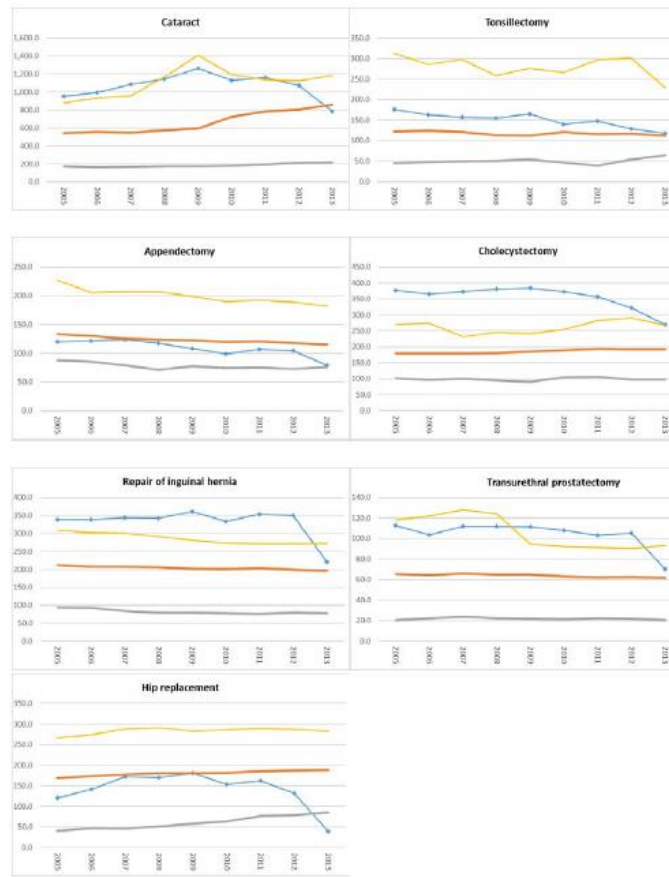
Πίνακας 15 : Έλεγχοι

	Χρονικό διάστημα	Χώρα	2008	2014
Εξέταση μαστού	Λιγότερο από 3 χρόνια	Ελλάδα	50.1	59.6
		Ελλάδα/ΕΕ	0.77	0.86
	3 χρόνια ή περισσότερο	Ελλάδα	21.0	26.9
		Ελλάδα/ΕΕ	1.49	1.55
	Ποτέ	Ελλάδα	29.0	13.5
		Ελλάδα/ΕΕ	1.60	1.02
Εξέταση τραχηλικού της μήτρας	Λιγότερο από 3 χρόνια	Ελλάδα	70.1	75.5
		Ελλάδα/ΕΕ	1.01	1.03
	3 χρόνια ή περισσότερο	Ελλάδα	9.8	12.7
		Ελλάδα/ΕΕ	0.91	1.02
	Ποτέ	Ελλάδα	20.1	11.8
		Ελλάδα/ΕΕ	1.00	0.83

Πηγή : Eurostat Healthcare database, 2020.

Όπως δείχνει η εικόνα 9, από τις επτά χειρουργικές επεμβάσεις που κατέγραψε η Eurostat στην Ελλάδα το 2009, οι έξι επεμβάσεις βρίσκονταν πάνω από την μέση πυκνότητα και οι τρεις επεμβάσεις είχαν υψηλότερα ποσοστά πυκνότητας. Μέχρι το 2013 (τελευταίο διαθέσιμο έτος) η πυκνότητα των επεμβάσεων είχε μειωθεί σε σχέση με το 2009 σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά ήταν ακόμα πάνω από το μέσο όρο σε πέντε επεμβάσεις και καμία επέμβαση δεν είχε υψηλότερη πυκνότητα. Σημειώνεται ειδικότερα η κατακόρυφη πτώση το 2013, πιθανώς λόγω των μέτρων του δεύτερου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής (Perotti, 2021).

Σχήμα 9 : Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε Ελλάδα και Ευρώπη



Πηγή : Eurostat Healthcare database, 2020.

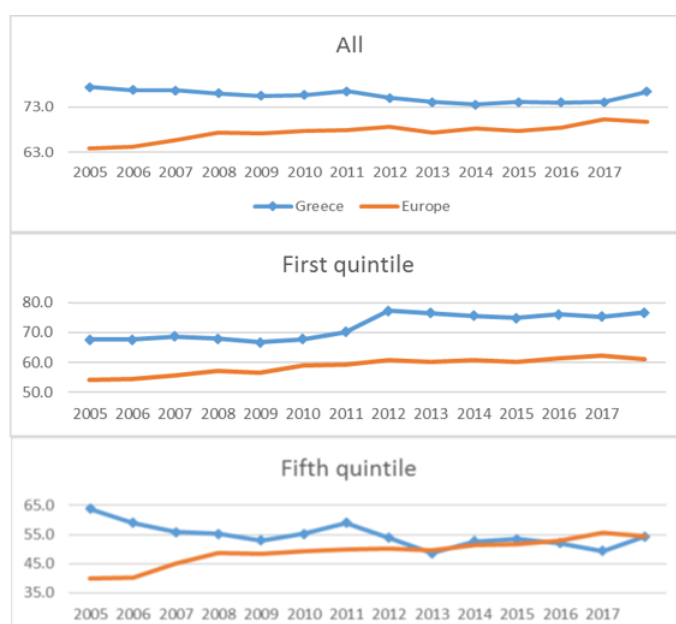
Κεφάλαιο 5^ο : Τα αποτελέσματα υγείας

5.1 Η προσωπική αντίληψη υγείας (self-perceived)

Τελικά, αυτό που έχει σημασία είναι τα αποτελέσματα της υγείας. Η αρχή γίνεται με τους δείκτες της προσωπικής αντίληψης υγείας, με την προφανή προειδοποίηση ότι οι διαφορές με την πάροδο του χρόνου και ειδικά μεταξύ των χωρών στην προσωπική αντίληψη υγείας είναι δύσκολο να ερμηνευτούν. Οι Kentikelenis et al. (2011), οι VANDOROS et al. (2013) και τέλος οι ZAVRAS et al. (2013) υποστήριξαν ότι με την έναρξη της ύφεσης η προσωπική αντίληψη υγείας επιδεινώθηκε στην Ελλάδα (Karaniolos & Kentikelenis, 2016).

Όπως φαίνεται στον πρώτο διάγραμμα της εικόνας 10, η Ελλάδα (μπλε γραμμή) είχε πάντα υψηλότερο ποσοστό ατόμων που αναφέρουν ότι έχουν «Καλή ή πολύ καλή υγεία» σε σχέση με την μέση ευρωπαϊκή χώρα. Το μερίδιο αυτό μειώθηκε κατά δύομισι ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ 2011 και 2014 και στη συνέχεια ανέκαμψε μόνο το 2018. Αντίθετα, ο ευρωπαϊκός μέσος όρος συνέχισε την ανοδική του πορεία καθ' όλη τη διάρκεια (Perotti, 2021).

Σχήμα 10 : Η προσωπική αντίληψη υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη



Πηγή : Eurostat Health status and determinants database, 2020.

Θα περίμενε κανείς ότι η προσωπική αντίληψη για την υγεία θα μειωνόταν πιο αισθητά για τα φτωχότερα άτομα. Στην πραγματικότητα, συνέβη το αντίθετο. Όπως φαίνεται στο δεύτερο διάγραμμα της εικόνας 10, το μερίδιο του ελληνικού πληθυσμού στο πρώτο πεμπτημόριο που ανέφερε «Καλή ή πολύ καλή υγεία» αυξήθηκε δραματικά, κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες, ξεκινώντας ακριβώς από το 2011 και παρέμεινε σε αυτό το υψηλότερο επίπεδο στη συνέχεια. Περίπου το ίδιο μοτίβο, με μικρότερες αλλαγές, μπορεί να ανιχνευθεί στο δεύτερο πεμπτημόριο. Ξεκινώντας από το τρίτο πεμπτημόριο, το μοτίβο αντιστρέφεται καθώς το μερίδιο των απαντήσεων «Καλή ή πολύ καλή υγεία» μειώνεται μετά το 2011. Το τρίτο διάγραμμα της εικόνας 10 δείχνει την ξεκάθαρη εξέλιξη για το πέμπτο πεμπτημόριο (Perotti, 2021).

Η βελτίωση της αυτοαναφερόμενης υγείας του πρώτου πεμπτημρίου μπορεί να οφείλεται σε ένα σύνθετο αποτέλεσμα. Οι συνταξιούχοι αναφέρουν ότι είχαν πολύ χειρότερη υγεία από τους μισθωτούς και τους άνεργους, απλώς και μόνο επειδή είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία και μέσα στην κρίση το εισόδημα των συνταξιούχων ήταν σε πολύ καλύτερο επίπεδο από αυτό των ανέργων και των λιγότερο αμειβόμενων εργαζομένων. Τα στοιχεία της Eurostat δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης, το μέσο εισόδημα των συνταξιούχων υπέστη μικρότερη απώλεια από αυτό οποιασδήποτε άλλης κατηγορίας ανάλογα με το καθεστώς της αγοράς εργασίας και σε κάθε κατηγορία το μέσο εισόδημα των ατόμων άνω των 65 ετών ήταν καλύτερο από αυτό του υπόλοιπου πληθυσμού. Μάλιστα, όπως δείχνει ο πίνακας 16, το ποσοστό των συνταξιούχων στο πρώτο πεμπτημόριο μειώθηκε από 20% το 2009 σε 12% το 2013, ενώ των ανέργων αυξήθηκε από 11% σε 35% (Rotarou & Sakellariou, 2017).

Πίνακας 16 : Η σύνθεση του πρώτου πεμπτημρίου

	2009	2013
Συνταξιούχοι	19.5	12.2
Άνεργοι	11	35

Πηγή : Eurostat Health status and determinants database, 2020.

Ωστόσο, η επίδραση της σύνθεσης είναι απίθανο να είναι η όλη εξήγηση της βελτίωσης της προσωπικής αντίληψης της υγείας του πρώτου πεμπτημρίου κατά τη

διάρκεια της κρίσης. Ο πίνακας 17 δείχνει το μοτίβο για τους συνταξιούχους, τόσο στο σύνολο όσο και στο πρώτο πεμπτημόριο όπου μετά από μια πτώση στην αρχή της ύφεσης το 2009, η υγεία που αναφέρουν οι ίδιοι βελτιώθηκε το 2011, όπως στο πρώτο πεμπτημόριο της εικόνας 10. Ακολούθησε μια ελαφρά πτώση το 2012-2014, που πιθανότατα αντανακλά τον αντίκτυπο των μέτρων του δεύτερου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής, αλλά εξακολουθεί να είναι πάνω από το επίπεδο του 2009 και στη συνέχεια (σε αντίθεση με το πρώτο πεμπτημόριο συνολικά) υπήρξε μια απότομη ανάκαμψη για να καταλήξει πολύ πάνω από το αρχικό σημείο και πολύ κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Παρατηρείται ότι στην Ευρώπη, αντίθετα, η προσωπική αντίληψη για την υγεία των φτωχών ηλικιωμένων ατόμων συνέχισε να αυξάνεται σταθερά. Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι οι συνταξιούχοι και τα ηλικιωμένα άτομα, είτε στο πρώτο πεμπτημόριο είτε στο μέσο όρο, υπέφεραν πράγματι στην έναρξη της ύφεσης και στα πρώτα χρόνια του δεύτερου Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής, αλλά στη συνέχεια ανέκαμψαν γρήγορα. Αντίθετα, καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου η προσωπική αντίληψη για την υγεία των ανέργων βελτιώθηκε σταθερά (Perotti, 2021).

Πίνακας 17 : Η αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία των συνταξιούχων και των ανέργων

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Άνεργοι	83.8	84.2	85.0	88.2	86.4	87.6	87.5	85.6	85.7	87.1	87.7
Συνταξιούχοι 0-64	57.4	59.3	62.7	67.0	64.3	64.8	64.6	67.1	67.5	66.1	70.9
Συνταξιούχοι 65+	37.0	33.2	32.0	37.3	34.5	32.1	35.9	38.0	36.6	34.3	40.3
65+, πρώτο πεμπτημόριο, Ελλάδα	37.3	33.9	33.4	37.3	34.9	32.1	34.7	37.3	36.9	34.2	40.5
65+, πρώτο πεμπτημόριο, ΕΕ	33.7	34.0	34.5	35.6	36.5	37.3	38.4	38.3	39.7	41.8	42.2

Πηγή : Eurostat, 2020.

5.2 Η θνησιμότητα

Η θνησιμότητα είναι ένας άμεσος και αντικειμενικός δείκτης της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, και ίσως ο πιο εύκολα μετρήσιμος. Υπάρχει μεγάλη βιβλιογραφία για την κυκλική συμπεριφορά της θνησιμότητας. Σε δύο θεμελιώδεις εργασίες, ο Ruhm (2000; 2003) υποστήριξε ότι η θνησιμότητα είναι αντικυκλική,

κυρίως λόγω των καρδιαγγειακών παθήσεων, των τροχαίων ατυχημάτων και της πνευμονίας. Πολλές μεταγενέστερες μελέτες υποστήριξαν αυτά τα συμπεράσματα, αλλά αργότερα άλλες βρήκαν στοιχεία ακυκλικών ή προκυκλικών ποσοστών θνησιμότητας (Kentikelenis, et al., 2011).

Ο πίνακας 18 παρουσιάζει τα στοιχεία για την Ελλάδα και την Ευρώπη την περίοδο 2000-2017. Οι τρεις πρώτες στήλες του πίνακα εμφανίζουν τα μέσα ακατέργαστα ποσοστά θανάτων κατά τις περιόδους 2003-2009 και 2010-2016 και την ποσοστιαία μεταβολή τους, για την Ελλάδα και την Ευρώπη. Το μέσο ποσοστό θνησιμότητας κατά την πρώτη υποπερίοδο αυξήθηκε κατά 8% στην Ελλάδα σε σχέση με την πρώτη υποπερίοδο, ενώ αυξήθηκε κατά 2% στην Ευρώπη. Οι τρεις τελευταίες στήλες εμφανίζουν τους ρυθμούς μεταβολής σε κάθε μία από τις υποπεριόδους και τη διαφορά τους. Ο ρυθμός μεταβολής του ακατέργαστου ποσοστού θνησιμότητας αυξήθηκε σημαντικά τη δεύτερη υποπερίοδο στην Ελλάδα και περισσότερο από ότι στην υπόλοιπη Ευρώπη. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να υποδηλώνουν σημαντική αύξηση της θνησιμότητας στην Ελλάδα και του ρυθμού μεταβολής της κατά τη δεύτερη υποπερίοδο (Perotti, 2021).

Πίνακας 18 : Η θνησιμότητα σε Ελλάδα και Ευρώπη για το χρονικό διάστημα από 2003 έως 2016

	Χώρα	ΜΟ 2003- 2009	ΜΟ 2010- 2016	Ποσοστό διαφοράς	Ποσοστό μεταβολής 2003-2009	Ποσοστό μεταβολής 2010-2016	Διαφο ρά
Ακατέργαστα ποσοστά θανάτων	Ελλάδα	968.0	1,044.4	7.9	1.0	12.4	11.5
	ΕΕ	986.1	1,003.9	1.8	-2.9	3.4	6.3
Τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας	Ελλάδα	1,191.7	1,000.8	-16.0	-15.6	-7.5	8.1
	ΕΕ	1,165.5	1,039.2	-10.8	-14.7	-6.3	8.4

Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος	Ελλάδα	588.4	410.6	-30.2	-25.7	-23.8	1.9
	ΕΕ	501.6	405.8	-19.1	-22.2	-14.5	7.7
Νεοπλάσματα	Ελλάδα	263.6	250.2	-5.1	-4.7	2.8	7.5
	ΕΕ	289.3	271.6	-6.1	-6.5	-4.0	2.6
Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος	Ελλάδα	106.0	104.9	-1.1	15.4	8.5	-6.8
	ΕΕ	83.7	75.8	-9.5	-14.6	1.7	16.3
Συμπτώματα, σημάδια και μη φυσιολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα	Ελλάδα	101.8	90.0	-11.6	-24.1	-41.2	-17.1
	ΕΕ	41.9	40.5	-3.3	-16.2	-5.5	10.7

Πηγή : Eurostat Mortality database, 2020.

Ωστόσο, ο ελληνικός πληθυσμός γερνούσε με γρήγορους ρυθμούς κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, και φυσικά το ακατέργαστο συνολικό ποσοστό θνησιμότητας επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από το παλαιότερο περιβάλλον, όπου εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά θανάτων. Ένας καλύτερος τρόπος για τον υπολογισμό της θνησιμότητας είναι να υπολογιστούν τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας, δηλαδή τα ποσοστά θνησιμότητας που θα επικρατούσαν εάν η ηλικιακή δομή του πληθυσμού παρέμενε σταθερή και ίση με αυτή μιας ομάδας χωρών αναφοράς σε ένα δεδομένο έτος. Το δεύτερο μέρος του πίνακα 18 παρουσιάζει τα αποτελέσματα. Το ελληνικό τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας στη δεύτερη υποπερίοδο μειώνεται κατά 15% σε σχέση με την πρώτη υποπερίοδο, μια μείωση μεγαλύτερη από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Perotti, 2021).

Οι Laliotis et al. (2016) υποστηρίζουν ότι, παρόλο που είναι αλήθεια ότι το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης, ο ρυθμός μείωσης ήταν χαμηλότερος από ότι πριν από την κρίση. Οι στήλες 4 και 5 δείχνουν ότι αυτό είναι σωστό, ωστόσο η επιβράδυνση σημειώθηκε και στις μέσες ευρωπαϊκές χώρες. Ένα παρόμοιο μοτίβο αναδύεται αν κοιτάξει κανείς τις αναλυμένες αιτίες θνησιμότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ταξινόμησε τις ασθένειες και τη θνησιμότητα στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD). Η Eurostat ομαδοποίησε τις αιτίες θανάτου της συγκεκριμένης ταξινόμησης σε 15 κύριες κατηγορίες. Από αυτές τις κύριες κατηγορίες, τέσσερις (Ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, Νεοπλάσματα,

Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος και Συμπτώματα, μη φυσιολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα) αντιπροσώπευαν περίπου το 75% των συνολικών τυποποιημένων θανάτων το 2009. Παρατίθενται με σειρά σπουδαιότητας στις τέσσερις τελευταίες σειρές του πίνακα 18. Το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε στη δεύτερη υποπερίοδο και στις τέσσερις περιπτώσεις, και σε δύο από αυτές περισσότερο από ότι στην Ευρώπη. Επίσης, σε δύο περιπτώσεις ο ρυθμός μεταβολής μειώθηκε περισσότερο (ή αυξήθηκε λιγότερο) από ότι στην Ευρώπη (Kosmidis, 2021).

Ωστόσο, ο πίνακας 19 δείχνει ότι το ελληνικό τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας αυξήθηκε σημαντικά τα δύο χρόνια της δεύτερης υποπεριόδου, το 2012 και το 2015. Παρατηρήθηκε ότι το 2011 ήταν το έτος κατά το οποίο οι κρατικές δαπάνες για την υγεία άρχισαν να μειώνονται σοβαρά. Επιπλέον, σε εκείνο το έτος εισήχθησαν περιορισμοί στη δωρεάν διαθεσιμότητα φαρμάκων και οι μακροχρόνια άνεργοι άρχισαν να χάνουν την ασφαλιστική τους κάλυψη. Το 2015 ήταν η χρονιά πριν αποκατασταθεί σχεδόν η καθολική πρόσβαση στην υγεία (Perotti, 2021).

Πίνακας 19 : Τα ποσοστά θανάτων, οι ημέρες κατάκλισης και η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα από 2008 έως 2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ακατέργαστο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους	976	976	981	999	1052	1016	1041	1119	1103
Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους	1129	1086	1036	1023	1043	976	967	1003	958
Ημέρες κατάκλισης ανά 100.000 κατοίκους	1333	1380	1315	1341	1379	2175	-	-	-
Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο σε ημέρες	6.6	6.7	6.6	6.8	7.0	7.50	-	-	-

Πηγή : Eurostat Healthcare database and Mortality database, 2018.

Οι Vlachadis et al. (2014) αναφέρουν ότι «η αυξημένη θνησιμότητα την περίοδο 2011–12 σε άτομα άνω των 55 ετών (περίπου 2200 επιπλέον θάνατοι) αποτελεί

πιθανώς την πρώτη εμφανή βραχυπρόθεσμη συνέπεια της λιτότητας στην Ελλάδα». Αν και δεν διευκρινίζεται πώς ορίζονται οι «επιπλέον θάνατοι» ούτε πώς λαμβάνεται αυτός ο αριθμός, το 2012 το ποσοστό θνησιμότητας των ατόμων ηλικίας 55 ετών και άνω στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 130 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι μέσης αύξησης 58 θανάτων στην Ευρώπη. Το 2012 ο ελληνικός πληθυσμός 55 ετών και άνω ήταν περίπου 3,5 εκατομμύρια. Υπάρχει σύνδεση μεταξύ της προσωρινής αύξησης της θνησιμότητας το 2012 και των μέτρων που εφαρμόστηκαν εκείνη την περίοδο. Αυτό το συμπέρασμα φαίνεται δύσκολο να συμβιβαστεί με το γεγονός ότι η αύξηση της θνησιμότητας το 2012 ακολουθήθηκε από δραματική μείωση το 2013, με 70 τυποποιημένους θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, γεγονός που έφερε το ποσοστό θνησιμότητας σε ένα νέο ιστορικό ελάχιστο σημείο στην Ελλάδα (Zavras, et al., 2016).

Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον να εξεταστούν δύο μεταβλητές που αποτελούν καλούς δείκτες της προσπάθειας του συστήματος υγείας όπου είναι οι συνολικές ημέρες κατάκλισης στο νοσοκομείο ανά 100.000 κατοίκους και η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, όπως φαίνεται στις επόμενες σειρές του πίνακα 19 (το στοιχείο είναι διαθέσιμο μόνο από το 2007 έως το 2013). Το σύνολο των κατά κεφαλήν διανυκτερεύσεων στο νοσοκομείο για την Ελλάδα αυξήθηκε τόσο το 2011 όσο και ιδιαίτερα το 2012, σωρευτικά κατά 5 ποσοστιαίες μονάδες. Αντίθετα, μειώθηκε σημαντικά το σύνολο των διανυκτερεύσεων στην Ευρώπη. Προφανώς οι ημέρες κατάκλισης είναι ενδογενείς και συσχετίζονται αρνητικά με τις συνθήκες υγείας και με αμετάβλητα τα λοιπά στοιχεία. Ωστόσο, εάν οι περικοπές του προϋπολογισμού ήταν δεσμευτικές, θα περίμενε κανείς ταυτόχρονα μια μείωση της μέσης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο, για εξοικονόμηση πόρων. Η επόμενη σειρά του πίνακα 19 δείχνει ότι η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο αυξήθηκε σημαντικά στην Ελλάδα το 2011 και το 2012, ενώ μειώθηκε και πάλι στην Ευρώπη (Petmesidou, 2019).

5.3 Οι γεννήσεις των μωρών με χαμηλό βάρος και η βρεφική θνησιμότητα

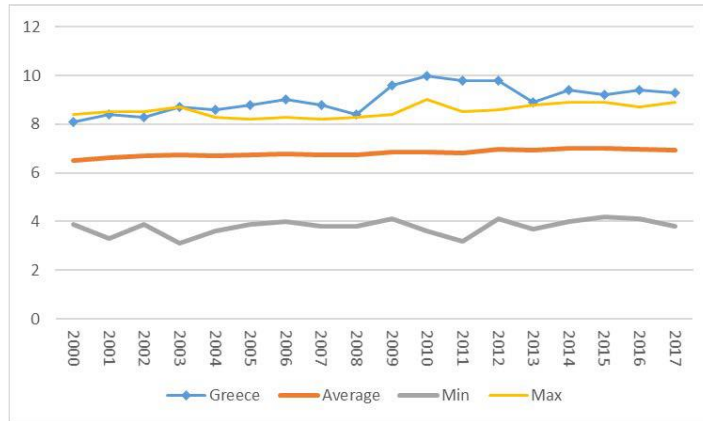
Οι γεννήσεις των μωρών με χαμηλό βάρος συνήθως σχετίζονται στενά με τις ξαφνικές και αξιοσημείωτες επιδεινώσεις των συνθηκών υγείας. Η κυκλική συμπεριφορά της υγείας των νεογνών είναι θέμα συζήτησης. Οι Dehejia και Lleras-Muney (2004) υποστηρίζουν ότι είναι αντικυκλικό θέμα ενώ άλλοι, όπως οι Bozzoli και Quintana-

Domeque (2014) με βάση την εμπειρία τους κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Αργεντινή, υποστηρίζουν ότι είναι προκύκλιο θέμα. Οι Kygiopoulos et al. (2019), χρησιμοποιώντας ένα μεγάλο σύνολο δεδομένων 838.700 γεννήσεων στην Ελλάδα από το 2008 έως το 2015, μέτρησαν το βάρος των γεννήσεων των μωρών σε έναν τριμηνιαίο σύνθετο δείκτη οικονομικής εμπιστοσύνης διαφόρων τομέων. Εντόπισαν μια θετική σχέση μεταξύ το βάρος των γεννήσεων των μωρών και του κυκλικού δείκτη στο πρώτο και τρίτο τρίμηνο των εγκυμονουσών (Kosmidis, 2021).

Το εάν η βρεφική θνησιμότητα σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ένα άλλο θέμα συζήτησης. Οι Freemantle et al. (2009) υποστήριξαν ότι είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της βρεφικής θνησιμότητας έχουν βαθύτερη επίδραση από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τους Schell et al. (2007) οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα, ο αναλφαβητισμός των νέων γυναικών και η ισότητα σχετικά με το εισόδημα προβλέπουν το μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης στο εθνικό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία και το ποσοστό φτώχειας είναι μη σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες (Economou, et al., 2014).

Η εικόνα 11 δείχνει ότι το 2000 η Ελλάδα είχε ήδη ένα από τα υψηλότερα ποσοστά γεννήσεων χαμηλού βάρους στην Ευρώπη και το 2008 αυξήθηκε ξαφνικά και ουσιαστικά, από το 8,4% στο 10% το 2010, και παρέμεινε πάνω από το προ επίπεδο του 2008 καθ' όλη την επόμενη περίοδο. Την ίδια περίοδο ήταν επίσης το υψηλότερο ποσοστό στο δείγμα, και εξακολουθεί να είναι (Perotti, 2021).

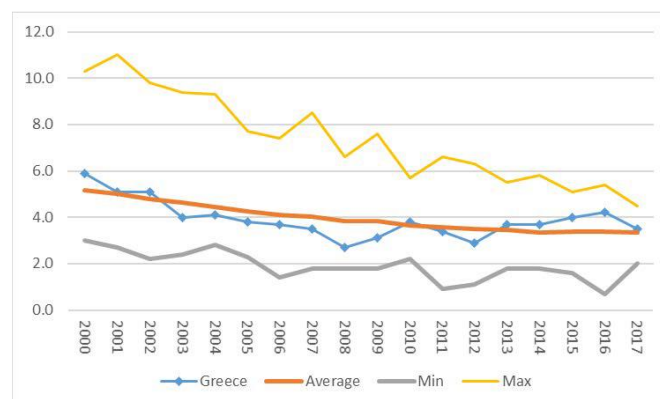
Σχήμα 11 : Οι γεννήσεις των μωρών με χαμηλό βάρος για το χρονικό διάστημα από 2000 έως 2017



Πηγή : OECD Health status dataset, 2019.

Η βρεφική θνησιμότητα παρουσιάζει επίσης σαφή επιδείνωση. Όπως φαίνεται στην εικόνα 12, μετά από μια σταθερή πτώση πολύ κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, η βρεφική θνησιμότητα άρχισε να αυξάνεται το 2009, ενώ μειώθηκε στη μέση ευρωπαϊκή χώρα. Μέχρι το 2016 ήταν πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και επέστρεψε σε αυτόν μόνο το 2017. Τα ίδια αποτελέσματα ισχύουν για τη νεογνική και περιγεννητική θνησιμότητα. Έτσι, για άλλη μια φορά, παρατηρεί κανείς μια αύξηση στα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων και στη βρεφική θνησιμότητα στα χρόνια της απώλειας της καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης μεταξύ 2012 και 2016 (Perotti, 2021).

Σχήμα 12 : Η βρεφική θνησιμότητα για το χρονικό διάστημα από 2000 έως 2017



Πηγή : Eurostat Demography database, 2018.

Κεφάλαιο 6^ο : Τα σημαντικά θέματα υγείας - επιδημίες

Για να προσδιορίσουν τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, οι Simou και Koutsogeorgou (2014) ερεύνησαν την αγγλική βιβλιογραφία που δημοσιεύθηκε από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Μάρτιο του 2013, αναζητώντας τους όρους και τις λέξεις-κλειδιά στον τίτλο και την περίληψη όπως «χρηματοοικονομικά», «οικονομική», «κρίση», «τρόικα», «ΔΝΤ», «χρέος», «διάσωση», «λιτότητα», «μέτρα», «Ελλάδα», «ελληνική», «υγεία» και «υγειονομική περίθαλψη». Στην εργασία τους εντοπίστηκαν πέντε τύποι επιπτώσεων στην υγεία όπου είναι οι επιδημίες, οι αυτοκτονίες, η αυτοαξιολόγηση υγείας, η ψυχική υγεία και οι ωτορινολαρυγγολογικές διαταραχές. Τα στοιχεία για την επιδείνωση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου βασίζονται σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις και δεν υπάρχουν συγκριτικά στοιχεία σε όλη την Ευρώπη. Η αύξηση στις διαγνώσεις ιλίγγου και εμβοών αναφέρθηκε από ένα δημοσίευμα, το οποίο συσχετίστηκε προσωρινά με το άγχος που προκάλεσε η οικονομική κρίση (Farantos & Koutsoukis, 2017).

Οι αναφορές για επιδημίες έχουν συχνά γίνει αντικείμενο ευρύτερης συζήτησης για την κρίση. Πολλοί σχολιαστές, εντός αλλά και εκτός Ελλάδος, έχουν συνδέσει τις υποτιθέμενες ή πραγματικές εστίες ορισμένων μολυσματικών ασθενειών με τις κακουχίες που προκάλεσε η ύφεση και οι περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία που επιβάλλει η ελληνική κυβέρνηση. Τέσσερις τύποι επιδημιών έχουν συζητηθεί όπου είναι η μόλυνση από τον ιό HIV μεταξύ χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών το 2011, η P. νίναχ ελονοσία το 2009–2011, η πανδημία της γρίπης Α (H1N1) το 2009 και οι λοιμώξεις από τον ιό του Δυτικού Νείλου (WNV) το 2010 και το 2011 (Keramidou & Triantafyllopoulos, 2018).

6.1 Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)

Ένα ξέσπασμα HIV (το μόνο που εμφανίστηκε στην Ευρώπη εδώ και δεκαετίες) εμφανίστηκε στο κέντρο της Αθήνας. Από τα τέλη του 2010 ή τις αρχές του 2011, υπήρξε μεγάλη αύξηση των νέων διαγνώσεων HIV στην Ελλάδα, όπου έως το 2012, είχαν αυξηθεί σχεδόν κατά 80% τα κρούσματα σε σχέση με το 2010 (πίνακας 20). Στη βιβλιογραφία για την ελληνική κρίση, είναι συχνό να αποδίδεται η αύξηση των μολύνσεων από τον HIV στις περικοπές του προϋπολογισμού (Perotti, 2021).

Πίνακας 20 : Οι νέες λοιμώξεις HIV στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα από το 2006 έως το 2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Σύνολο	505	559	614	612	642	958	1147	871	761	691

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2016.

Δεν υπάρχει επίσημος ορισμός της «επιδημίας του HIV» και συνήθως ορίζεται ως ένα ξέσπασμα σε μια χώρα για ένα συγκεκριμένο έτος κατά την οποία οι νέες μολύνσεις HIV αυξάνονται κατά τουλάχιστον 50% σε σχέση με τον μέσο όρο των δύο προηγούμενων ετών. Το ξέσπασμα που ορίζεται με αυτόν τον τρόπο διαρκεί έως ότου οι νέες λοιμώξεις επανέλθουν στις τιμές του έτους πριν από το ξέσπασμα, συν το πολύ 25%. Μεταξύ 2007 και 2015, υπήρξαν 6 τέτοιες εστίες στην περιοχή ΕΕ- Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος (πίνακας 21). Η Ελλάδα το 2011 ήταν η δεύτερη χώρα με μικρό ποσοστό από άποψη ποσοστιαίας αύξησης και η μόνη χώρα που η επιδημία του HIV έληξε μέχρι το 2015, όταν οι νέες διαγνώσεις HIV είχαν μειωθεί δραματικά σε σχέση με την κορύφωση του 2012 και είχαν επιστρέψει λίγο πάνω από το επίπεδο του 2008 (Perotti, 2021).

Πίνακας 21 : Ξέσπασμα επιδημίας HIV στην Ευρώπη για το χρονικό διάστημα από το 2007 έως το 2015

	Έτος ξεκινήματος επιδημίας	Ποσοστό αύξησης	Έτος τελειώματος πανδημίας
Λιθουανία	2009	79.1	
Σλοβακία	2013	67.7	
Πολωνία	2010	67.3	
Ιταλία	2009	63.4	

Ελλάδα	2011	52.8	2013
Ισπανία	2008	51.3	

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2016.

Για τη συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με τις αιτιώδεις επιπτώσεις των περικοπών του προϋπολογισμού στα προγράμματα για το HIV, είναι σημαντικό να καθοριστούν πρώτα οι τρόποι μετάδοσης της ελληνικής επιδημίας του HIV. Σχεδόν όλη η αύξηση των νέων διαγνώσεων HIV στην Ελλάδα μεταξύ 2009 και 2012 μπορεί να αποδοθεί στις ενέσεις φαρμάκων ως πιθανή πηγή μετάδοσης (πίνακας 22). Έρευνες από μοριακούς επιδημιολόγους επιβεβαιώνουν επίσης ότι η προέλευση της επιδημίας του HIV στην Ελλάδα προέρχονταν από τις ενέσεις. Έχουν εξεταστεί στοιχεία σχετικά με το χρονοδιάγραμμα των αιτιών μετάδοσης του HIV μέσω της χρήσης ναρκωτικών καθώς επίσης έχουν ανακατασκευαστεί οι λογαριασμοί των υπηρεσιών θεραπείας ναρκωτικών για να καθοριστεί το χρονοδιάγραμμα των περικοπών στους προϋπολογισμούς τους, εάν υπάρχουν (Perotti, 2021).

Πίνακας 22 : Οι νέες λοιμώξεις HIV με βάση τον τρόπο μόλυνσης

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Σύνολο	505	559	614	612	642	958	1147	871	761	691
Χρήση ναρκωτικών	14	13	9	15	25	311	519	261	112	70
Σεξ μεταξύ ανδρών	250	300	327	337	378	344	333	344	368	351
Ετεροφυλόφιλη επαφή	152	132	160	123	119	148	149	115	135	106
Μάνα με παιδί	3	3	1	0	3	4	0	0	1	0
Άλλο	86	111	117	137	117	151	146	151	145	164

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2016.

Σχετικά με την πρώτη περίπτωση, τα στοιχεία δείχνουν το 2010 το αργότερο ως έτος για την αλλαγή συμπεριφοράς. Οι ελληνικές αρχές υπολογίζουν κάθε χρόνο τον αριθμό των «προβληματικών χρηστών ναρκωτικών» (που τώρα αποκαλούνται «χρήστες ναρκωτικών υψηλού κινδύνου») που χρησιμοποιούν ηρωίνη ως κύρια ουσία.

Αυτά είναι τα άτομα που είναι πιο πιθανό να μεταδώσουν μολύνσεις από τον ιό HIV μέσω της χρήσης ναρκωτικών (Rotarou & Sakellariou, 2017).

Πίνακας 23 : Οι νέες λοιμώξεις από τον ιό HIV μέσω ένεσης ναρκωτικών ως πιθανή αιτία μετάδοσης, μέσος όρος για το χρονικό διάστημα 2010 έως 2015, ως ποσοστό του 2009

Χώρα	Ποσοστιαία μεταβολή
Ελλάδα	1442.2
Ρουμανία	1009.3
Τσεχία	166.7
Λετονία	108.8
Γερμανία	106.2
Εσθονία	101.4
Αυστρία	96.4
Μέσος όρος ΕΕ-ΕΟΧ	91.4

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2016.

Για προφανείς λόγους, αυτές οι εκτιμήσεις υπόκεινται σε ουσιαστική αβεβαιότητα. Οι εκτιμήσεις για τον αριθμό των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών κορυφώθηκαν το 2009 και στη συνέχεια μειώθηκαν το 2010 (ένα χρόνο πριν από την έναρξη της επιδημίας) και το 2011 (πίνακας 24). Οι τρέχουσες συσκευές έγχυσης, δηλαδή οι ενέσεις που χρησιμοποιούν οι χρήστες τις τελευταίες 30 ημέρες, αυξήθηκαν κι αυτές σε μεγάλο βαθμό επίσης το 2009. Το εκτιμώμενο μερίδιο των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που χρησιμοποιούν επί του παρόντος κοινές βελόνες κορυφώθηκε το 2009 και στη συνέχεια έπεσε απότομα σε επίπεδα πολύ χαμηλότερα από αυτά που καταγράφηκαν το 2004. Το έτος της αλλαγής στη συμπεριφορά των χρηστών ναρκωτικών προς την ένεση και την κοινή χρήση βελόνας ήταν το 2009 (Perotti, 2021).

Πίνακας 24 : Οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών, η χρήση των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών τον τελευταίο μήνα και η παροντική χρήση

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών	19601	19151	20146	N/A	20181	24097	22515	20473	20429
Χρήση τον τελευταίο μήνα	9416	9729	N/A	8148	10658	9439	7847	7651	9416
Χρήση επί του παρόντος	3230	2988	2816	N/A	2179	2800	2405	2023	1808

Πηγή : NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point, 2013.

Η έγκαιρη ανίχνευση του αυξημένου κινδύνου μόλυνσης μέσω ένεσης μπορεί να επιτευχθεί εξετάζοντας την συχνότητα του ιού της ηπατίτιδας C. Μια δραματική αύξηση της συχνότητας των αντισωμάτων HCV σημειώθηκε μεταξύ 2008 και 2010, ειδικά μεταξύ των πρόσφατων προβληματικών χρηστών ναρκωτικών (π.χ. προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών κάνοντας χρήση τα τελευταία δύο χρόνια (πίνακας 25) (Perotti, 2021).

Πίνακας 25 : Η συχνότητα του ιού HCV

	2008	2009	2010	2011	2012
Άτομα που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά	55.5	64.3	69.3	69.3	73.4
Άτομα που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά στην Αθήνα	60	68.3	74.6	76.5	79.1
Άτομα που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά με ιστορικό ενέσεων λιγότερο από 2 χρόνια	29.3	39	55.5	52.4	63.6
Άτομα που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά με ιστορικό ενέσεων λιγότερο από 2 χρόνια στην Αθήνα	33.9	44.7	59.4	76.5	72.9
Άτομα που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά μικρότεροι από 25 ετών	40.3	38.8	52.4	52.5	62.3
Άτομα που κάνουν ενέσιμα ναρκωτικά μεγαλύτεροι από 25 ετών	42.6	49.9	61.2	52.2	73.3

Πηγή : NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point, 2013.

Έχοντας διαπιστώσει ότι η αλλαγή στη συμπεριφορά συνέβαινε το αργότερο έως το 2010, εξετάστηκε η ετήσια εξέλιξη του προϋπολογισμού των προγραμμάτων υγείας για χρήστες ναρκωτικών. Υπάρχει μια ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση ότι οι περικοπές στον προϋπολογισμό των προγραμμάτων υγείας ήταν μεταξύ των αιτιών της επιδημίας του ιού HIV το 2011. Μια σημαντική αύξηση των κρουσμάτων HIV σημειώθηκε στα τέλη του 2010 όπου οι περικοπές του προϋπολογισμού το 2009 και το 2010 είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια του ενός τρίτου των προγραμμάτων street-work της χώρας. Μια έρευνα σε 275 χρήστες ναρκωτικών στην Αθήνα τον Οκτώβριο του 2010, διαπίστωσε ότι το 85% δεν συμμετείχε σε πρόγραμμα αποκατάστασης για τα ναρκωτικά (Karanikolos & Kentikelenis, 2016).

Οι δύο πιο σημαντικοί τύποι παρόχων θεραπείας ναρκωτικών στην Ελλάδα είναι τα «προγράμματα ελεύθερων ναρκωτικών» και τα «κέντρα υποκατάστασης (OST)». Το τελευταίο παρέχει υπηρεσίες μόνο σε εξωτερικούς ασθενείς. Υπάρχουν τέσσερις κύριοι επίσημα αναγνωρισμένοι πάροχοι αγωγής ναρκωτικών όπου είναι το ΟΚΑΝΑ (κέντρο αποκατάστασης), ΚΕΘΕΑ (πρόγραμμα ελεύθερων ναρκωτικών), 18 ΑΝΩ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Έχουν ανακατασκευαστεί οι δαπάνες των τεσσάρων προγραμμάτων μεταξύ 2004 και 2013, όπου το 2013 αποτελεί το τελευταίο έτος για το οποίο τα δεδομένα ήταν δημόσια διαθέσιμα. Οι συνολικές δαπάνες αυξάνονταν συνεχώς μέχρι το 2010, σχεδόν κατά 80% σε σχέση με το 2004. Στη συνέχεια άρχισαν να μειώνονται και το 2013 ήταν περίπου 30% κάτω από το ανώτατο όριο του 2010, και περίπου στο επίπεδο του 2006 (πίνακας 26) (Petmesidou, 2019).

Πίνακας 26 : Οι δαπάνες των προγραμμάτων θεραπείας ναρκωτικών

	18 ΑΝΩ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	ΟΚΑΝΑ	ΚΕΘΕΑ	Σύνολο	Ποσοστιαία μεταβολή σε σχέση με το σύνολο του 2009	Ποσοστιαία μεταβολή σε σχέση (ΟΚΑΝΑ + ΚΕΘΕΑ)
2004	5209	1652	25156	20946	52963	-	-
2005	5612	1924	28636	21336	57508	-	-
2006	8798	-	27800	23001	59599	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-
2008	12249	3234	39185	28672	83340	-	-
2009	11987	3638	46934	30318	92877	-	-

2010	11870	4352	51064	26549	93835	1.0	0.5
2011	10524	3597	43458	23626	81205	-12.6	-13.2
2012	8526	2578	40076	20208	71388	-23.1	-22.0
2013	-	-	33713	18463	-	-	-32.5

Πηγή : EMCDDA : National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, 2014.

Η πλειοψηφία των ατόμων σε προγράμματα θεραπείας ήταν σε προγράμματα ελεύθερων ναρκωτικών (Πίνακας 27). Το 2010 δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα ναρκωτικών και το 2013 άλλα 17 προγράμματα ελεύθερων ναρκωτικών. Η χωρητικότητα των προγραμμάτων ελεύθερων ναρκωτικών αυξήθηκε σταθερά, συμπεριλαμβανομένου του 2009, από 3250 το 2006 σε 8691 το 2012, με ιδιαίτερα μεγάλο άλμα την τελευταία διετία λόγω της δημιουργίας πολλών προγραμμάτων. Το συνολικό προσωπικό των προγραμμάτων ελεύθερων ναρκωτικών αυξήθηκε σταθερά έως το 2009, μειώθηκε το 2010 κατά μόλις 4% και στη συνέχεια αυξήθηκε περαιτέρω το 2011 κατά 25%. Ο αριθμός των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία αυξήθηκε επίσης σταθερά, από περίπου 2.000 το 2006 σε περίπου 10.000 το 2012 (Perotti, 2021).

Πίνακας 27 : Τα στατιστικά για τα θεραπευτικά κέντρα

		2002	2003	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011	2012
Προγράμματα ελεύθερων ναρκωτικών	Αριθμός κέντρων	5	11	15	17	17	24	24	25	42	53
	Χωρητικότητα	1310	2155	2804	3060	3250	4804	4800	5300	6789	8691
	Προσωπικό	142	198	302	362	358	463	475	458	575	702
	Θεραπεία	1616	2293	3336	3596	3950	5045	5360	6264	6783	9878
Κέντρα ελεύθερων ναρκωτικών	Αριθμός κέντρων	26	32	34	39	40	45	49	52	50	50
	Χωρητικότητα	846	1024	1099	1186	1228	927	1238	1310	1064	1114
	Προσωπικό	370	347	361	411	502	587	611	580	538	559
	Θεραπεία	2129	1967	1799	2099	2175	2115	2187	2032	2264	2156

Πηγή : EMCDDA, 2013.

Έτσι, οι δαπάνες για προγράμματα για τον ιό HIV συνέχισαν να αυξάνονται μέχρι το 2010 συμπεριλαμβανομένου, πολύ μετά την αύξηση των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών, των σημερινών χρηστών ενέσιμων ουσιών και των χρηστών που μοιράζονταν επί του παρόντος τις ενέσεις. Ο αριθμός των κέντρων, η χωρητικότητα τους και ο αριθμός των ατόμων που έλαβαν θεραπεία συνέχισαν να αυξάνεται καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τόσο πριν όσο και μετά το ξέσπασμα του HIV. Ο αριθμός των αιτούντων στη λίστα αναμονής για θεραπεία σε προγράμματα ελεύθερων ναρκωτικών στην Αθήνα ήταν σταθερός μεταξύ 2009 και 2011 και μειώθηκε απότομα μετά από αυτό το διάστημα (Vandoros, et al., 2013).

Οι περικοπές στον προϋπολογισμό για τη δωρεάν διανομή ενέσεων έχουν επίσης αναφερθεί ως πιθανός παράγοντας που συμβάλλει στην έξαρση του ιού HIV. Ο αριθμός των ενέσεων που διανέμονταν ετησίως ανά προβληματικό χρήστη ναρκωτικών παρέμεινε σταθερός σε πολύ χαμηλό επίπεδο, περίπου 6 ενέσεις ανά προβληματικό χρήστη ναρκωτικών (το χαμηλότερο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών) μέχρι το 2009, στη συνέχεια αυξήθηκε σε 15 το 2011 και σε 81 το 2013 (πίνακας 28). Αυτοί εξακολουθούν να είναι χαμηλοί αριθμοί, αλλά δεδομένου ότι αυτά τα προγράμματα ήταν συγκεντρωμένα στην Αθήνα, η κάλυψη της διανομής ενέσεων στην Αθήνα το 2013 υπολογίστηκε ότι ήταν 216 ανά προβληματικό χρήστη ναρκωτικών. Ως αναφορά, το 2007 στις δώδεκα ευρωπαϊκές χώρες για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία, υπολογίστηκε ότι ένας μέσος αριθμός ενέσεων που διανέμονται μέσω προγραμμάτων ανταλλαγής ενέσεων είναι 50 ανά χρήστη ενέσιμων ναρκωτικών, με μέγιστο αριθμό 325 ενέσεων στη Νορβηγία (Perotti, 2021).

Πίνακας 28 : Οι διανεμημένες ενέσεις

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Διανεμημένες ενέσεις	29782	34809	64958	55109	68579	61516	119397	406898
Ασφαλιστική κάλυψη	3.2	3.6	6.6	6.8	6.4	6.5	15.2	53.2

Πηγή : NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point, 2013.

Συνολικά, τα στοιχεία δεν φαίνεται να συνάδουν με την άποψη ότι οι περικοπές του προϋπολογισμού στις υπηρεσίες θεραπείας ναρκωτικών προκάλεσαν το ξέσπασμα του

ιού HIV στους χρήστες ναρκωτικών. Οι περικοπές στον προϋπολογισμό ήταν περιορισμένες και δεν φάνηκε να επηρέασαν τη χωρητικότητα των κέντρων θεραπείας και τον αριθμό των ατόμων που λάμβαναν θεραπεία, και σημειώθηκαν μετά την αύξηση της χρήσης ναρκωτικών και της συχνότητας των ενέσιμων και κοινών βελονών. Επιπλέον, οι περικοπές στις υπηρεσίες θεραπείας ναρκωτικών ήταν μικρές και μεταβλήθηκαν περισσότερο από το 2011 ως απάντηση στο ξέσπασμα της επιδημίας (Simou, et al., 2013).

6.2 Ο ιός της ελονοσίας, της γρίπης και του Δυτικού Νείλου

6.2.1 Ο ιός της ελονοσίας

Η ελονοσία δεν είναι άγνωστη στην Ευρώπη, αλλά είναι εξαιρετικά σπάνια. Τα τελευταία χρόνια υπήρχαν δύο πιθανά κρούσματα στην Ιταλία, το 2009 και το 2011 αντίστοιχα, και ένα στην Ισπανία το 2010. Το 1974, η Ελλάδα κηρύχθηκε απαλλαγμένη από τον ιό της ελονοσίας. Λίγα κρούσματα ελονοσίας αναφέρθηκαν το 1975, το 1999 και το 2000. Το 2009 αναφέρθηκαν επτά περιπτώσεις, ακολουθούμενες από 4 το 2010 και 42 το 2011, 20 το 2012 και 3 το 2013. Μετά από αυτό, δεν υπάρχουν άλλα κρούσματα ελονοσίας που να έχουν αναφερθεί (πίνακας 29) (Perotti, 2021).

Πίνακας 29 : Η ελονοσία στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα από 2009 έως 2014

Έτος έναρξης των συμπτωμάτων	Εισαγόμενες περιπτώσεις	Περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν κατά τόπους	Περιπτώσεις μεταφοράς από μετανάστες	Περιπτώσεις Ευρώτα	Σύνολο
2009	44	7	-	6	51
2010	40	4	-	1	44
2011	54	42	8	36	96
2012	73	20	6	10	93
2013	22	3	0	0	25
2014	38	0	0	0	38
Σύνολο	271	76	14	53	347

Το 75% των περιπτώσεων που αναφέρθηκαν στην Ελλάδα σημειώθηκαν εντός ή γύρω από τον Ευρώτα, στο Νομό Λακωνίας, στην περιοχή της Πελοποννήσου στη Νότια Ελλάδα, μια περιοχή που είναι κυρίως γεωργική γη με εσπεριδοειδή και με έντονη παρουσία μεταναστών από χώρες με ενδημική ελονοσία. Η συσχέτιση έχει γίνει μεταξύ της αύξησης των κρουσμάτων ελονοσίας και των λιγότερο έντονων ψεκασμών σε περιοχές που κινδυνεύουν, λόγω των περικοπών του προϋπολογισμού της τοπικής αυτοδιοίκησης, αν και δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία (Farantos & Koutsoukis, 2017).

6.2.2 Ο ιός της γρίπης

Έχει διατυπωθεί ευρέως ο ισχυρισμός ότι η Ελλάδα υπέφερε δυσανάλογα από την πανδημία της γρίπης τύπου A (H1N1) του 2009 (τα πρώτα κρούσματα στην Ευρώπη αναφέρθηκαν τον Μάιο του 2009). Αρκετοί σχολιαστές έχουν αποδώσει το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας στην Ελλάδα στις εξουθενωτικές επιπτώσεις της ύφεσης και στις δημοσιονομικές περικοπές του συστήματος υγείας. Οι περικοπές στον προϋπολογισμό, ωστόσο, είναι μια μη πιθανή υποψήφια εξήγηση, δεδομένου ότι οι δαπάνες για την υγεία εξακολουθούσαν να αυξάνονται το 2009. Τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων για εργαστηριακά επιβεβαιωμένους θανάτους από την γρίπη τύπου A (H1N1) δείχνουν ότι η θνησιμότητα στην Ελλάδα ήταν η τέταρτη υψηλότερη στην Ευρώπη και παρόμοια με αυτή χωρών όπως η Ουγγαρία και η Πορτογαλία (πίνακας 30) (Perotti, 2021).

Πίνακας 30 : Η θνησιμότητα που αποδόθηκε στη γρίπη τύπου A (N1H1) στην Ευρώπη κατά το έτος 2010

Χώρα	Αριθμός θανάτων	Θάνατοι ανά 1.000.000 πληθυσμού
Λετονία	34	16.0
Εσθονία	21	15.8

Ουγγαρία	134	13.4
Ελλάδα	141	12.7
Πορτογαλία	122	11.5
Σλοβακία	56	10.4
Κύπρος	8	9.8
Τσεχία	102	9.7
Σλοβενία	19	9.3
Φιλανδία	44	8.2
Ηνωμένο Βασίλειο	474	7.6
Λιθουανία	23	7.3
Ρουμανία	122	6.0
Ευρώπη	2846	5.7
Λουξεμβούργο	3	6.0
Δανία	33	6.0
Ισπανία	271	5.8
Ιρλανδία	26	5.7
Βουλγαρία	40	5.4
Γαλλία	344	5.3
Αυστρία	40	4.8
Πολωνία	181	4.8
Ιταλία	244	4.1
Ολλανδία	62	3.7
Γερμανία	254	3.1
Σουηδία	29	3.1
Βέλγιο	19	1.8

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.

Η θνησιμότητα από την γρίπη H1N1 αφορούσε συγκεκριμένες ηλικίες, αλλά οι πληροφορίες για τη θνησιμότητα ανά ηλικία ήταν σπάνιες. Η θνησιμότητα στην Ελλάδα ήταν κάτω από αυτή της Ολλανδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου έως την ηλικία των 45 ετών και στη συνέχεια αυξάνονταν δραματικά με την αύξηση της ηλικίας (για άτομα άνω των 65 ήταν οκτώ φορές το ποσοστό της Γερμανίας, τέσσερις φορές το ποσοστό της Ολλανδίας και τρεις φορές το ποσοστό του Ηνωμένου Βασιλείου (πίνακας 31) (Perotti, 2021).

Πίνακας 31 : Η θνησιμότητα από γρίπη ανά ηλικία (θάνατοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού)

Ηλικιακή ομάδα	Ελλάδα	Γερμανία	Ολλανδία	Ηνωμένο Βασίλειο
0-4	3.0	2.9	5.3	6.9
5-14	3.0	2.5	5.6	5.5
15-24	5.0	2.2	1.5	4.6
25-44	5.0	-	2.2	6.2
45-64	10.0	4.2	5.5	8.1
65+	19.7	2.4	4.7	6.0

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.

6.2.3 Ο ιός του Δυτικού Νείλου

Ο ιός του Δυτικού Νείλου (WNV) είναι ένας ιός που μεταδίδεται από τα κουνούπια και τα άγρια και αιχμάλωτα πτηνά. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί με τον ιό του Δυτικού Νείλου παραμένουν ασυμπτωματικοί. Περίπου το 20-40% των μολυσμένων ανθρώπων αναπτύσσει συμπτώματα, η συντριπτική πλειονότητα των οποίων κυμαίνονται από ένα ήπιο σύνδρομο γρίπης ή πυρετό, έως σοβαρές εγκεφαλικές νόσους του Δυτικού Νείλου (WNED). Αυτή η σοβαρή κατάσταση αφορά λιγότερο από το 1% των μολυσμένων ασθενών. Η νευρολογική ασθένεια συνήθως περιλαμβάνει τρία διαφορετικά σύνδρομα όπου είναι η μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα και η οξεία χαλαρή παράλυση (Kontodimopoulos, et al., 2014).

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, υπήρχαν μόνο σποραδικές περιπτώσεις του ιού του Δυτικού Νείλου στην Ευρώπη. Το πρώτο ξέσπασμα σημειώθηκε το 1996 στη Ρουμανία, με περίπου 400 κρούσματα, ακολουθούμενα από αρκετά κρούσματα σε τρεις περιοχές της Ρωσίας μέχρι το 2010. Το 2010, υπήρξαν κρούσματα αυτόχθονων ανθρώπων στη Ρουμανία, την Ουγγαρία, την Ιταλία, την Ισπανία και την Ελλάδα μεταξύ των χωρών της ΕΕ, εκτός από την Κροατία, την Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, το Κοσσυφοπέδιο, το Μαυροβούνιο και τη Σερβία. Μόνο στην Ελλάδα, ωστόσο, αυτό χαρακτηρίστηκε ως «ξέσπασμα» σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (2012). Τα κρούσματα που καταγράφηκαν στην Ελλάδα το 2010 ήταν τα πρώτα που αναφέρθηκαν ποτέ στη χώρα (Konstantopoulos, 2014).

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων ξεκίνησε τη συλλογή δεδομένων το 2011. Ωστόσο, τα περισσότερα άτομα ανακάλυψαν ότι επηρεάστηκαν από τον ιό του Δυτικού Νείλου όταν νοσηλεύθηκαν όπου εμφάνισαν και αρκετά συμπτώματα (για παράδειγμα, από τα 262 άτομα που αναφέρθηκαν στην Ελλάδα το 2010, τα 197 είχαν ιό του Δυτικού Νείλου). Κατά τα έτη 2010 έως 2013, η Ελλάδα είχε πράγματι την υψηλότερη επίπτωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με μέγιστη συχνότητα εμφάνισης 2,13 κρουσμάτων ανά 100.000 άτομα το 2012. Η Ιταλία ήταν η επόμενη με 1,02 κρούσματα ανά 100.000 άτομα (πίνακας 32). Μέρος της διαφοράς μπορεί να εξηγηθεί από την ηλικιακή δομή του ελληνικού πληθυσμού καθώς η

συχνότητα των νευρολογικών διαταραχών που προκλήθηκαν από τον ιό του Δυτικού Νείλου αυξήθηκαν δραματικά με βάση την ηλικία (Perotti, 2021).

Πίνακας 32 : Οι περιπτώσεις του ιού του Δυτικού Νείλου και οι επιπτώσεις

	Ελλάδα	Ουγγαρία	Ιταλία	Ρουμανία	Βουλγαρία	Κροατία
2010	262					
2011	100 (1.37)	3 (0.13)	14 (0.50)	11 (0.25)		
2012	161 (2.13)	17 (0.25)	50 (1.02)	14 (0.35)	2 (0.47)	5 (0.72)
2013	65 (1.04)	31 (0.46)	69 (0.71)	24 (0.34)		16 (1.30)
2014	15 (0.33)	11 (0.21)	24 (0.37)	23 (0.27)		
2015		18 (0.43)	61 (0.58)	32 (0.38)	15 (0.97)	
2016		44 (0.53)	76 (0.71)	93 (0.82)	2 (0.15)	
Σύνολο	603	124	294	197	19	21
Εκτιμώμενο σύνολο με εγκεφαλική νόσο του Δυτικού Νείλου	453	92	221	148	14	16
Εκτιμώμενοι θάνατοι	90	19	44	30	3	3

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control, 2017.

Τα ποσοστά θνησιμότητας (αριθμός θανάτων έναντι αριθμού περιπτώσεων) είναι διαθέσιμα μόνο σε λίγες περιπτώσεις (πίνακας 33). Στην Ελλάδα, το ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ ατόμων με νευρολογικές διαταραχές από τον ιό του Δυτικού Νείλου το 2010 και το 2011 ήταν 15%, έναντι το 16% του ποσοστού θνησιμότητας για την ίδια κατηγορία μεταξύ 2008 και 2011 στην Ιταλία. Την περίοδο 2010-2014, ο εκτιμώμενος αριθμός θανάτων λόγω της επιδημίας του ιού του Δυτικού Νείλου στην Ελλάδα ήταν 90 (Perotti, 2021).

Πίνακας 33 : Οι επιπτώσεις του ιού του Δυτικού Νείλου ανά ηλικία στην Ελλάδα το 2010

Ηλικιακή ομάδα	Αριθμός των ασθενών	Επιπτώσεις ανά 100.000 άτομα
<20	4	0.18
20-29	3	0.2
30-39	6	0.34

40-49	9	0.55
50-59	18	1.27
60-69	29	2.44
70-79	85	8.01
80+	43	9.63

Πηγή : European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.

Συνολικά, και παραμερίζοντας το ξέσπασμα του ιού του HIV που είχε προφανείς σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις, οι αυξήσεις στα κρούσματα ελονοσίας, γρίπης και ιού του Δυτικού Νείλου ήταν αριθμητικά πολύ περιορισμένες (Liaropoulos, 2012).

6.3 Οι αυτοκτονίες και τα τροχαία ατυχήματα

Οι ισχυρισμοί για κύμα αυτοκτονιών έχουν εμφανιστεί συχνά στη συζήτηση που σχετίζονται με την ελληνική κρίση. Για παράδειγμα, οι Antonakakis και Collins (2014) υπολόγισαν τις αυτοκτονίες λόγω οικονομικών συνθηκών στην Ελλάδα μεταξύ 1968 και 2011 και ανέφεραν ότι πραγματοποιήθηκαν 275 αυτοκτονίες ανδρών ετησίως λόγω των περικοπών του προϋπολογισμού τους. Οι Karanikolos, et al.(2013) υποστήριξαν επίσης ότι τα μέτρα που ελήφθησαν στην Ελλάδα, την Ισπανία και την Πορτογαλία οδήγησαν σε περισσότερες αυτοκτονίες. Δεδομένου ότι τουλάχιστον ο Ruhm (2000) έχει εντοπίσει ότι οι αυτοκτονίες είναι αντικυκλικές. Το 2007, που ήταν το έτος πριν την έναρξη της κρίσης, το ποσοστό των αυτοκτονιών ήταν 2,9 ποσοστιαίες μονάδες της Ελλάδας όπου ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη μετά την Κύπρο. Το 2013, το τελευταίο έτος της ύφεσης, ήταν 4,8 ποσοστιαίες μονάδες, σημειώνοντας αύξηση 64%. Την ίδια περίοδο ο ευρωπαϊκός μέσος όρος παρέμεινε σταθερός στις 11,5 περίπου ποσοστιαίες μονάδες (Sialakis, 2019).

Ο πίνακας 34 δείχνει τον πραγματικό και προβλεπόμενο μέσο ετήσιο αριθμό αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της ελληνικής ύφεσης, όπου ο προβλεπόμενος αριθμός προκύπτει από μια παλινδρόμηση OLS της μεταβολής των αυτοκτονιών στην ποσοστιαία μεταβολή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ κατά τη διάρκεια της ύφεσης. Οι δύο στήλες εμφανίζουν δύο διαφορετικούς ορισμούς του παλινδρομητή (Perotti, 2021).

Πίνακας 34 : Οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της κρίσης (2008-2013)
σε σύγκριση με άλλες μεγάλες υφέσεις

Προβλεπόμενος ετήσιος αριθμός αυτοκτονιών	38 7	534
Πραγματικός μέσος ετήσιος αριθμός αυτοκτονιών	44 3	443
Επιπλέον ετήσιος αριθμός αυτοκτονιών	56	-91

Πηγή : EUROSTAT Mortality database, 2014.

Χρησιμοποιώντας τον πρώτο ορισμό του προβλεπόμενου μέσου ετήσιου ποσοστού αυτοκτονιών για την κρίση (2008-13) στην Ελλάδα, καταγράφηκαν 387 αυτοκτονίες έναντι ενός πραγματικού ετήσιου μέσου όρου κατά την ίδια περίοδο 443 αυτοκτονίες, υποδηλώνοντας ένα υπερβολικό ποσοστό αυτοκτονιών περίπου 56 ετησίως στην περίοδο της Ελληνικής κρίσης. Ωστόσο, η ίδια περίπτωση αλλά με τον εναλλακτικό ορισμό του προβλεπόμενου μέσου ετήσιου ποσοστού αυτοκτονιών δίνει μια εκτιμώμενη αρνητική υπέρβαση των θανάτων από αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ελληνικής ύφεσης (-91). Οι ίδιες οι παλινδρομήσεις ελαχίστων τετραγώνων δίνουν ασήμαντους συντελεστές, αλλά αυτή η απλή περίπτωση δείχνει πόσο δύσκολο είναι να εκτιμηθούν οι υπερβολικοί θάνατοι από αυτοκτονίες και να αποδοθούν στην κρίση (Branas, et al., 2015).

Ένα τυπικό αποτέλεσμα για τις ανεπτυγμένες χώρες είναι ότι οι κρίσεις συνδέονται συνήθως με το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, εν μέρει λόγω χαμηλότερων τροχαίων ατυχημάτων εξαιτίας της λιγότερο έντονης κυκλοφορίας. Χρησιμοποιώντας τις ίδιες μεθόδους όπως στον προηγούμενο πίνακα, ο πίνακας 35 υποδηλώνει ότι η Ελλάδα είχε υπερβολικούς θανάτους από τροχαία ατυχήματα μεταξύ 800 και 900 κατά τη διάρκεια της κρίσης. Είναι απίθανο να περιμένουμε μια τόσο μεγάλη πτώση στην ένταση της κυκλοφορίας ώστε να αντισταθμιστούν αυτές οι τεράστιες διαφορές στη μεταβολή του ΑΕΠ (Perotti, 2021).

Πίνακας 35 : Τα τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της κρίσης (2008-2013) σε σύγκριση με άλλες μεγάλες υφέσεις

Προβλεπόμενος ετήσιος αριθμός τροχαίων ατυχημάτων	607	501
Πραγματικός μέσος ετήσιος αριθμός τροχαίων ατυχημάτων	1404	1404
Επιπλέον ετήσιος αριθμός τροχαίων ατυχημάτων	797	903

Πηγή : EUROSTAT Mortality database, 2014.

Κεφάλαιο 7^ο : Συζήτηση επί των αποτελεσμάτων

Η οικονομική κρίση έχει αναδείξει την ανάγκη για ριζική αναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής υγειονομικής περίθαλψης προς τον δηλωμένο στόχο του να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Μέχρι στιγμής, η διαδικασία μεταρρύθμισης έχει κατακερματιστεί κάπως και πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή ορισμένες στρατηγικές, διαδικασίες και μέθοδοι για τη βελτιστοποίηση του εθνικού συστήματος υγείας. Τα μέτρα μεταρρύθμισης που εγκρίθηκαν

1. **μείωσαν τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία γενικά με αποτέλεσμα ορισμένες περικοπές υπηρεσιών και μεγαλύτερους χρόνους αναμονής**
2. **αύξησαν το κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών για τους χρήστες και**
3. **μείωσαν τον αριθμό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας με περικοπές μισθών,**

χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η αποτελεσματικότητα κατανομής (οικονομικότητα) κατά τη διαδικασία κατανομής των πόρων.

Η Περιφερειακή Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη

- *ενέκρινε το 2009 ψήφισμα με το οποίο «παροτρύνει τα κράτη μέλη της να διασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας τους συνεχίζουν να προστατεύουν τους πιο ευάλωτους, επιδεικνύουν αποτελεσματικότητα στην παροχή προσωπικών και πληθυσμιακών υπηρεσιών και συμπεριφέρονται ως σοφοί οικονομικοί παράγοντες όσον αφορά τις επενδύσεις, τις δαπάνες και την απασχόληση» και*
- *κάλεσε τα κράτη μέλη να «εντείνουν την παρακολούθηση και την ανάλυση των συνεχιζόμενων αλλαγών στις συνθήκες διαβίωσης, να αξιολογήσουν την απόδοση του συστήματος υγείας και να διατυπώσουν ρεαλιστικές επιλογές πολιτικής με στόχο την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία».*

Η ανάλυση της ελληνικής περίπτωσης υπογραμμίζει τη σημασία αυτού του ψηφίσματος, δεδομένου ότι η διαδικασία μεταρρύθμισης της υγείας στην Ελλάδα θα έπρεπε να εφαρμοστεί με τρόπο που να είναι πιο συνεπής με το ψήφισμα. Ενώ πολλά

μεταρρυθμιστικά μέτρα που δρομολογήθηκαν ως απαντήσεις στην κρίση του δημόσιου χρέους της Ελλάδας είναι προς τη σωστή κατεύθυνση της εξυγίανσής τους, θα έπρεπε να δοθεί περισσότερη προσοχή στις επιπτώσεις της κρίσης στη δημόσια υγεία και στις πολιτικές οικονομικής προσαρμογής. Από το 2010, το δημόσιο σύστημα υγείας έπρεπε να αντιμετωπίσει τη διπλή αιτία ανάπτυξης κρίσεων

- αφενός, λόγω μείωσης των διαθέσιμων πόρων και
- αφετέρου, λόγω αύξησης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας εξαιτίας κυρίως του δημογραφικού και μεταναστευτικού.

Καθώς η κρίση βαθαίνει και οι δημόσιες δαπάνες μειώνονται, η πρόσβαση στην περίθαλψη απειλείται, ιδιαίτερα για τα χαμηλά εισοδήματα και τις ευάλωτες ομάδες, με άγνωστες ακόμη επιπτώσεις στα αποτελέσματα της υγείας του πληθυσμού.

Στο πλαίσιο αυτό, η ανάλυσή μας έδειξε ότι **πέντε προτεραιότητες πρέπει να επανεξεταστούν από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για την υγεία. Αυτές ουσιαστικά συνιστούν και την συμβολή της ΔΕ επί του θέματος:**

1. **Δίκαιη πρόσβαση** στις υπηρεσίες υγείας.
2. **Μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων** σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται και τις επιλογές θεραπείας τους.
3. Αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας προς ένα σύστημα **πρωτοβάθμιας περίθαλψης** με επίκεντρο τον ασθενή.
4. **Μεγαλύτερη αποκέντρωση στη λήψη αποφάσεων** και της παροχής των σχετικών υπηρεσιών.
5. **Αύξηση της λογοδοσίας** του τομέα υγείας.

Υπάρχει επίσης ανάγκη επανεξέτασης και προώθησης μιας δημόσιας συζήτησης για τον **προϋπολογισμό για την υγεία όχι ως οικονομική επιβάρυνση-κόστος αλλά ως αναπτυξιακό εργαλείο**, με την ανάγκη αντιμετώπισης όχι μόνο των οικονομικών διαστάσεων αλλά και της ευημερίας των πολιτών. Με άλλα λόγια, **η επαναφορά των κοινωνικών αξιών** στις οποίες βασίζεται το σύστημα υγειονομικής κοινωνικής

περίθαλψης αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός νέου παραδείγματος για τη βιώσιμη ανάπτυξη του.

Συμπεράσματα

Ο σκοπός της εργασίας ήταν, αφενός, η εξέταση των συνεπειών των μέτρων λιτότητας, που επιβλήθηκαν κατά την κρίση δημοσίου χρέους της Ελλάδας, στον τομέα της υγείας, κατά την δεκαετία του 2010. Ο τρόπος που προσεγγίστηκε η εργασία είναι η βιβλιογραφική επισκόπηση σύγχρονης αρθρογραφίας στο γνωστικό αντικείμενο από όπου αποδεικνύεται βάσει στατιστικών δεδομένων ότι η συγκεκριμένη περίοδος ήταν οπισθοδρόμηση για την κοινωνική περίθαλψη στην Ελλάδα, με γενικό λογιστικό μόνο σύνθημα «εξοικονόμηση δαπανών». Χρησιμοποιήσαμε στην εμπειρική ανάλυση περιγραφικές στατιστικές με στόχο να διαπιστωθούν οι συνέπειες της λιτότητας της μνημονιακής περιόδου και να αναδείξουμε την τάση της δυναμικής του τομέα υγείας στην Ελλάδα την δεκαετία του 2010.

Τα μέτρα λιτότητας δεδομένης της ανισορροπίας του τομέα υγείας, λόγω δημογραφικού και μεταναστευτικού ή/και εισφοροδιαφυγής, διόγκωσαν το υφιστάμενο πρόβλημα. Οι συνέπειες, όπως φάνηκε, ήταν μεγάλες σε όλους τους τομείς της Ελληνικής Οικονομίας, αλλά στον τομέα που εκ φύσεως οι αδυναμίες ήταν πιο εμφανείς ήταν ο τομέας της υγείας, με αποτέλεσμα να αναδυθούν ανθρωπιστικά προβλήματα. Η πολιτική ηγεσία των επόμενων χρόνων, έκανε προσπάθειες να διορθώσει την συγκεκριμένη κατάσταση, μέσω των *μεταρρυθμίσεων, δηλαδή με υποκατάσταση τεχνολογίας – οργάνωσης οργανισμών σε βάρος κεφαλαίου ή εργασίας*. Εντούτοις, στη βάση της «οικονομιστικής λογικής, αφενός, το έλλειμα εισφορών γεννά την ανάγκη για «κεφαλαιοποιητικό» σύστημα, κι αφετέρου, η παθογένεια τόσων ετών δεν μπορούσε να διορθωθεί μέσα σε ένα τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Τέλος, θα πρέπει να γίνουν έντονες διορθωτικές προσπάθειες έτσι ώστε να διαγραφτεί μια συγκεκριμένη πορεία αναδιάρθρωσης και επιτυχών αποτελεσμάτων τόσο στο τομέα της υγείας όσο και στους λοιπούς τομείς.

Λόγω ελάχιστης βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα, είναι αναγκαίο να γίνουν περισσότερες μελέτες για τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν στον τομέα της υγείας κατά την δεκαετία του 2010. Η συγκεκριμένη εργασία, θα μπορούσε να αποτελέσει αυτόν τον πρόδρομο για την ανάπτυξη της σχετικής έρευνας ειδικά στα πεδία της *βιωσιμότητας αλλά και της αξιολόγησης των μεταρρυθμίσεων που θεσπίστηκαν την περίοδο της κρίσης χρέους της Ευρωζώνης (2010-2015)*.

Αναφορές

Beletsioti, C., Papadopoulos, A. Niakas, D. (2018), The impact of the financial crisis on health and health care in Greece, *Archives of Hellenic Medicine*, vol. 35, no. 5, 686-697.

Branas, C., Kastanaki, E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, F., Theodorakis, N., Carr, G., Wiebe, J. (2015), The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis, *BMJ Open*, vol. 5, no. 1, 56-79.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A. (2014), The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, *European Observatory on Health Systems and Policies*, 98-122.

Farantos, I., Koutsoukis, S. (2017), Public Policy Analysis of Health System in Conditions of the Greek Economic Crisis, *European Scientific Journal*, vol. 13, no. 7, 41-52.

Fountoulakis, N., Grammatikopoulos, A., Koupidis, A., Siamouli, M., Theodorakis, N. (2012), Health and the financial crisis in Greece, *The Lancet*, vol. 379, no. 9820, 1001–1002.

Fountoulakis, N., Theodorakis, N. (2014), Austerity and health in Greece, *The Lancet*, vol. 3, no. 8, 15-43.

Hessel, P., Vadoros, S., Avendano, M. (2014), The differential impact of the financial crisis on health in Ireland and Greece: a quasi-experimental approach, *Public Health*, vol. 128, no. 10, 911–919.

Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, H., Kalofonos, P. (2013), Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care, *Health Policy*, vol. 113, no. 1–2, 8–12.

Karanikolos, M., Kentikelenis, A. (2016), Health inequalities after austerity in Greece, *International Journal for Equity in Health*, vol. 15, no. 1.

Kentikelenis, A., Papanicolas, I. (2011), Economic crisis, austerity and the Greek public health system, *The European Journal of Public Health*, vol. 22, no. 1, 4–5.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011), Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet*, vol. 378, no. 9801, 1457–1458.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2012), Health and the financial crisis in Greece – Authors’ reply, *The Lancet*, vol. 379, no. 9820, 10-20.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D. (2014), Greece’s health crisis: from austerity to denialism, *The Lancet*, vol. 383, no. 9918, 748–753.

Keramidou, I., Triantafyllopoulos, L. (2018), The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece, *Health Policy*, vol. 122, no. 4, 352–358.

Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Niakas, D. (2014), Austerity and health in Greece, *The Lancet*, Vol. 383, no. 9928, 1544-1546.

Konstantopoulos, K. (2014), Austerity and health in Greece, *The Lancet*, Vol. 383, no. 9928, 1544-1555.

Kosmidis, D. (2021), Health and Care Services during the Longstanding Financial Crisis in Greece, *International Research in Medical and Health Sciences*, vol. 4, no. 2, 28-40.

Liaropoulos, L. (2012), Greek economic crisis: not a tragedy for health, *BMJ Open*, vol. 3, no. 2, 79-88.

Maragaki, A., Konstantinidis, T., Sarafis, P. (2019), The consequences of austerity policies on the health of Greeks in the years of the economic crisis, *Archives of Hellenic Medicine*, vol. 37, no. 5, 687-694.

Noikokyrakis, G., Tasiopoulos, T., Sarafis, P. (2018), Health status, economic crisis, and austerity: A comparison between Greece and Portugal, *Interscientific Health Care*, vol. 10, no. 1, 13-26.

Oikonomou, N., Tountas, Y. (2011), The Greek economic crisis: a primary health-care perspective, *The Lancet*, vol. 377, no. 9759, 28–29.

Papadopoulos, D., Koskinioti, S., Tsekoura, I., Bogiatzidis, P., Bekiari, T., Sarafis, P., Malliarou, M. (2018), The consequences of austerity policy at the health level of population of the countries which have been in financial adjustment-comparative data, *Interscientific Health Care*, vol. 10, no. 1, 56-67.

Perotti, R. (2021), The human side of austerity: health spending and outcomes during the Greek crisis, *Economic Policy*, vol. 36, no. 105, 121–190.

Petmesidou, M. (2019), Challenges to Healthcare Reform in Crisis-Hit Greece, *E-Cadernos CES*, vol. 3, no. 1, 1-19.

Polyzos, N. (2012), Health and the financial crisis in Greece, *The Lancet*, vol. 379, no. 9820, 1000-1016.

Rotarou, S., Sakellariou, D. (2017), Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece, *Critical Public Health*, Vol. 29, no. 1, 48–60.

Sialakis, C. (2019), The Impact of Economic Recession on Public Health and Healthcare System in Greece, *HEALTH Review*, vol. 4, no. 9, 7-11.

Simou, E., Karamagioli, E., Roumeliotou, A. (2013), Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers, *Primary Health Care Research & Development*, vol. 16, no. 1, 5–13.

Simou, E., Koutsogeorgou, E. (2014), Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, *Health Policy*, vol. 115, no. 2–3, 111–119.

Tapia Granados, A., Rodriguez, M. (2015), Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland, *Health Policy*, vol. 119, no. 7, 941–953.

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.

Vlachadis, N., Vrachnis, N., Ktenas, E., Vlachadi, M., Kornarou, E. (2014), Mortality and the economic crisis in Greece, *The Lancet*, vol. 383, no. 9918, 691-700.

Vrachnis, N., Vlachadis, N., Iliodromiti, Z., Valsamakis, G., Creatsas, G. (2014), Austerity and health in Greece, *The Lancet*, vol. 383, no. 9928, 1543–1544.

Yfantopoulos, P., Yfantopoulos, J. (2015), The Greek Tragedy in the Health Sector: Social and Health Implications, *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, Vol. 84, no. 3, 165–182.

Zavras, D., Zavras, I., Kyriopoulos, I., Kyriopoulos, J. (2016), Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece, *BMC Health Services Research*, vol. 16, no.1, 1-18.