



content/plugins/revslider/includes/operations.class.php on line 2030

**Warning:** "continue 2" targeting switch is equivalent to "break 2". Did you mean to use "continue 3"? in `/home/debtfree/public_html/wp-content/plugins/revslider/includes/operations.class.php` on line 2862

## Ελλάδα: Υγεία βουτηγμένη στο χρέος



Alternative  
Blog

Μαΐ 3 2019



### Ελλάδα: Υγεία βουτηγμένη στο χρέος

**Ελένη Μαυρούλη**  
[elenimavrouli@gmail.com](mailto:elenimavrouli@gmail.com), Dr Social Policy -General law department, journalist - researcher

Ελένη Μαυρούλη

Δρ. Γενικού Τμήματος Δικαίου (νυν Κοινωνικής Πολιτικής) δημοσιογράφος – ερευνήτρια

Κατεβάστε το [εδώ](#)

#### Περιεχόμενα

Περίληψη

## Ελλάδα: Υγεία βουτηγμένη στο χρέος

Ελένη Μαυρούλη

[elenimavrouli@gmail.com](mailto:elenimavrouli@gmail.com), Dr Social Policy - General law department, journalist - researcher



### 3. Συνέπειες

- Συνέπειες ανά τομέα
- Δημόσια νοσοκομεία
- Θνησιμότητα
- Καταστροφικές δαπάνες Υγείας
- ΕΟΠΥΥ
- Χρόνιες ασθένειες
- Ψυχική Υγεία

### 4. Συνολικές δαπάνες για υγεία –

Σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ

### 5. ΜΚΟ – Κοινωνικά δίκτυα

### 6. Επίλογος

Το 2010 η Ελλάδα βρέθηκε αντιμέτωπη με μια κλιμακούμενη οικονομική κρίση και, υπό το φόβο της χρεωκοπίας, η κυβέρνηση αιτήθηκε οικονομικής στήριξης από τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Η παροχή οικονομικής στήριξης εγκρίθηκε και η Ελλάδα υπέγραψε Μνημόνιο συνεργασίας με το ΔΝΤ, την ΕΕ και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Με βάση τις προβλέψεις του

Μνημονίου και υπό την πίεση των δανειστών για γρήγορες αλλαγές, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε στην υιοθέτηση και εφαρμογή μιας σειράς από μεταρρυθμίσεων και στον τομέα της υγείας. Οι οριζόντιες περικοπές στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία, οι μειώσεις στα πακέτα παροχών για την υγεία, οι αυξήσεις στη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος εξετάσεων και φαρμάκων, ο ορισμός ανώτατου ορίου στη χρήση των δημοσίων ιατρικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με τη σημαντικότερη μείωση του αριθμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των περικοπών στην κοινωνική ασφάλιση, της «εκρηκτικής» ανόδου της ανεργίας και της φτωχοποίησης μεγάλου μέρους του πληθυσμού είχαν ως αποτέλεσμα να πολλαπλασιαστούν τα εμπόδια ως προς την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και να δημιουργηθούν σοβαρά κενά στην υγειονομική κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού. Το σύστημα υγείας, που ήδη είχε πολλά προβλήματα, απλώς έγινε πολύ χειρότερο.

#### • 1 Μικρό ιστορικό

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάς μπορεί να χαρακτηριστεί ως μίξη επιμέρους συστημάτων με βασικό οργανωτικό άξονα την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Τα βασικά στοιχεία του είναι ο τομέας της ασφάλισης και ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας. Το τομέας της παροχής υγείας συνίσταται από τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (κρατικά νοσοκομεία και

Το δημόσιο σύστημα προσφέρει πλήρη ιατρική κάλυψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης των εργαζομένων στα ταμεία υγείας συμπεριλαμβανομένων και των μελών των οικογενειών τους που δικαιούνται ασφάλιση. Τα ταμεία αποτελούσαν τα κύρια στηρίγματα σε θέματα κάλυψης, παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των κέντρων υγείας ήταν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης με την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου. Οι συμβάσεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας, και οι αποζημιώσεις προς τους ασφαλισμένους, έπρεπε να εγκριθούν από το υπουργείο Υγείας ή το υπουργείο Απασχόλησης ή το υπουργείο Οικονομικών.

Μεγάλη ήταν, επίσης, η πολυδιάσπαση όσον αφορά τη διοίκηση του συστήματος υγείας. Το σύστημα είναι κατεξοχήν νοσοκομειοκεντρικό με έμφαση στον υπερ-ειδικευμένο γιατρό.

Το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία), από την κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας) και από ιδιωτικές πληρωμές. Η νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτεται με βάση τις συμβάσεις που έχουν υπογραφεί με τα νοσοκομεία από τα ταμεία υγείας τα οποία καταβάλουν νοσήλια για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους. Τα νοσήλια αυτά είναι μικρότερα του κόστους και το υπόλοιπο ποσό συνήθως καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Για την κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών οι κρατικές επιχορηγήσεις συχνά έφταναν και μέχρι το 74% των συνολικών εσόδων των νοσοκομείων<sup>[i]</sup>.

Διεύρυνση των ελλειμμάτων από τα μέσα της δεκαετίας του '80 άρχισαν να παρουσιάζουν και τα ασφαλιστικά ταμεία που οφείλονται σε σειρά από λόγους και από το 1993 και μετά ελλείμματα στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων που οφείλονται, κατά κύριο λόγο, στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου που είχε ως στόχο την μείωση της κρατικής επιχορήγησης στα νοσοκομεία. Η κάλυψη των ελλειμμάτων στα ταμεία έγινε προσπάθεια να γίνει μέσα από αύξηση των εισφορών με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια ευρεία κλίμακα επιβαρύνσεων διαφορετικών ανά ασφαλισμένο και ανά ταμείο.

Επίσης, ιδιαίτερη έννοια της φαρμακευτικής δαπάνης που συμπεριλαμβάνει τη δαπάνη για συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ 2004 – 2009 από 2,4 δισεκατομμύρια ευρώ σε 5,09 δισεκατομμύρια ευρώ. (Σουλιώτης 2010). Δημόσια συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη το 2009 αγγίζει το 95% της συνολικής δαπάνης το 2009. Την ίδια ώρα, όμως, η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι χαμηλότερη όχι μόνο από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο αλλά και από αντίστοιχες ως προς το μέγεθος και το επίπεδο οικονομίας ευρωπαϊκές χώρες, <sup>[ii]</sup> κάτι που υποδηλώνει αναποτελεσματικότητα και μη αποδοτικότητα στη διαχείριση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και των διαθέσιμων οικονομικών πόρων. Εξού και εμφάνιση άτυπων πληρωμών εντός δημοσίου συστήματος υγείας που αγγίζουν το 2% του ΑΕΠ (απώλειες και για το κράτος λόγω απωλειών φόρων ύψους περίπου 5 δισεκατομμυρίων ευρώ)<sup>[iii]</sup>.

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '90, κάποια από τα μεγαλύτερα προβλήματα που παρουσίαζε το Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν η αδιαφάνεια στις συναλλαγές με το προσωπικό, οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και σε υποδομές και ο μεγάλος χρόνος αναμονής για επεμβάσεις και εξετάσεις. Σε πόρισμα επιτροπής ξένων εμπειρογνομόνων που συστάθηκε το 1994 με επικεφαλής τον Brian Adel-Smith επισημαίνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από έλλειψη σχεδιασμού και οργάνωσης, υπανάπτυκτη δημόσια υγεία, αντιδεδοντολογικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας (δωροδοκίες) και ότι το σύστημα χρηματοδότησης είναι αναχρονιστικό και πολυκερατισμένο και ότι ιδιαίτερα στα νοσοκομεία υπάρχει έλλειψη σαφών οδηγιών ως προς τη διαχείριση των εξόδων ή την επιλογή των προμηθευτών<sup>[iv]</sup>.

## • 2 Τι προέβλεπαν τα μνημόνια

Στο πλαίσιο της εφαρμογής των Μνημονίων στα οποία τέθηκαν συγκεκριμένοι όροι προκειμένου να εξασφαλίσει η χώρα



Από το 2010 μέχρι τουλάχιστον τον Φεβρουάριο του 2015, οπότε ανέλαβε τα ηνία της διακυβέρνησης μια νέα κυβέρνηση μετά τις εκλογές της 25<sup>ης</sup> Ιανουαρίου, οι ελληνικές κυβερνήσεις συνέχισαν να εφαρμόζουν μια σειρά μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας με στόχο τη διατήρηση των κρατικών δαπανών στο 6% ή κάτω από 6% του ΑΕΠ και τη φαρμακευτική δαπάνη στο 1%. Σε πλήρη εναρμόνιση με τη συνολική κυβερνητική επιλογή της λιτότητας, η πολιτική αυτή, επί της ουσίας, οδήγησε στην μεγαλύτερη ύφεση που έζησε ποτέ η οικονομία της υγείας στην Ελλάδα. Μεταξύ του 2009 και του 2013, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 31,9% (από 23,2 δισεκατομμύρια ευρώ στα 15,8 δισεκατομμύρια). [v].

Συνοπτικά τα μέτρα που αφορούσαν το σύστημα υγείας στα Μνημόνια, όπως τουλάχιστον διατυπώθηκαν, είναι τα εξής:

### Μέτρα σχετικά με το σύστημα υγείας όπως αναφέρονται στα Μνημόνια Κατανόησης

ΕΛΛΑΔΑ – ΜΝΗΜΟΝΙΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

(Μάιος 2010, Φεβρουάριος 2012, Αύγουστος 2015)

- Διαχωρισμός της χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας από το συνταξιοδοτικό σύστημα.
- Συγχώνευση των κεφαλαίων για να απλοποιηθεί το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα.
- Αύξηση των φόρων υπέρ υγείας (αλκοόλ και καπνός).
- Διασφάλιση μεγαλύτερης δημοσιονομικής και λειτουργικής εποπτείας των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη από τον Υπουργό Οικονομικών.
- Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να μην ξεπερνούν το 6% του ΑΕΠ.
- Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να μην ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ.
- Αύξηση της συμμετοχής των ασθενών όσον αφορά τις διαγνωστικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία.
- Επανεξέταση του συστήματος συμμετοχής του ασθενούς στην αγορά φαρμάκων προκειμένου να εξαιρεθεί από την πληρωμή μόνο περιορισμένος αριθμός φαρμάκων που σχετίζονται με συγκεκριμένες θεραπευτικές αγωγές.
- Επανεξέταση των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες που ανατίθενται σε ιδιωτικούς παρόχους με στόχο τη μείωση του σχετικού κόστους κατά τουλάχιστον 15% το 2011 και κατά 15% επιπλέον το 2012.
- Περιορισμός στις τιμές των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αύξηση των εισφορών για την υγειονομική περίθαλψη.
- Διαχωρισμός της χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας από το συνταξιοδοτικό σύστημα.

### Τιμολόγηση και αποζημίωση φαρμακευτικών προϊόντων

- Μείωση των τιμών των γενόσημων φαρμάκων και των φαρμάκων εκτός διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας.
- Χρήση νέου μηχανισμού τιμολόγησης βασισμένο στις τρεις χώρες της ΕΕ με τις χαμηλότερες τιμές. Ο κατάλογος θα ενημερώνεται σε τριμηνιαία βάση.
- Μείωση της τιμής όλων των φαρμάκων που βρίσκονται εκτός του διπλώματος ευρεσιτεχνίας στο 50% και όλων των γενόσημων φαρμάκων στο 32,5% της τιμής του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (πατέντα).
- Εισαγωγή επιστροφής χρημάτων και αυτόματων περικοπών στις υπερβάσεις τιμών – clawbacks- που δίνονται από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία.
- Αξιοποίηση διαπραγματευτικής επιτροπής για να αναπτυχθούν συμφωνίες για το εύρος των τιμών και τους κινδύνους, σύμφωνα με τα πρότυπα των άλλων χωρών της ΕΕ και τη διεθνή εμπειρογνομosύνη, ειδικά για καινοτόμα φάρμακα υψηλού κόστους.



καθεστώς οπλωματος ευρεσιτεχνίας κατά 60%.

· Υποχρεωτική ηλεκτρονική παρακολούθηση της συνταγογράφησης από ιατρούς φαρμάκων, διαγνωστικών εξετάσεων, παραπομπών και χειρουργικών επεμβάσεων τόσο εντός των εγκαταστάσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (νοσοκομεία) όσο και όσον αφορά φορείς παροχής υπηρεσιών που συνεργάζονται με τον Εθνικό Οργανισμό για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

· Υποχρεωτική συνταγογράφηση φαρμάκου στη βάση της δραστικής ουσίας ή λιγότερου ακριβού γενόσημου εφόσον είναι διαθέσιμο.

· Εισαγωγή δεσμευτικών κατευθυντηρίων οδηγιών για τους γιατρούς.

· Υποχρεωτική αντικατάσταση με γενόσημα από τα φαρμακεία.

· Έλεγχος της συμπεριφοράς συνταγογράφησης των γιατρών και της συμμόρφωσής τους με τις δεσμευτικές κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης. Επιβολή κυρώσεων και ποινών μετά από αξιολόγηση και αναφορά παραπτώματων και σύγκρουσης συμφερόντων ως προς την συμπεριφορά στη συνταγογράφηση ή και μη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης.

· Εισαγωγή θετικού και αρνητικού καταλόγου φαρμάκων που αποζημιώνονται.

· Αύξηση του μεριδίου των προμηθειών των νοσοκομείων σε φαρμακευτικά προϊόντα με βάση τη δραστική ουσία στα 3/4 του συνόλου των προμηθειών τους.

· Δημιουργία κέντρου αξιολόγησης της τεχνολογίας της υγείας, το οποίο θα ενημερώνει για την εισαγωγή φαρμάκων στον θετικό κατάλογο.

### Κατάλογος Φαρμακείων

· Κατάργηση της συνεισφοράς 0,4% επί των χονδρικών πωλήσεων υπέρ του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

· Αρχής γενομένης από το 2012, τα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων υπολογίζονται ως ένα κατ' αποκοπή ποσό ή ως ενιαίο τέλος σε συνδυασμό με ένα μικρό περιθώριο κέρδους με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους σε όχι περισσότερο από 15%.

· Αναπροσαρμογή των περιθωρίων κέρδους των φαρμακείων και εισαγωγή ενός φθίνοντος περιθωρίου κέρδους – δηλαδή ενός μειούμενου ποσοστού σε συνδυασμό με μια κατ' αποκοπή αμοιβή 30 ευρώ για τα ακριβότερα φάρμακα (άνω των 200 ευρώ) – με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους κάτω από το 15% .

· Εισαγωγή μιας συνεισφοράς υπό την μορφή της μέσης επιστροφής χρημάτων.

· Μείωση των περιθωρίων κέρδους στις χονδρικές πωλήσεις προκειμένου να συγκλίνουν στο ανώτατο όριο του 5%.

### Κεντρικό σύστημα αγορών και προμηθειών

· Δημιουργία νομικού και διοικητικού πλαισίου για ένα κεντρικό σύστημα προμηθειών.

· Αύξηση του ποσοστού των προμηθειών που θα γίνονται μέσω του κεντρικού συστήματος στο 80%.

· Χρήση ενός σταθερού συστήματος κωδικοποίησης για ιατρικές προμήθειες και φαρμακευτικά προϊόντα.

· Χρήση του συστήματος της αμοιβής των γιατρών που απασχολούνται με οποιαδήποτε σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ στη βάση του αριθμού των ασθενών που εξυπηρετούν έτσι ώστε να μειωθεί το συνολικό κόστος αποζημίωσης (μισθών και τελών) των γιατρών κατά τουλάχιστον 10% το 2011 και επιπλέον 15% το 2012, σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος.

(Πίνακας από Economou Charalambos, 2018)<sup>[vi]</sup>

#### • 1 Οι νομικές αλλαγές και η εφαρμογή των μέτρων

Ο Νόμος 3863 για το νέο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ψηφίστηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο στις 15 Ιουλίου 2010.

Πρόβλεπε το διαχωρισμό των κλάδων κοινωνικής υγειονομικής ασφάλισης από τον συνταξιοδοτικό, τη συγχώνευση ταμείων υγείας για να απλοποιηθεί το υπερβολικά κατακεραματισμένο σύστημα, την υπαγωγή όλων των πράξεων που σχετίζονται με την





απώτερο σκοπό την επιτυχή σημαντική μείωση στις σαπιανες δια μέσου συναφής συμφωνιών συσχέτισης τιμής – ποσότητας [vii].

Μετά από αυτό, η πιο σημαντική νομοθετική ρύθμιση ήταν η υιοθέτηση του Νόμου 3918 στις 2 Μαρτίου του 2011, η οποία εισήγαγε την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα, προέβλεπε την συγχώνευση οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγάλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) και τη σύσταση εξ αυτών του ΕΟΠΥΥ με σκοπό να λειτουργήσει ως μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και υπηρεσιών παροχής υγείας για όλους τους ασφαλισμένους, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό τη διαπραγματευτική ικανότητα με τους προμηθευτές. Ο ΕΟΠΥΥ ξεκίνησε επισήμως τη λειτουργία του τον Ιούνιο του 2011 και μέχρι το 2014 ήταν, επίσης, ο βασικός οργανισμός της χώρας που ήταν επιφορτισμένος με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο ρόλος του ήταν να συντονίσει την πρωτοβάθμια περίθαλψη, να ρυθμίζει τη σύναψη συμβάσεων με όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να καθορίζει πρότυπα ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με ευρύτερο στόχο να ανακουφίζει την πίεση όσον αφορά την περιπατητική και επείγουσα περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία.

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ενεργεί ως μοναδικός αγοραστής φαρμάκων, περιπατητικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών για όλους τους ασφαλισμένους, αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη διαπραγματευτική ισχύ στους προμηθευτές.

Μετά τη συγχώνευση, τα πακέτα παροχών των διαφόρων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας τυποποιήθηκαν και ενοποιήθηκαν για να παρέχουν τις ίδιες αποζημιώσεις. Βασικό χαρακτηριστικό των ενοποιημένων πακέτων ήταν η μείωση των παροχών προς τους ασφαλισμένους. Για παράδειγμα, ορισμένες ακριβές εξετάσεις που καλύπτονταν, έστω και μερικώς από τα ασφαλιστικά ταμεία παλιότερα, όπως είναι οι εξετάσεις αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) και οι εξετάσεις για τη θρομβοφιλία, αφαιρέθηκαν από το πακέτο κάλυψης του ΕΟΠΥΥ και οι ασφαλισμένοι πρέπει πλέον να τις πληρώνουν από την τσέπη τους. Επιπλέον, εισήχθησαν περιορισμοί όσον αφορά το δικαίωμα αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ για τον τοκετό, την αεροθεραπεία, τη λουτροθεραπεία, τη θαλασσαιμία, τη λογοθεραπεία και τη νεφροπάθεια. Επιπροσθέτως, η υιοθέτηση ενός αρνητικού καταλόγου φαρμάκων από το 2012 κατέληξε στην απόσυρση από την λίστα αποζημίωσης μιας σειράς φαρμάκων. Με βάση τους όρους των Μνημονίων, όπως αναφέρθηκαν και προηγουμένως, αυτός ο αρνητικός κατάλογος θα πρέπει ν' ανανεώνεται δύο φορές ανά έτος. Ο κατάλογος φαρμάκων που χορηγούνται χωρίς συνταγή ο οποίος υιοθετήθηκε, επίσης, τον ίδιο χρόνο περιλαμβάνει αρκετά φάρμακα τα οποία μέχρι εκείνη τη στιγμή υπάγονταν σε καθεστώς αποζημίωσης (πχ ορισμένα αναλγητικά και παυσίπονα) αλλά πλέον επίσης καλούνταν να πληρώσουν οι ασφαλισμένοι από την τσέπη τους [viii].

Το 2011, επιβλήθηκε αύξηση στο εισιτήριο εισόδου, από 3 σε 5€, σε δημόσια νοσοκομεία και σε κέντρα υγείας για τους ασθενείς που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία. Το μέτρο αυτό καταργήθηκε με την Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 της 1<sup>ης</sup> Απριλίου του 2015 την οποία υπέγραψε ο τότε Υπουργός Υγείας. Έκτοτε, η επίσκεψη στα κέντρα υγείας και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι δωρεάν. Σύμφωνα με δύο διαφορετικές έρευνες το κόστος εισαγωγής και διατήρησης του μηχανισμού είσπραξης του αντιτίμου του εισιτηρίου εισόδου των 5 ευρώ στα κέντρα υγείας αποδείχτηκε μεγαλύτερο από τα συνολικά έσοδα που έφερε η υιοθέτηση του μέτρου. Επίσης, ο τρόπος με τον οποίο κατανεμήθηκε το κόστος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν οδήγησε στην παροχή πιο αποτελεσματικών υπηρεσιών προς τον πολίτη [ix].

Με την ψήφιση του νόμου 4093/2012 υιοθετήθηκε το μέτρο της καταβολής από κάθε ασθενή 25€ ως τέλος εισαγωγής για νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο από το 2014 καθώς η καταβολή 1€ επιπλέον για κάθε ιατρική συνταγή που εκδίδεται στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (είτε στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας είτε μέσα στα δημόσια νοσοκομεία). Ωστόσο, το τέλος εισαγωγής στα δημόσια νοσοκομεία σύντομα καταργήθηκε και αντικαταστάθηκε από την επιβολή επιπλέον φόρου 10 σεντς στα τσιγάρα, μετά και από τις σφοδρότατες αντιδράσεις από τους επαγγελματίες στις υπηρεσίες



παρα την μείωση που επιβλήθηκε στις τιμές των φαρμάκων. Αυτό μπορεί να οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων στην πληρωμή των φαρμάκων που τέθηκε σε εφαρμογή από τον Οκτώβριο του 2012. Σε γενικές γραμμές, το μέσο κόστος συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη για τον ασφαλισμένο αυξήθηκε από το 13,3% το 2012 στο 18% το 2013. Ενδεικτικό είναι ότι το 2013, δεν χρειαζόταν συμμετοχή του ασφαλισμένου, μόνο για το 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ το 2012 δεν χρειαζόταν συμμετοχή για το 13% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. [x]

### • 3 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Μέχρι την έναρξη της κρίσης χρέους στην Ελλάδα, η Υγειονομική Περίθαλψη που παρείχαν τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης κάλυπτε περίπου το 40% των τρεχουσών δαπανών υγείας. Το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 30,1% το 2016, ποσοστό που αντιπροσωπεύει σχεδόν το μισό των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Παράλληλα, η ζήτηση για παροχή δημοσίων υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε καθώς οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων καθώς και ο αριθμός των νοσηλείων σε αυτά αυξήθηκαν κατά 2,3% και 10,5% αντίστοιχα μεταξύ 2010 και 2015, εξαιτίας της γιγάντωσης του ποσοστού ανεργίας και κατά συνέπεια της αναζήτησης βοήθειας στο δημόσιο Σύστημα Υγείας. Αυξήθηκε και η μέση μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη των νοικοκυριών καθώς και το μέσο ποσοστό συμμετοχής στην πληρωμή των φαρμάκων από πλευράς ασθενών – ασφαλισμένων από 9% που ήταν το 2009 σε 30% που ήταν το 2016. Επιπλέον, τον Απρίλιο του 2014, παραχωρήθηκαν σε ιδιωτικές εταιρείες τηλεφωνίας οι υπηρεσίες κλήσης τηλεφωνικών ραντεβού με γιατρούς στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), με τις κλήσεις να χρεώνονται από 0,95€ μέχρι 1,65€ το λεπτό, αυξάνοντας περαιτέρω το οικονομικό βάρος για τους ίδιους τους ασθενείς [xi].

Όσον αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, στο πλαίσιο της κατεύθυνσης για μείωση του κόστους εισροών προς το σύστημα υγείας, εφαρμόστηκαν, μετά το 2010, μειώσεις μισθών σε όλο το προσωπικό του δημοσίου συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένου του διοικητικού προσωπικού, των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, των φαρμακοποιών και του παραϊατρικού προσωπικού. Επιπλέον, καταργήθηκαν όλα τα επιδόματα. Επί της ουσίας εφαρμόστηκαν τρεις τύποι μισθολογικών περικοπών: οριζόντιες περικοπές λόγω των φορολογικών αυξήσεων και την θεσμοθέτηση της ειδικής εισφοράς αλληλεγγύης, περικοπές δια μέσου της εισαγωγής ενός νέου ενοποιημένου μισθολογικού συστήματος για όλους τους υπαλλήλους του δημοσίου τομέα και περικοπές μέσω μειώσεων του «ειδικού μισθολογίου» για τους γιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος ετήσιος μικτός μισθός για τους γιατρούς μειώθηκε από 58.000€ το 2009 σε 42.000€ το 2015, ενώ ο μέσος ετήσιος μικτός μισθός για το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε σε 21.000€ από 29.000€ το ίδιο χρονικό διάστημα. Σε αυτά τα ποσά συμπεριλαμβάνονται και οι εφημερίες (ημερήσιες και νυχτερινές) οι οποίες αυξήθηκαν σημαντικά λόγω της έλλειψης προσωπικού. Επιπροσθέτως, δεν υλοποιήθηκε ποτέ η απόφαση για χορήγηση επιδομάτων παραγωγικότητας με βάση την απόδοση αφού δεν καθορίστηκαν στόχοι, ούτε πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις προσωπικού. Άλλα μέτρα μείωσης του κόστους του εργατικού δυναμικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν η μη ανανέωση συμβάσεων του προσωρινού προσωπικού που απασχολούνταν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και η μείωση του ρυθμού αντικατάστασης όσων συνταξιοδοτούνταν καθώς εφαρμόστηκε και στον τομέα της Υγείας η αρχή του διορισμού ενός νέου εργαζόμενου για κάθε πέντε που συνταξιοδοτούνταν [xii].

Η οικονομική κρίση –και η συνολική απορρύθμιση της αγοράς εργασίας δια της υιοθέτηση ευέλικτων εργασιακών σχέσεων και δια των απολύσεων που υπαγόρευσαν τα Μνημόνια- οδήγησε σε αύξηση της ανεργίας στην Ελλάδα. Η αύξηση της ανεργίας κατέληξε, σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Μητρώου Κοινωνική Ασφάλισης ATLAS, στο να μείνουν χωρίς δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης περισσότεροι από 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι. Η ανάληψη δράσης για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης από πλευράς κυβερνήσεων καθυστέρηση αλλά και όταν λήφθηκαν ορισμένα μέτρα δεν υπήρξε συντονισμός, αποδείχτηκαν ανεπαρκή και στιγμάτιζαν τους επωφελούμενους.



οπου υπάρχει επαρκής νοσοκομειακή κάλυψη και επί 24ωρου ημερησίως στις περιοχές όπου καταγράφεται ελλιπής νοσοκομειακών υπηρεσιών.

### • 3.1 Συνέπειες ανά τομέα

#### • 3.1.1 Δημόσια Νοσοκομεία

Ο συνολικός αριθμός κλινών στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) μειώθηκε σε 29.550 το 2016 από 38.115 το 2009. Ο αριθμός των ιατρικών τμημάτων και μονάδων μειώθηκε κατά 600 και το νοσοκομειακό προσωπικό κατά 15.000 άτομα, την ίδια χρονικά περίοδο. Εκτός αυτού, 500 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία προορίζονται για χρήση κατά προτεραιότητα από τους πελάτες ιδιωτικών εταιρειών ασφάλισης[xiii].

Οι προμήθειες αντιπροσωπεύουν το 68% των συνολικών λειτουργικών δαπανών των δημοσίων νοσοκομείων (χωρίς να συμπεριλαμβάνεται σε αυτές η μισθοδοσία του προσωπικού). Οι δαπάνες αυτές υπέστησαν περικοπές μεγαλύτερες του 38% μεταξύ 2009 – 2011 δια της εφαρμογής «βελτιστοποιημένων» διαδικασιών προμηθειών, μεταρρυθμίσεων στη φαρμακευτική πολιτική και οριζόντιων περικοπών που εφαρμόστηκαν από το Υπουργείο Υγείας. Από την άλλη, τα λειτουργικά έξοδα (αναλώσιμα, έμμεσες δαπάνες, ασφάλεια, κλπ) αυξήθηκαν σε αρκετά νοσοκομεία χωρίς να υπάρχει προφανής λόγος τουλάχιστον εκ πρώτης ματιάς. Για παράδειγμα, σε ένα δείγμα 40 γενικών νοσοκομείων (από τα 90) των οποίων τα στοιχεία δαπανών ήταν διαθέσιμα για την περίοδο τριών ετών μεταξύ 2009 – 2011, τα έξοδα για αναθέσεις σε εξωτερικούς συνεργάτες σειράς υπηρεσιών – outsourcing (νομικές υπηρεσίες, συμβουλευτικές υπηρεσίες, κλπ) αυξήθηκαν κατά 40% το 2010 (σε σύγκριση με το 2009) και κατά άλλο ένα 27% το 2011. Τα αποτελέσματα για άλλες έμμεσες δαπάνες ή για αναθέσεις υπηρεσιών σε εξωτερικούς συνεργάτες είναι παρόμοια. Στα διαθέσιμα παραδείγματα συγκαταλέγονται οι δαπάνες για ανάθεση σε εξωτερικούς συνεργάτες των υπηρεσιών της διανομής φαγητού – catering (αύξηση κατά 22% το 2010 και κατά άλλο ένα 12% το 2011 όσον αφορά στοιχεία από 19 νοσοκομεία για τα οποία είναι διαθέσιμα για αυτό το τρίχρονο), της καθαριότητας (16% αύξηση το 2010 και επιπλέον 24% αύξηση το 2011 για 50 νοσοκομεία), και της ασφάλειας (23% αύξηση το 2010 και επιπλέον 27% αύξηση το 2011 σε 34 νοσοκομεία)[xiv]. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα προαναφερόμενα αποτελέσματα, είναι προφανές ότι η λύση της ανάθεσης υπηρεσιών σε εξωτερικούς συνεργάτες, η οποία επιλέχτηκε με την αιτιολογία ότι θα οδηγούσε σε μείωση των συνολικών δαπανών, απέτυχε παταγωδώς.

Πάνω από τα μισά από τα 283 νοσοκομεία της χώρας (που διαθέτουν το 35% του συνολικού δυναμικού των κλινών) είναι ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ενώ υπάρχουν και πάνω από 3.500 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι υγειονομικές εγκαταστάσεις, το προσωπικό και ο ιατρικός εξοπλισμός είναι άνισα κατανεμημένα στη χώρα, με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις αστικές περιοχές και ελλιπή εξυπηρέτηση των αγροτικών περιοχών, γεγονός που συμβάλλει σε υψηλό επίπεδο μη ικανοποιημένων αναγκών για ιατρική περίθαλψη. Για παράδειγμα, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών αυξημένης φροντίδας το 2015 (360 ανά 100.000 κατοίκους) δεν είναι μόνο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (418) αλλά καταδεικνύει επίσης τριπλάσια διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των κλινών της μητροπολιτικής περιφέρειας Αττικής και των αγροτικών περιοχών της κεντρικής Ελλάδας. Το πάγωμα των προσλήψεων εργαζομένων στον δημόσιο τομέα που επιβλήθηκε το 2010 ανέκοψε τη σταθερή αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στην υγειονομική περίθαλψη, τάση η οποία χαρακτήριζε την περίοδο πριν από την κρίση. Οδήγησε σε μείωση κατά 15% του προσωπικού που απασχολείται σε νοσοκομεία. Παρά το γεγονός αυτό, η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει μακράν την υψηλότερη αναλογία γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό (6,3 ανά 1.000) στην ΕΕ (αν και στους καταγεγραμμένους γιατρούς περιλαμβάνονται και οι άνεργοι). Η συντριπτική πλειονότητα των γιατρών είναι ειδικευμένοι γιατροί και μόνο μια μικρή μειονότητα (6%) είναι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί. Σε αντίθεση με τον αριθμό των γιατρών, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς τον πληθυσμό είναι μακράν η χαμηλότερη στην ΕΕ (3,2 έναντι 8,4 ανά 1.000)[xv].





εκτιμήσεις επαγγελματιών ενωσεων, σχεσον το 74 των εγγεγραμμενων γιατρων είναι πλέον ανεργοι και 1.540 γιατροι εγκατέλειψαν την Ελλάδα μεταξύ 2009 και 2015. Το πρόβλημα είναι ακόμα πιεστικότερο όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό [xix].

Υπό αυτήν την οπτική γωνία, παρουσιάζουν ενδιαφέρον τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στα τέλη του 2019 από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και Μαιευτήριο «Ελενα» με δείγμα από το νοσηλευτικό προσωπικό τριών μεγάλων μαιευτηρίων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 26,5% του νοσηλευτικού προσωπικού παραδέχεται ότι έχουν τη διάθεση να παραιτηθούν από τη δουλειά τους συχνά (2,5%), αρκετά συχνά (3,35%) ή μερικές φορές (20,7%). Μόνο 19,8% βιώνει συναισθήματα υψηλής ικανοποίησης από την εργασία του. Αντίθετα, το 65,8% δηλώνει ότι βιώνει χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία του και το 14,1% μέτρια ικανοποίηση. Επίσης, το 5% των συμμετεχόντων στην έρευνα θεωρούν ότι βρίσκονται σε φάση σοβαρής επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out), το 54% νιώθει μετρίου επιπέδου κούραση και 40,5% λιγότερη κούραση. Τέλος, το 73,9% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι πλέον βρίσκεται σε φάση έντονης κόπωσης συμπόνοιας (δευτερογενής διαταραχή τραυματικού στρες), το 19,8% εκτιμά ότι βιώνει μέτρια κόπωση συμπόνοιας και μόνο το 6,3% θεωρεί ότι βιώνει πολύ μικρή κόπωση συμπόνοιας [xx].

Αρκετές επαγγελματικές ενώσεις έχουν αναδείξει το πρόβλημα των σοβαρών ελλείψεων προσωπικού στον τομέα της υγείας. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) υπογράμμισε, τον Φεβρουάριο του 2016, ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) χρειάζεται επιπλέον 6.000 γιατρούς για να λειτουργεί αποτελεσματικά. Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ) ανέφερε τον Οκτώβριο του 2015 ότι υπήρχαν 26.347 κενές θέσεις στα νοσοκομεία (όπως αυτά αναδιοργανώθηκαν από την εφαρμογή της πολιτικής που επέβαλαν τα Μνημόνια). Επιπλέον, δεν υπήρχαν παρά μόνο 3,6 νοσοκόμοι ανά 1.000 κατοίκους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που καταγράφει 8 νοσοκόμους ανά 1.000 κατοίκους. Η έλλειψη προσωπικού έχει ως αποτέλεσμα την υπερβολική επιβάρυνση των εργαζομένων στο νοσοκομείο και την ανεπαρκή στήριξη των ασθενών και αποτελεί σταθερά ένα από τα βασικά ζητήματα που αναδεικνύουν, στις διαμαρτυρίες και στις διαδηλώσεις τους, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Αναγνωρίζοντας το μέγεθος του προβλήματος, και στη βάση έκθεσης που κατέγραφε τις ελλείψεις προσωπικού στα νοσοκομεία (η οποία έκανε λόγο για περίπου 4.000 κενές θέσεις μόνο γιατρών), τον Μάρτιο του 2016, η ηγεσία του τότε υπουργείου Υγείας ανήγγειλε την άμεση και επείγουσα πρόσληψη 800 μόνιμων ιατρών και 700 ατόμων επικουρικού προσωπικού καθώς 2.500 νοσηλευτών. [xxi] Η διαδικασία πρόσληψης δεν ολοκληρώθηκε ποτέ οριστικά και περιλάμβανε αρκετές θέσεις μη μόνιμου προσωπικού. Η νέα κυβέρνηση που εκλέχτηκε τον Ιούλιο του 2019 δήλωσε ότι θα προχωρήσει σε μόνιμες προσλήψεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και ιδιαίτερα στα Δημόσια Νοσοκομεία, ωστόσο μέχρι τα τέλη του 2019 δεν είχε γίνει κανένα βήμα σε αυτήν την κατεύθυνση.

Όπως αναφέρει ο Ηλίας Σιώρας, αντιπρόεδρος της Ένωσης Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών και Πειραιά –ΕΙΝΑΠ- και καρδιολόγος στο μεγαλύτερο νοσοκομείο της Ελλάδας, τον Ευαγγελισμό, προ μνημονίων δημόσια και ιδιωτική δαπάνη για υγεία ετησίως ήταν συνολικά 26 δισεκατομμύρια ευρώ και το 2019 δεν ξεπέρασε τα 14,7 δισεκατομμύρια ευρώ. Επικαλούμενος τα πλέον πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ ο κ. Σιώρας τονίζει ότι η δημόσια δαπάνη για την υγεία έχει μειωθεί κατά 43% μέσα σε μια δεκαετία (2009 – 2017) από 15,4 δισεκατομμύρια στα 8,8 δισεκατομμύρια. Στα τέλη του 2019, οι κενές οργανικές θέσεις γιατρών στα νοσοκομεία κυμαίνονταν μεταξύ 6.500 – 7.000 ενώ η συνολική μείωση του ιατρικού προσωπικού από την έναρξη της κρίσης υπολογίζεται σε 15.000. Οι κενές θέσεις μη ιατρικού προσωπικού (νοσηλευτικού και διοικητικού – βοηθητικού άλλης φύσης) στα νοσοκομεία στα τέλη του 2019 ήταν μεταξύ 20.000 – 25.000. Ταυτόχρονα έχει καταγραφεί αύξηση των ελαστικών σχέσεων εργασίας, καθώς αν και όποτε γίνουν προσλήψεις, αυτές είναι για ορισμένο χρονικό διάστημα και πριν προλάβουν οι προσληφθέντες να προσαρμοστούν και ν' αναλάβουν ευθύνες, αποχωρούν περιμένοντας να πάνε, κάποια απροσδιόριστη χρονική στιγμή, σε άλλο νοσοκομείο.



Σε επιβεβαίωση των δηλώσεων του κ. Σιώρα, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία – ΠΟΕΔΗΝ, στις αρχές Νοεμβρίου 2019, είχε καταγγείλει ότι 150 από τις συνολικά 450 κλίνες στις μονάδες εντατικές θεραπείας των Δημοσίων Νοσοκομείων (κυρίως στη Δυτική Ελλάδα) δεν μπορούν να λειτουργήσουν εξαιτίας ελλείψεων σε προσωπικό. [xxii] Επιπλέον, στα τέλη του 2019 και αρχές 2020, μια σειρά τμήματα και κλινικές σε Δημόσια Νοσοκομεία τέθηκαν εκτός λειτουργίας (ακόμη και χειρουργικές επεμβάσεις αναβλήθηκαν) λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού [xxiii].

### • 3.1.2 Θνησιμότητα

Μια πρόσφατη μελέτη ανέδειξε ότι η θνησιμότητα όσον αφορά θανάτους που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί αν η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών ήταν καλύτερα (amenable mortality – δείκτης που χρησιμοποιεί η Eurostat) στην Ελλάδα παρουσιάζει μικρή αλλά σημαντική άνοδο κατά τη διάρκεια των χρόνων της οικονομικής κρίσης [xxiv]. Μια άλλη μεγάλη μελέτη ανέδειξε σημαντική αύξηση στη θνησιμότητα λόγω κακών ενεργειών κατά την ιατρική θεραπεία και εκτιμά ότι υπήρξε αύξηση της θνησιμότητας κατά 200 θανάτους ανά μήνα μετά την έναρξη της κρίσης [xxv]. Αξίζει επίσης να αναφερθούν δύο άλλες σημαντικοί παράγοντες θνησιμότητας οι οποίοι κατέγραψαν αύξηση: οι θάνατοι από μολυσματικές και παρασιτικές ασθένειες όπως επίσης και από πνευματικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Το ποσοστό θνησιμότητας στην Ελλάδα, ανεξαρτήτως ηλικίας και αιτίας, ήταν 1.174 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους το 2016 σε σύγκριση με 997 θανάτους το 2019 και 944 το 2000, πάντα ανά 100.000 κατοίκους. Το στοιχείο αυτό αντιστοιχεί σε αύξηση 2,72% ετησίως της θνησιμότητας μεταξύ 2010 – 2016, με ενδείξεις διαρκούς επιτάχυνσης. Η άνοδος της θνησιμότητας ανεξαρτήτως αιτίας για όλες τις ηλικίες ήταν επίσης τριπλάσια στην Ελλάδα μετά τη λιτότητα σε σύγκριση με την άνοδο 0,86% που παρατηρήθηκε στη Δυτική Ευρώπη για την ίδια περίοδο, η οποία ήταν αντίθετη από την παγκόσμια εκτίμηση της τάξης του 0,7% πτώση της θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες από το 2010 έως το 2016. Όσον αφορά συγκεκριμένες αιτίες θανάτου, λάθη και κακές επιλογές κατά την ιατρική θεραπεία, αυτοτραυματισμούς και διάφορους τύπους καρκίνου προκύπτει σταθερή αύξηση στην Ελλάδα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Εντός συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων, είναι εμφανή και άλλα αίτια θανάτου όπως η τάχιστη αύξηση της θνησιμότητας εξαιτίας νεογνικής αιμολυτικής νόσου και νεογνικής σήψης σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών ενώ καταγράφεται και σημαντική αύξηση των αυτοτραυματισμών στην ηλικιακή ομάδα των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων. Στην ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων Ελλήνων μεταξύ 15 – 49 ετών, αυξήθηκε η θνησιμότητα εξαιτίας του HIV, αλλά και αρκετών νεοπλασματικών ασθενειών που είναι ιάσιμες, λόγω όλων των ειδών κίρρωσης, νευρολογικών διαταραχών (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας), χρόνια νεφρική πάθηση και πολλούς τύπους καρδιαγγειακών ασθενειών εκτός από ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια και εγκεφαλικά. Στους ενήλικες από 70 ετών και άνω, μόνο ένα υποσύνολο αιτίων θνησιμότητας αυξήθηκε στην Κύπρο και στη Δυτική Ευρώπη, αλλά στην Ελλάδα αυξήθηκαν τα περιστατικά όλων των αιτίων θανάτου αυτής της ηλικιακής ομάδας και μάλιστα πολύ γρήγορα ανάμεσα στο 2010 και στο 2016 [xxvi].

Τα αποτελέσματα έρευνας που δημοσιεύτηκε στην επιθεώρηση Lancet δείχνουν ότι, μετά την εφαρμογή της πολιτικής λιτότητας, μειώθηκε η τάση βελτίωσης της αναμενόμενης θνησιμότητας ανάλογα με την ηλικία. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα της έρευνας που παρουσίασε ο Laliotis και οι συνεργάτες του [xxvii], οι οποίοι ανέφεραν επίσης επιβράδυνση της συνολικής μείωσης της θνησιμότητας στην Ελλάδα μετά τη χρηματοπιστωτική κρίση, παρά τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις πηγές και τις χρησιμοποιούμενες μεθόδους. Στην δεύτερη αυτή έρευνα αναφέρεται επίσης ότι οι μεγαλύτεροι των 75 ετών υφίστανται περισσότερες αρνητικές συνέπειες από ό,τι οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες ενηλίκων και εντοπίζεται μια αντίστροφη επιδημιολογική αλλαγή η οποία εκφράζεται με την αύξηση περίπου κατά 10% της θνησιμότητας λόγω μεταδιδόμενων, μητρικών, νεογνικών και διατροφικών ασθενειών. Επίσης, καταγράφεται επιδείνωση του επιπέδου πνευματικής υγείας στην Ελλάδα. Ο δείκτης «Έκταση Ασθενειών Παγκοσμίως» (Global Burden of Disease index) και τα ευρήματά του για το έτος 2016 όσον αφορά τη



Πολλές εύλογες εξηγήσεις θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τις τάσεις της επιβάρυνσης των ασθενειών που παρατηρήθηκαν πρόσφατα στην Ελλάδα. Η πλήρης εξήγηση είναι πιθανώς πολυπαραγοντική. Μία από αυτές είναι η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα η οποία προϋπήρχε της οικονομικής κρίσης και θα μπορούσε να συμβάλει στην αργή αλλά μετρήσιμη αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας από οποιαδήποτε αιτία από το 2000 και μετά. Η επιτάχυνση της γήρανσης του πληθυσμού από το 2010 και μετά μπορεί να οφείλεται και στην μαζική μετανάστευση επαγγελματιών που βρίσκονται στην αρχή ή στην μέση της καριέρας τους με στόχο την εξεύρεση οικονομικής σταθερότητας, το φαινόμενο που ονομάστηκε «διαρροή εγκεφάλων» – brain drain[xxix].

Figure 1-Ελλάδα- Παιδική θνησιμότητα ανά 1000 γεννήσεις. Πηγή: Eurostat Reference: Economou Ch. (2018)

Ωστόσο, τα ευρήματα που αφορούν την θνησιμότητα από συγκεκριμένα αίτια μετά το 2010 δεν συνάδουν στο ότι η γήρανση είναι ο μόνος ένοχος, γιατί καταγράφηκε αύξηση και στους θανάτους εξαιτίας νεογνικής αιμολυτικής ασθένειας και νεογνικής σήψης σε παιδιά νεότερα των 5 ετών, και λόγω αυτοτραυματισμών μεταξύ εφήβων και νέων ενηλίκων, και λόγω HIV σε νέους ενήλικες, και λόγω διαφόρων ιάσιμων μορφών καρκίνου επίσης σε νέους ενήλικες. Την ίδια στιγμή, δεν μπορεί κάποιος να προσεγγίσει τις δημογραφικές αλλαγές στην Ελλάδα ανεξάρτητα από την οικονομική κρίση, καθώς η μετανάστευση πυροδοτήθηκε από αιτίες που σχετίζονται με την κρίση, όπως είναι η ανεργία, η μείωση των μισθών και με τα αυστηρά φορολογικά προγράμματα[xxx].

Επιπλέον, πολλοί συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα είναι πιο συνηθισμένοι στα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ή εισοδήματος. Το 2014 το 32 % των Ελλήνων ανδρών στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος κάπνιζε καθημερινά (το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 24 % σε ολόκληρη την ΕΕ), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες με τα υψηλότερα εισοδήματα ήταν 25 % (16 % στην ΕΕ). Ομοίως, ένας στους πέντε ενηλίκους που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι παχύσαρκος έναντι ενός στους επτά ενηλίκους που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση. Αυτός ο υψηλότερος επιπολασμός παραγόντων κινδύνου στις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες συντελεί στις ανισότητες όσον αφορά την υγεία και το προσδόκιμο ζωής[xxxi].

### • 3.1.3 Καταστροφικές δαπάνες υγείας

Ως καταστροφική δαπάνη ορίζεται η άμεση δαπάνη του νοικοκυριού για υγεία που υπερβαίνει το 40% των συνολικών του δαπανών, εξαιρουμένων των βασικών δαπανών διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας). Το 2010, το 7,2% των νοικοκυριών αντιμετώπιζε καταστροφικές δαπάνες υγείας που πλήρωνε από την τσέπη του, αλλά το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 10,5% το 2015 και μειώθηκε μόλις στο 9,7% το 2016. Τα νοικοκυριά αυτά συγκαταλέγονται κυρίως στο φτωχότερο πεμπτημόριο όσον αφορά την κατανάλωση. Το 2016, σχεδόν το 1/3 των ελληνικών νοικοκυριών που συγκαταλέγονταν στο φτωχότερο πεμπτημόριο όσον αφορά την κατανάλωση αντιμετώπιζε καταστροφικές δαπάνες υγείας. Τα φτωχά αυτά νοικοκυριά

Το ποσοστό φτωχοποίησης λόγω άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς αυξάνεται σταθερά από το 2004 και έπληξε το 3% των νοικοκυριών το 2014 (σχήμα 13). Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΠΟΥ, το ίδιο έτος ένα στα δέκα νοικοκυριά στην Ελλάδα υποβλήθηκε σε καταστροφικές άμεσες δαπάνες, αναλογία που ανέρχεται στο ένα στα τρία για τα φτωχότερα νοικοκυριά [xxxiii].

ΕΤΟΣ	Μη καλυπτόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης ανά επίπεδο εισοδήματος			
	Πολύ Χαμηλό Εισόδημα	Χαμηλό Εισόδημα	Μέσο Εισόδημα	Υψηλό Εισόδημα
2007	9,2	5,5	5,1	3
2008	7,2	6,2	5,1	2
2009	8,5	6,2	3,4	1,9
2010	8,1	5,6	4,6	2,2
2011	10,2	8,2	6	3,7
2012	13,4	9,3	9,3	7,6
2013	16,2	13,4	11,3	9,9
2014	18,3	18,3	15,1	8,4
2015	19,7	18	15,1	12,1

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2016 (Παραπομπή: ΓΚΟΥΝΤΟΥΜΑΣ ΜΙΧΑΗΛ)

Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν ότι όσο πιο χαμηλό είναι το εισόδημα των πολιτών, τόσο πιο δύσκολο είναι για αυτούς να καλύψουν τις ιατρικές τους ανάγκες. Η ανισότητα αυτή κλιμακώθηκε εξαιτίας της εφαρμογής των μέτρων των Μνημονίων και οδήγησε τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα σε καταστροφικές δαπάνες προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες περίθαλψής τους.

#### • 3.1.4 ΕΟΠΥΥ

Η εκτίναξη της ανεργίας στο 27% του παραγωγικού δυναμικού, η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων και η ευελιξία, καθώς και η μείωση των μισθών, είχε ως συνέπεια την σημαντική μείωση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων από ασφαλιστικές εισφορές. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη μείωση της κρατικής επιχορήγησης προς τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στο 0,4% του ΑΕΠ, έναντι του αρχικού προβλεπόμενου ποσοστού (0,6%), δυσχεραίνει την οικονομική βιωσιμότητα του ενιαίου ταμείου υγείας και καθιστά αναγκαίο τον επανασχεδιασμό της ακολουθούμενης πολιτικής [xxxiv].

Η ανεπάρκεια επίσημων δεδομένων για τις λίστες αναμονής καθιστά δύσκολη την εκτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης ως προς τις επιπτώσεις των μέτρων που εφαρμόζονται στην «προτεραιοποίηση» (rationing) στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Η δυσκολία σχετίζεται με την απουσία συγκροτημένης πολιτικής διαχείρισης των χρόνων και των λιστών αναμονής. Μπορούν, ωστόσο, να γίνουν ορισμένες εκτιμήσεις. Για παράδειγμα, είναι αναγκαίο να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό η μείωση του διοικητικού προσωπικού του ΕΟΠΥΥ κατά τουλάχιστον 50%, σε σχέση με αυτό που είχαν τα τέσσερα βασικά συγχωνευθέντα ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) και των συμβαλλομένων γιατρών κατά 25%, αυξάνει το κόστος χρόνου για τους ασφαλισμένους.

Επιπροσθέτως, η επιβολή πλαφόν στις επισκέψεις των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών (10 ανά εργάσιμη ημέρα, 200 ανά

οχι μόνο λόγω πλαφόν επισκεψών ανά και λόγω της απουσίας επισημού μηχανισμού πληροφόρησις για τη διαθεσιμότητα των γιατρών. Σε αυτά, θα πρέπει να υπολογιστεί και η πρόσθετη χρέωση των ασφαλισμένων για τη χρησιμοποίηση της υπηρεσίας των τηλεφωνικών ραντεβού, μιας και αυτή έχει εκχωρηθεί στις ιδιωτικές εταιρίες κινητής τηλεφωνίας [xxxv].

Εκτός όλων αυτών, εμφανίστηκαν και νέες μορφές άτυπων πληρωμών προσφάτως, καθώς οι ασθενείς που αναζητούν θεραπεία καλούνται να πληρώσουν επιπλέον «κάτω από το τραπέζι» γιατρούς που έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ προκειμένου να εξυπηρετηθούν. Οι πληρωμές αυτές κυμαίνονται σε γενικές γραμμές μεταξύ 10€ και 20€ για την παροχή μιας υπηρεσίας που υποτίθεται ότι είναι παρέχεται δωρεάν. Αυτό οφείλεται στη χαμηλή αμοιβή ύψους 10€ που έχει οριστεί ανά επίσκεψη για τον κάθε γιατρό αλλά κυρίως στην επιβολή ανώτατου πλαφόν στις ιατρικές πράξεις που δικαιούται να κάνει ο κάθε γιατρός που είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι επισκέψεις ασθενών που επιτρέπεται να δεχτεί ανά μήνα, αλλά και οι φαρμακευτικές συνταγές, οι διαγνωστικές και εργαστηριακές παραπομπές που επιτρέπεται να γράψει ανά μήνα. Οι ασθενείς, προκειμένου να αποφύγουν το ενδεχόμενο να πηγαίνουν από γιατρό σε γιατρό μέχρις ότου βρουν κάποιον που δεν έχει συμπληρώσει το μηνιαίο του πλαφόν σε συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων, υποχρεώνονται ουσιαστικά να πληρώσουν «κάτω από το τραπέζι» για να εξυπηρετηθούν [xxxvi].

### • 3.1.5 Χρόνιες ασθένειες

Τα μέτρα των Μνημονίων έπληξαν πολύ σκληρά τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Υποφέρουν από την έλλειψη στα συνταγογραφούμενα φάρμακα που παίρνουν, από την μείωση της πρόσβασής τους σε διαγνωστικές υπηρεσίες, από τον ελλιπή έλεγχο τυχόν επιπλοκών που έχουν και από αυξημένο κίνδυνο για καταστροφικές δαπάνες. Για παράδειγμα, οι καρκινοπαθείς είναι μια ακόμη ομάδα η οποία αντιμετώπισε και αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα πρόσβασης στην αναγκαία, για την πάθησή τους, φαρμακευτική αγωγή [xxxvii]. Οργανώσεις ομάδων ασθενών, όπως οι καρκινοπαθείς, έχουν καταγγείλει επανειλημμένως καθυστερήσεις ή ακόμη και διακοπές για σημαντικά χρονικά διαστήματα στην παροχή των φαρμάκων τους. Θεωρητικώς, όλα τα ακριβά φάρμακα για τον καρκίνο διατίθενται δια μέσου των δημόσιων νοσοκομείων και των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ αλλά επί της ουσίας τα δημόσια νοσοκομεία επειδή χρωστάνε στις φαρμακευτικές εταιρείες που τα προμηθεύουν, αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις ή ακόμη και διακοπές στην παροχή των φαρμάκων από τους προμηθευτές. Οι ασθενείς μπορούν να παραγγείλουν τα φάρμακα από τα κατά τόπους φαρμακεία, αλλά θα πρέπει να πληρώσουν μετρητά και στη συνέχεια να διεκδικήσουν το ποσό από τον ΕΟΠΥΥ. Αυτό, όμως, δεν αποτελεί συνήθη επιλογή καθώς πολλά φάρμακα για τον καρκίνο είναι εξαιρετικά ακριβά και η αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ μπορεί να καταβληθεί μετά από αρκετούς μήνες. Στις αρχές της εφαρμογής των Μνημονίων, η κατάσταση ήταν ακόμη δυσκολότερη για τους καρκινοπαθείς οι οποίοι δεν είχαν υγειονομική περίθαλψη, καθώς αν δεν πλήρωναν το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής που τους χορηγούσαν τα φαρμακεία των νοσοκομείων, τα χρήματα αυτά μεταφέρονταν στις φορολογικές τους υποχρεώσεις. Έτσι αρκετοί ασθενείς δεν έκαναν τις απαραίτητες θεραπείες με τεράστιο κόστος για την πορεία της ασθένειας. Μετά την εφαρμογή της νομοθεσίας που παρείχε κάλυψη στους ανασφάλιστους πολίτες το 2016, η τακτική αυτή, της μεταφοράς του κόστους των φαρμάκων στις φορολογικές υποχρεώσεις του ασθενή, έπαψε να υφίσταται. Επιπλέον, η άνιση κατανομή των πηγών παροχής αντικαρκινικής αγωγής (δημόσια νοσοκομεία κ.λπ) δημιούργησε ασθενείς δύο ταχυτήτων, ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα που έχουν να καλύψουν μόνη τους το κόστος μετακίνησης – ταξιδιού προς το κατάλληλο νοσοκομείο και το κόστος διαμονής τους [xxxviii].

Ο κίνδυνος καταστροφικών δαπανών για την υγεία μεταξύ ασθενών που πάσχουν από χρόνιες καταστάσεις έχει αυξηθεί από τότε που άρχισε η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας. Όπως προκύπτει από στοιχεία έρευνας διπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2013 το ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν τουλάχιστον ένα μέλος του να πάσχει από χρόνια ασθένεια και αντιμετωπίζουν καταστροφικές δαπάνες υγείας, από 3,2% σε 7,8% αντίστοιχα. Βασικός λόγος του διπλασιασμού είναι ότι καλούνται να καλύψουν





### • 3.1.6 Ψυχική υγεία

Η παρατεταμένη ύφεση και τα μέτρα λιτότητας των Μνημονίων επηρέασαν, με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, την φυσική αλλά και την ψυχική υγεία του ελληνικού λαού όπως επίσης και την πρόσβασή τους στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.<sup>[xli]</sup>

Ειδικότερα, ο υπηρεσίες πνευματικής – ψυχολογικής υγείας υπέστησαν σοβαρότατο πλήγμα λόγω των μέτρων. Η ταχύτατη κοινωνικο-οικονομική αλλαγή μπορεί να βλάψει την πνευματική και ψυχική υγεία, εκτός και αν συνοδεύεται από υποστηρικτικές κατάλληλες κοινωνικές πολιτικές. Στην Ελλάδα, όμως, δεν έγινε κάτι τέτοιο. Οι δημόσιοι και μη κερδοσκοπικοί πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιόρισαν τη λειτουργία και τις παροχές τους, έκλεισαν ή μείωσαν το προσωπικό τους, εγκαταλείφθηκαν τα σχέδια ανάπτυξης παιδικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και η κρατική χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 20% μεταξύ 2010 και 2011 και κατά 55% μεταξύ 2011 και 2012<sup>[xlii]</sup>. Τα μέτρα λιτότητας περιόρισαν τη δυνατότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να αντιμετωπίσουν την αύξηση στη ζήτηση για τις υπηρεσίες αυτές κατά 120% που καταγράφηκε μεταξύ 2010 – 2013<sup>[xliii]</sup>.

#### *Figure 2 – Πηγή Sisu logbook*

Τα διαθέσιμα στοιχεία αναδεικνύουν σημαντική επιδείνωση του επιπέδου ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται ότι έχει αυξηθεί κατά 2,5 φορές η συχνότητα εμφάνισης σοβαρής κατάθλιψης, από 3,3% το 2008 το ποσοστό έφτασε το 8,2% το 2011, με τις οικονομικές δυσκολίες να αναδεικνύονται σε βασικό παράγοντα εμφάνισης της νόσου.<sup>[xliiii]</sup> Άλλη έρευνα καταγράφει 36% αύξηση, μεταξύ 2009 – 2011, στον αριθμό των ανθρώπων που αποπειράθηκαν ν' αυτοκτονήσουν τον μήνα πριν τη διενέργεια της έρευνας, και οι περισσότεροι εξ αυτών αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες<sup>[xliv]</sup>. Οι θάνατοι από αυτοκτονία αυξήθηκαν κατά 45% μεταξύ 2007 – 2011, αν και πρέπει να σημειωθεί ότι ο αριθμός τους σε σύγκριση με άλλες χώρες είναι χαμηλός. Η αύξηση αυτή εκδηλώθηκε πρώτα στον ανδρικό πληθυσμό αλλά τα στοιχεία του 2011 από την ΕΛΣΤΑΤ υποδεικνύουν ότι καταγράφηκε, στη συνέχεια, αύξηση και μεταξύ των γυναικών.<sup>[xlv]</sup>

### • 4 Συνολικές δαπάνες για υγεία – Σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ

Το 2010 η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία (από τη Γενική Κυβέρνηση και από τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης) ήταν 14.920,8 εκατομμύρια ευρώ και η ιδιωτική χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές και ιδιωτική ασφάλιση ήταν 6.614,6 εκατομμύρια ευρώ. Το 2015 η συνολική δημόσια χρηματοδότηση είχε μειωθεί στα 8.704,5 εκατομμύρια ευρώ και η ιδιωτική χρηματοδότηση στα 5.765,4 εκατομμύρια ευρώ. Η ιδιωτική δαπάνη ανέρχεται στο 40% της συνολικής χρηματοδότησης



Figure 3-Ποσοστιαία συνεισφορά ανά τομέα στη χρηματοδότηση δαπανών υγείας 2010 – 2016 – Πηγή: Hellenic Statistical Authority, ELSTAT – Reference: Economou Ch. (2018)

Οι πολιτικές που αποβλέπουν στη μείωση της σπατάλης και στην ενίσχυση της αποδοτικότητας συνέβαλαν στην ταχεία μείωση των δαπανών υγείας κατά την οικονομική κρίση, με τα επίπεδα δαπανών να σταθεροποιούνται από το 2015 και μετά. Το 2017 η Ελλάδα δαπάνησε 1 623 ευρώ κατ' άτομο για υγειονομική περίθαλψη, ποσό πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (2 884 ΕΥΡΩ). Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 8 % του ΑΕΠ, επίσης κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (9,8 %). Πάνω από το ένα τρίτο των δαπανών υγείας προέρχεται από τα νοικοκυριά (συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών)· πρόκειται για ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ και οφείλεται στις υψηλές άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (ή ανοιχτή νοσηλεία) και νοσοκομειακές υπηρεσίες<sup>[xlvii]</sup>.

Παρότι παραδοσιακά η δημόσια δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ποτέ δεν υπερέβη τον μέσο όρο της ΕΕ, η επιβολή των μνημονίων λειτούργησε καταλυτικά στο να επιφέρει επιπλέον μειώσεις. Αν και το 6% του ΑΕΠ τέθηκε ως ανώτατο όριο δαπανών για την Υγεία στο πρώτο Μνημόνιο και στα επόμενα δεν αποτελούσε πλέον ρητό στόχο, εξακολουθεί να καθορίζει τα μέτρα δημοσιονομικής βιωσιμότητας. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αντιστοιχούν στο 5% του ΑΕΠ σε σχέση με 7,2% που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ και αντιπροσωπεύουν μόλις το 59% των συνολικών δαπανών για την υγεία, το τέταρτο χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ.



πάνω από το ένα τρίτο (55%) των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσοστό υπερδιπλάσιο του μέσου όρου (15%) στην ΕΕ και το τέταρτο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών. Ο κύριος όγκος των άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς (90%) αφορά την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών κι όχι τη συμμετοχή στις πληρωμές.

Συνολικά, το 2017 στην Ελλάδα μόνο το 61 % των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δημόσιες πηγές ενώ το 35 % χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά (το τέταρτο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ). Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε ανάμεσα στο 28 % το 2010, που ήταν το χαμηλότερο σημείο, έως το 37 % το 2014, που ήταν το υψηλότερο σημείο. Τα υψηλά επίπεδα επιμερισμού του κόστους πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό από την προκλητή ζήτηση (ζήτηση που υποκινείται από την προσφορά) και οφείλονται κυρίως στις συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και στις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη, καθώς και οδοντιατρική περίθαλψη (βλ. επίσης σχήμα 15). Επιπλέον, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός που εγείρει σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά την ισότητα και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης [xlviij] (WHO, Regional Office for Europe, 2018).

Το 2017 η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο αυτοαναφερόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ (μετά την Εσθονία), αφού ένα στα δέκα νοικοκυριά ανέφερε ότι δεν είχε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας όταν τις χρειαζόταν (σχήμα 14). Μη καλυπτόμενες ανάγκες αναφέρθηκαν επίσης από σχεδόν ένα στα πέντε νοικοκυριά στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος, αλλά μόλις από το 3 % των πλουσιότερων νοικοκυριών, γεγονός που αποκαλύπτει το μεγαλύτερο χάσμα όσον αφορά την εισοδηματική ανισότητα στην Ευρώπη. Μια πιο θετική εξέλιξη είναι ότι το 2017 ήταν το πρώτο έτος κατά το οποίο το συνολικό επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών σημείωσε πτώση, ύστερα από συνεχή αύξηση για έξι συναπτά έτη [xlix].

Τα κράτη μέλη με σχετικά υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι η Βουλγαρία (46 % των συνολικών δαπανών υγείας), η Ελλάδα (πάνω από 41 %), η Κύπρος (54 %), η Λετονία (44 %), και η Μάλτα (43 %). Τα κράτη μέλη με το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδοτούμενων από το κράτος δαπανών υγείας είναι η Τσεχική Δημοκρατία (83 %), η Δανία (84 %), η Γερμανία (85 %), το Λουξεμβούργο (83%), οι Κάτω Χώρες (81 %), και η Σουηδία (84 %) [l].



Figure 4-Ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω κόστους απόστασης ή χρόνου αναμονής- Πηγή: Eurostat – Reference:Economou Ch. (2018)

Το 2015 στην ΕΕ, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν κατά μέσο όρο στο 15 % των συνολικών δαπανών του Δημοσίου. Τα κράτη μέλη που υπερέβαιναν το ποσοστό της ΕΕ ήταν η Τσεχική Δημοκρατία, η Γερμανία, η Κροατία, η Ιρλανδία, η Λιθουανία, οι Κάτω Χώρες, η Αυστρία, η Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα κράτη μέλη με τα χαμηλότερα ποσοστά ήταν η Κύπρος (7,2 %) και η Ρουμανία (8,4 %), ακολουθούμενες από την Ελλάδα, τη Λετονία, την Ουγγαρία, την Πολωνία (στο σύνολό τους κάτω του 11 %), και το Λουξεμβούργο (11,5 %) [\[ii\]](#).

Όσον αφορά την Ελλάδα ειδικότερα, η κατακόρυφη μείωση των μισθών και η αύξηση της ανεργίας στο πλαίσιο κατακερματισμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με χαμηλή δυνατότητα ανακατανομής οδήγησε σε σημαντική μείωση της κάλυψης και της επιλεξιμότητας για δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Η Ελλάδα, με βάση στοιχεία του 2015, εμφανίζεται να είναι η χώρα της ΕΕ όπου μεγάλη πλειοψηφία πολιτών δηλώνει ότι δεν έχει λόγω αυξημένου κόστους πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας [\[iii\]](#).

Η κατά κεφαλήν μείωση των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009-2010, παρά τη συνεχή γήρανση του πληθυσμού η οποία λογικά θα αναμενόταν να οδηγήσει σε αυξημένες δαπάνες, προκάλεσε, οικονομικό και οργανωτικό σοκ στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Από την εφαρμογή του προγράμματος λιτότητας, η Ελλάδα μείωσε το ποσοστό των δαπανών για την υγεία ως προς το ΑΕΠ της σε ένα από τα χαμηλότερα εντός της ΕΕ, με τη χρηματοδότηση για τα δημόσια νοσοκομεία να μειώνεται κατά 50% μεταξύ 2009 – 2015 [\[iii\]](#). Η μείωση αυτή προκάλεσε και την έλλειψη βασικών ιατροφαρμακευτικών υλικών στα νοσοκομεία, ενώ οι ασθενείς βρίσκονται διαρκώς αντιμέτωποι με ελλείψεις φαρμάκων.

Παράλληλα, περίπου το ¼ του πληθυσμού της έχασε το δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω μακροχρόνιας ανεργίας, ενώ η μεγαλύτερη του 20% μείωση στον κατώτατο μισθό, συνέθλιψε την αγοραστική δύναμη των πολιτών [\[iv\]](#).

Το να διαχωρίσει κάποιος τις αιτίες της επιδείνωσης του επιπέδου υγείας λόγω υπαρχουσών ανθυγιεινών συνθηκών και



περισσότερες στην Ελλάδα συσχετίζεται με την μείωση της αξιολογητής του επιπέδου υγείας που κάνουν οι ίδιοι οι πολίτες για τον εαυτό τους μετά την έναρξη της εφαρμογής των προγραμμάτων λιτότητας των Μνημονίων [lv].

#### • 5 ΜΚΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ

Θα πρέπει να αναφερθεί ο ρόλος των ΜΚΟ και άλλων δικτύων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών δικτύων. Στην Ελλάδα, ορισμένες ΜΚΟ (έως επτά) παρέχουν ενεργά υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες, ανασφάλιστους και άλλες ευάλωτες ομάδες. Δημιουργήθηκαν δεκάδες κλινικές και φαρμακεία στην Αθήνα και σε άλλες πόλεις, που προσφέρουν κυρίως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με τη συμμετοχή γιατρών από όλες τις βασικές ειδικότητες (γενικούς παθολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους), παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής (διαγνωστικές εξετάσεις), υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και φάρμακα για τους ανασφάλιστους που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά. Ορισμένες από αυτές τις κλινικές και τα φαρμακεία λειτουργούν υπό την αιγίδα Δήμων, αλλά οι περισσότερες είναι απλώς το αποτέλεσμα της προσπάθειας των κοινοτήτων να υποστηρίξουν τους πιο αδύναμους και βασίζονται αποκλειστικά στην εθελοντική προσφορά των συμμετεχόντων.

Με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας να αυξάνεται και το δημόσιο σύστημα υγείας να χειροτερεύει, οι ΜΚΟ και άλλα ανεπίσημα κοινωνικά δίκτυα επαγγελματιών υγείας και εθελοντών δημιούργησαν δομές για να βοηθήσουν φτωχούς και ανασφάλιστους ασθενείς και συνέβαλαν καθοριστικά στο να διασφαλίσουν οι φτωχοί και οι άνεργοι πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας. Ένα δίκτυο από περίπου 40 τέτοιου είδους κλινικές λειτουργεί σε όλη την Ελλάδα, παρέχοντας κυρίως υπηρεσίας πρωτοβάθμιας φροντίδας και δωρεάν φάρμακα σε ανθρώπους που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα ή παλιότερα δεν δικαιούνταν λόγω του ότι είναι ανασφάλιστοι, να έχουν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες παροχής υγείας.

Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο στο Ελληνικό, στην Αττική, είναι ένα από τα χαρακτηριστικότερα τέτοια παραδείγματα: έχει προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περισσότερους από 20.000 ανθρώπους από τότε που δημιουργήθηκε το Δεκέμβριο του 2011 σε μια προσπάθεια ν' αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζε η ελληνική κοινωνία λόγω της λιτότητας. Οι εθελοντές του πλέον μετριούνται σε περισσότερους από 200 και σε αυτούς περιλαμβάνεται ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, θεραπευτών και υποστηρικτικό προσωπικό. Παρέχουν υπηρεσίες σε μεγάλο αριθμό ασθενών, ο οποίος, συχνά, ξεπερνά τους 100 ανά ημέρα [lvi].

Το Κοινωνικό Θεραπευτήριο ξεκίνησε να λειτουργεί τον Φεβρουάριο του 2012 και αποτελεί συνεργασία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών με τον Φιλανθρωπικό Οργανισμό «Αποστολή» της Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Σύμφωνα με έκθεση που έδωσε στη δημοσιότητα το 2014 εντόπισε ένα μεγάλο πρόβλημα: το 10% των ασθενών χρειαζόταν συστηματική και διαρκή φροντίδα ή τουλάχιστον να νοσηλευτεί για κάποιο χρονικό διάστημα, αλλά αυτό δεν ήταν δυνατόν εκτός και αν οι περιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζονταν ως «έκτακτα περιστατικά». Και αυτό γιατί το 86% των ανθρώπων που επισκέπτονταν το Θεραπευτήριο είχαν χάσει την κοινωνική τους ασφάλιση κατά τη διάρκεια των προηγούμενων χρόνων το 2010, το 2011 και το 2012. Έτσι οργανώθηκε ένα δίκτυο υποστήριξης με μια σειρά από νοσοκομεία, δια του οποίου κατέστη εφικτό να παρέχεται φροντίδα σε 2 – 3 περιπτώσεις μηνιαίως [lvii].

Μετά τα πρώτα χρόνια, τα περισσότερα από αυτά τα εθελοντικά εγχειρήματα άρχισαν να δημιουργούν ένα δίκτυο και μέχρι σήμερα συνεργάζονται όσο περισσότερο είναι εφικτό προκειμένου να παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες και δωρεάν φάρμακα στους πιο ευάλωτους πολίτες, ακόμη και σε όσους πάσχουν από χρόνιες και σοβαρές ασθένειες όπως είναι ο καρκίνος. Ανέπτυξαν επίσης σχέσεις με παρόμοια εγχειρήματα στο εξωτερικό. Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού υπήρξε πρωτεργάτης στην κατεύθυνση αυτή [lviii].

#### • 6 Επίλογος





στα ακόλουθα [ix]. α) ανεπάρκειες στην λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου ένα κατατεταγμένο συννοσηλεύμα υπηρεσιών αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού, β) σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας όπου ήταν εμφανής η απουσία ενός φορέα συγκέντρωσης και στη συνέχεια κατανομής των οικονομικών πόρων, γ) απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας, δ) ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη πόρων, ε) απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας και στ) ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Τα προβλήματα αυτά κατέστησαν το σύστημα υγείας της χώρας ιδιαίτερα ευάλωτο στις διακυμάνσεις της οικονομικής συγκυρίας. Το ΕΣΥ δεν ήταν προετοιμασμένο και δεν είχε την αναγκαία θεσμική και λειτουργική θωράκιση προκειμένου να αντιμετωπίσει τα νέα δεδομένα που έφερε η οικονομική κρίση, με αποτέλεσμα να καταστεί ένας από τους βασικούς «στόχους» των Μνημονίων.

Figure 5- Υγιή έτη ζωής σε απόλυτη αξία κατά τη γέννηση, γυναίκες και άνδρες, Ελλάδα και ΕΕ 28 – Πηγή: Eurostat – Reference: Economou, Ch. (2018)

Η κρίση επιδείνωσε τα υπάρχοντα προβλήματα και πολλά από τα μέτρα πολιτικής που υιοθετήθηκαν υπό την πίεση των όρων που τέθηκαν για τη «διάσωση» της χώρας από την κρίση χρέους κατέστησαν τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας ακόμη πιο άδικη. Η επιβολή περιορισμών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία (να μην ξεπερνούν το 6% του ΑΕΠ) και η ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ από το 2009 (με πρόβλεψη για περαιτέρω μείωση και τα επόμενα λίγα χρόνια) σημαίνει ότι ο τομέας της δημόσιας υγείας κλήθηκε να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με μειούμενους οικονομικούς πόρους. Αυτό είχε αρνητικές επιπτώσεις, ιδιαίτερα για τα μεσαία και χαμηλότερα οικονομικά στρώματα τα οποία δεν είχαν τα χρήματα για να κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η αύξηση της ανεργίας, η μερική απασχόληση, η ευέλικτη απασχόληση και τα μέτρα λιτότητας (όπως οι μειώσεις μισθών στο δημόσιο τομέα) οδήγησαν σε σοβαρή μείωση τα εισοδήματα των νοικοκυριών και αντιστοίχως τα έσοδα από εισφορές των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Η κατάσταση αυτή προκάλεσε επιπλέον πιέσεις σε ένα ήδη υπερφορτωμένο δημόσιο σύστημα υγείας. Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών οδήγησε, σε σημαντικό βαθμό, σε ένα σύστημα υγείας δύο ταχυτήτων στο οποίο όσοι μπορούσαν να πληρώσουν την παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας μπόρεσαν να καλύψουν τις ανάγκες υγείας τους ενώ εκείνοι που δεν είχαν τέτοια δυνατότητα αναζητούσαν υπηρεσίες σε ένα εξαιρετικά πολύ καταπονημένο και πιεσμένο δημόσιο σύστημα υγείας [ix].

Η πλειοψηφία των μέτρων που υιοθετήθηκαν κατά το πρώτο κύμα μνημονιακών μεταρρυθμίσεων (2010 – 2014) υπέσκαψε τους στόχους ενός συστήματος υγείας όπως αυτοί περιγράφονται στην τυπολογία που χρησιμοποιεί ο Πανγκόσμιος και ο Ευρωπαϊκός



τους χρηστές, σήλαση του ασθενούς, της χρησιμότητας των βασικών υπηρεσιών (με άλλα λόγια έγιναν αλλαγές και στις τρεις διαστάσεις της κάλυψης που πρέπει να παρέχει ένα σύστημα υγείας). Περιλάμβαναν επίσης αυξήσεις στο χρόνο αναμονής για την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών, οριζόντιες περικοπές στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και μεγάλη φθορά για τους εργαζόμενους στην υγεία η οποία προήλθε από τις περικοπές στους μισθούς, από την μείωση του ρυθμού αναπλήρωσης όσων συνταξιοδοτούνταν και από την μετανάστευση στο εξωτερικό εργαζομένων στην υγεία. Από την άλλη πλευρά, τα μέτρα που θα υπήρχε πιθανότητα να προωθήσουν κάποιο στόχο για το σύστημα υγείας ήταν περιορισμένα και, σε πολλές περιπτώσεις, δεν σχεδιάστηκαν σωστά, ούτε εφαρμόστηκαν σωστά.

Οι αλλαγές που υλοποιήθηκαν στη βάση των μνημονίων δεν προέκυψαν μετά από συστηματική μελέτη με γνώμονα τις ανάγκες των πολιτών. Αποτέλεσαν απλώς την «απάντηση» στις απαιτήσεις για περικοπές δημοσίων δαπανών που έθεταν τα Μνημόνια προκειμένου να εξασφαλίσει η χώρα χρηματοδότηση για την αποπληρωμή του χρέους. Υπό το πρίσμα αυτό και μόνο, μπορούν να ερμηνευτούν ορισμένες αντιφάσεις στην εφαρμοζόμενη πολιτική. Για παράδειγμα, χωρίς να έχει λυθεί το ζήτημα των πηγών χρηματοδότησης του ΕΣΥ και της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών Ταμείων, θεσμοθετείται η αλλαγή της μορφής αποζημίωσης των προμηθευτών αυξάνοντας κατακόρυφα την επιβάρυνση των Ταμείων. Χωρίς να έχει θεσμοθετηθεί σύστημα παραπομπής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που αποτελεί βασικό πυλώρο καταγραφής αναγκών και κατεύθυνσης του ασθενή στο σύστημα, εξαγγέλλεται η αναμόρφωση του νοσοκομειακού χάρτη της χώρας. Αντί να δοθεί έμφαση στην ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των πρωτοκόλλων συνταγογράφησης, προωθούνται συνεχώς μειώσεις των τιμών των φαρμάκων και αναμορφώσεις θετικών και αρνητικών λιστών [xiii].

Με άλλα λόγια, αιτιολογημένες, αναγκαίες και ουσιαστικές δομικές μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ δεν έχουν γίνει. Ακόμη και αν ορισμένα από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν μπορεί κάποιος να πει ότι ήταν, αρχικώς, σε κάποια γενικώς θετική κατεύθυνση, κυρίως σε μικρο- διαχειριστικό επίπεδο, χάνονται στον κυκεώνα των μέτρων απαξίωσης του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και μεταβίβασης του χρηματοδοτικού βάρους στους πολίτες. Συνεπώς, η εικόνα που διαμορφώνεται είναι αυτή της υποταγής στη μνημονιακή επιταγή για περικοπή δαπανών και περιορισμό στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Έτσι όμως η προστασία της υγείας κινδυνεύει να μετατραπεί από δικαίωμα σε προνόμιο [xiv].

Μετά το 2015, και την ανάδειξη, τότε, στην εξουσία της νέας κυβέρνησης, τα ζητήματα αυτά που είχαν μείνει στο περιθώριο επανήλθαν στο προσκήνιο της ατζέντας της πολιτικής υγείας, καθώς εντεινόνταν οι ανησυχίες όσον αφορά τη δυνατότητα να επιτευχθούν οι στόχοι για γενική κάλυψη του πληθυσμού όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη και την αναγκαιότητα μείωση των εμποδίων ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το 2016, η νομοθεσία που παρείχε ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στους ανασφάλιστους Έλληνες και σε μετανάστες καθώς και η κατάργηση ορισμένων μέτρων που απαιτούσαν πληρωμή από τους πολίτες, οδήγησε σε μικρή μείωση των πληρωμών από την τσέπη των ασθενών και του ποσοστού αυτοαναφερόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών υγείας λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής [xv].

Σε όλα αυτά, θα πρέπει να αναφέρουμε και την ενδεχόμενη επιπρόσθετη επίδραση της οικονομικής κρίσης στις προϋπάρχουσες ελλείψεις των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα με την οικονομική κρίση, δε, η Ελλάδα φιλοξενεί όλο και περισσότερους πρόσφυγες, κυρίως από τη Συρία, γεγονός που αποτελεί πρόσθετη πρόκληση για το εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και αποτελεί καλό λόγο για τη διενέργεια νέων σχετικών ερευνών όσον αφορά τις επιπτώσεις της προσφυγικής κρίσης στο επίπεδο της υγειονομικής κατάστασης της χώρας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, τα Μνημόνια επηρέασαν άμεσα το ελληνικό σύστημα υγείας. Πρώτον, τα μέτρα λιτότητας οδήγησαν σε μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία με αρνητικές συνέπειες για το εύρος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεύτερον, η ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη και η πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες περιορίστηκε μέσα από τις αυξήσεις με



σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας επιρρασιθηκε σημαντικά μέσα από το «παγωμα» των προσληψεων, την περικυπη μισθών και την μετανάστευση έμπειρων επαγγελματιών υγείας στο εξωτερικό. Τέταρτον, οι προαναφερόμενες συνέπειες των Μνημονίων στο σύστημα υγείας της χώρας έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στις μη καλυπτόμενες ιατρικές του ανάγκες [xvi].

Στην Ελλάδα, τα μέτρα λιτότητας είχαν ως άμεσο στόχο την μείωση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, [xvii] και αυτό ήταν απαίτηση των Μνημονίων προκειμένου, όπως λεγόταν επανειλημμένως, να αποφευχθεί η χρεωκοπία της χώρας και να μπορέσει να εξυπηρετηθεί το χρέος της. Όλα αυτά έγιναν, όπως φάνηκε, χωρίς δομημένο σχέδιο μεταρρυθμίσεων, χωρίς καμία σοβαρή έρευνα πριν την εφαρμογή των μέτρων με αποτέλεσμα να καταλήξει όλο αυτό το «πείραμα» στη δημιουργία ενός ακόμη πιο δυσλειτουργικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, που αποκλείει πολύ περισσότερο κόσμο, ενός Συστήματος πιο ακριβού και λιγότερο αποτελεσματικού που αυξάνει το βάρος που καλούνται να σηκώσουν μόνοι τους, όσον αφορά την φροντίδα της υγείας τους, οι πιο ευάλωτοι πολίτες.

[i] Κολυπέρα, Βασιλική. (2014) Οι επιπτώσεις του μνημονίου συνεργασίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, Διπλωματική εργασία, Παν. Πειραιά

[ii] ΚΕΠΕ: Οικονομικές εξελίξεις (2013), τ.20, 43 – 47

[iii] Λιαρόπουλος, Λ., (2007), Η οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Αθήνα, Εκδ. Βήτα, 180-186

[iv] Ballas, Apostolos A., Haridimos. (2004) “Measuring nothing: the case of the Greek National Health System” in Human Relations, Vol 57(6): 661 – 690

[v] Economou, Charalambos. (2015) Barriers and Facilitating Factors in access to health services in Greece, World Health Organization, Regional Office for Europe, [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)

[vi] Economou, Charalambos., (2018) Greece’s healthcare system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state in Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, <https://www.researchgate.net/publication/329844190>

[vii] Economou C (2012a). The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: “economic crisis” versus “system-specific deficits” driven reform. *Social Theory*. 2(2):33–69.

[viii] Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al. editors. *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

[ix] Stokou, Vozikis & Chondrocoukis, (2013), Evaluation of the economic effects of the revenues collection mechanism in the NHS primary health care units, Center for Health Services Management and Evaluation

[x] Siskou O, Kaitelidou D, Litsa P, Georgiadou G, Alexopoulou H, Paterakis P, et al. (2014). Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focusing on price reductions and cost-sharing rates. *Value in Health Regional Issues*. 4:107–14.

[xi] Economou, Charalambos., (2018) Greece’s healthcare system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state in Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, <https://www.researchgate.net/publication/329844190>

[xii] Ibid



[xv] European Commission 2017 [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)

[xvi] Ifanti, A.A. et al. (2013), “Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care”, Health Policy, Vol. 113(1–2), pp. 8-12.

[xvii] Σακελλαρόπουλος, Θ. κ.ά. (2012), «Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα», ΑΔΕΔΥ, Επιστημονική έκθεση Κοινωνικού Πολυκέντρου, <http://kpolykentro.gr>

[xviii] Clarke, J., A. Houliaras and D. Sotiropoulos (2016), Austerity and the Third Sector in Greece, Routledge, New York.

[xix] European Commission 2017 – [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)

[xx] [https://neaygeia.blogspot.com/2019/11/to-74.html?](https://neaygeia.blogspot.com/2019/11/to-74.html?pref=fb&m=1&fbclid=IwAR3rTngaJ379U3BptjR3TgyYld5DN5BibO6wjlr0gh2qt9PHuPioU6kQdyw)

[spref=fb&m=1&fbclid=IwAR3rTngaJ379U3BptjR3TgyYld5DN5BibO6wjlr0gh2qt9PHuPioU6kQdyw](https://neaygeia.blogspot.com/2019/11/to-74.html?pref=fb&m=1&fbclid=IwAR3rTngaJ379U3BptjR3TgyYld5DN5BibO6wjlr0gh2qt9PHuPioU6kQdyw)

[xxi] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2016/greece-reducing-the-number-of-public-servants-latest-developments>

[xxii] <https://www.poedhn.gr/deltia-typoy/item/3790-megali-elleipsi-klinon-meth-sto-nosokomeio-zakynthou-kefalonias-kleistis-meth-an-kai-eksoplismenes>

[xxiii] <https://www.in.gr/2020/01/20/greece/tragiki-katastasi-sti-dimosia-ygeia-anavallontai-ta-xeirourgeia-sto-agia-olga/>

[xxiv] Filippidis FT, Gerovasili V, Millett C, Tountas Y. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. Sci Rep 2017; **7**: 46423.

[xxv] Technical mission: HIV in Cyprus, 15–17 October. European Centre for Disease Prevention and Control. June 2, 2015. <http://ecdc.europa.eu/en/publications-data/technical-mission-hiv-cyprus-15-17-october>

[xxvi] The Lancet – The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016 Lancet Public Health 2018; **3**: e395–406 Published Online July 25, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30130-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30130-0)

[xxvii] Laliotis I, Ioannidis JPA, Stavropoulou C. Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. Lancet Public Health 2016; **1**: e56–65.

[xxviii] Vlachadis N, Kornarou E., (2013) Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. BMJ; **346**: f1061

[xxix] Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP. (2014) Physicians’ brain drain in Greece: a perspective on the reasons why and how to address it. Health Policy; **117**: 210–15.

[xxx] Ibid

[xxxi] The state of health in EU – Greece – Health Profile 2019 – European Commission – OECD – (in Greek)

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)

[xxxii] Economou, Charalambos., (2018) Greece’s healthcare system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state in Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, <https://www.researchgate.net/publication/329844190>



[xxxiv] Σκρουμπέλος Α, Δάγλας Α, Σκουτέλης Δ, Κυριόπουλος Γ. (2012) Το Νοσηλευτικό Προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα Κατάσταση και Τρέχουσες Προκλήσεις. Διαθέσιμο σε: [http://www.esdy.edu.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/To%20%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/To%20%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1.pdf)

[xxxv] Οικονόμου, Χαράλαμπος. (2013) Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία..., Foreign Affairs the Hellenic Edition, <https://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>

[xxxvi] Economou, Charalambos., (2018) Greece's healthcare system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state in Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, <https://www.researchgate.net/publication/329844190>

[xxxvii] Apostolidis K. Access to medicines in Greece. A patient view from Greece. Patient View Quarterly. 2013 June;6–13.

[xxxviii] Economou, Charalambos., (2018) Greece's healthcare system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state in Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, <https://www.researchgate.net/publication/329844190>

[xxxix] Skroumpelos A, et al. Catastrophic health expenditures and chronic condition patients in Greece. Value in Health. 2014;17(7):A501–A502.

[xl] Kentikelenis, Alexander, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin McKee, and David Stuckler. (2014). Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism. The Lancet, 383, No. 9918, February 22, pp. 748–753  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62291-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/fulltext)

[xli] Anagnostopoulos, DC., Soumaki, E. (2013) The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. Eur Child Adolesc Psychiatry ; 22: 131-134

[xlii] Ibid

[xliii] Economou, M., Madianos, M., Peppou, LE., Patelakis, A., Stefanis, CN., (2013) Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. J Affect Disord ; 145: 308-314

[xliv] Ibid

[xlv] Kentikelenis, Alexander, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin McKee, and David Stuckler. (2014). Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism. The Lancet, 383, No. 9918, February 22, pp. 748–753  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62291-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/fulltext)

[xlvi] Γκουντούμας, Μιχαήλ., (2019) Ο Ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την Περίοδο της Κρίσης – Μέτρηση ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Οικονομικών Μονάδων (ΔΟΜ)» με κατεύθυνση την “Οικονομία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας”

[xlvii] The state of health in EU – Greece – Health Profile 2019 – European Commission – OECD – (in Greek)  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)

[xlviii] Ibid

[xlix] Ibid

[l] European Commission Data (2017 (in Greek)) [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)





[liii] Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP. (2013) Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*; 113: 8–12.

[liv] Karamanoli E., (2015) 5 years of austerity takes its toll on Greek health care. *Lancet*; 386: 2239–40.

[lv] Filippidis FT, Gerovasili V, Millett C, Tountas Y. (2017) Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Sci Rep*; 7: 46423.

[lvi] <https://www.mkiellinikou.org/en/presentation-of-clinic/>

[lvii] Economou, Charalambos. (2015) Barriers and Facilitating Factors in access to health services in Greece, World Health Organization, Regional Office for Europe, [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)

[lviii] <http://www.mkiellinikou.org/en/>

[lix] Σισσούρας, Άρης., (2012) Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ – Τριάντα χρόνια Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ανάλυση της υλοποίησης και μαθήματα πολιτικής υγείας, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη

[lx] Economou, C. and C. Giorno (2009), “Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece”, OECD Economics Department Working Papers, No. 722, OECD Publishing, © OECD. doi:10.1787/221250170007

[lxi] Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al. editors. *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Observatory Studies Series 41; :103–42.

[lxii] Mladovsky P, et al. (2012) *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

[lxiii] Οικονόμου, Χαράλαμπος. (2013) Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία... , Foreign Affairs the Hellenic Edition, <https://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-i-litotita-blapte-i-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>

[lxiv] Ibid

[lxv] Economou C, Panteli D., (2018) *Monitoring and documenting the systemic and health effects of health reforms in Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe..

[lxvi] Kentikelenis A. Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways. *Social Science and Medicine*. 2017;187:296-305

[lxvii] Niakas D. Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *Int J Health Serv* 2013; 43: 597–602.

Categories: Alternative, Blog 3 Μαΐου, 2019

Tags:



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ

ΕΠΟΜΕΝΑ

Ισχυρούς ρυθμούς ανάπτυξης προβλέπουν οι Βρυξέλλες – S&P: Στο Β+με θετική προοπτική (video)



Προς άρση των περιορισμών για αγορές κρατικών ομολόγων από τράπεζες

## Related posts

Κρίση Χρέους – Μνημόνια:  
Επιστροφή στον Μεσαίωνα για τον κόσμο της εργασίας  
3 Μαΐου, 2020

ΣΔΙΤ: Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα  
24 Φεβρουαρίου, 2020

Η ενεχυρίαση της ελληνικής δημόσιας περιουσίας σε ...έξι μέτρα για χάρη των δανειστών  
14 Φεβρουαρίου, 2020

Χρέος: Ένα παιχνίδι λέξεων  
12 Φεβρουαρίου, 2020

Γιατί η ΕΚΤ βλέπει το “πρόβλημα” να... χτυπάει στα νομίσματα  
12 Φεβρουαρίου, 2020

Ολική διαγραφή χρεών και ρευστοποίηση περιουσίας  
8 Φεβρουαρίου, 2020

## Αφήστε μια απάντηση

Your email address will not be published. Required fields are marked \*

Το σχόλιό σας...



Email

Website

 Save my name, email, and website in this browser for the next time I comment. Δεν είμαι ρομπότreCAPTCHA  
Απόρρητο - Όροι

Δημοσίευση σχολίου

## Δημοφιλή Άρθρα



Τα δάνεια της Επανάστασης του 1821: Το χρέος, ο εμφύλιος και οι «ληστρικοί» όροι Η προσωρινή κυβέρνηση, το 1824 και το 1825, χτυπάει την...

105 views



Η ενεχυρίαση της ελληνικής δημόσιας περιουσίας σε...έξι μέτρα για χάρη των δανειστών Ακίνητα και μετοχές δημοσίων εταιρειών στο υπερταμείο (...)

57 views

## Mainstream (Κυρίαρχη Άποψη)



Δημόσιο χρέος και Εθνικές Εκλογές: Η περίπτωση της Ελλάδας

31 Ιανουαρίου, 2020



Δημόσιο χρέος και Οικονομική Ανάπτυξη

31 Ιανουαρίου, 2020



Δημόσιο χρέος και αποκρατικοποιήσεις στην Ελλάδα

31 Ιανουαρίου, 2020

## Alternative (Εναλλακτική Άποψη)



Κρίση Χρέους – Μνημόνια: Επιστροφή στον Μεσαίωνα για τον κόσμο της εργασίας

3 Μαΐου, 2020



Χρέος: Ένα παιχνίδι λέξεων

12 Φεβρουαρίου, 2020



Κρίση δημόσιου χρέους στην Ελλάδα

