



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ:

ΜΑΝΟΥΣΑΚΗ ΕΡΜΙΟΝΗ

ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2017**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑ

Αρχικά να ευχαριστήσουμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μας, κύριο Φανουργιάκη Ιωάννη, για την εμπιστοσύνη και την στήριξη που μας έδειξε, και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας. Όπως επίσης και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του, για την επίλυση διάφορων θεμάτων. Επίσης να τον ευχαριστήσουμε που με τη συνεχή παρακολούθηση της πορείας και της εξέλιξης της εργασίας μας, συνέβαλε σημαντικά στην ολοκλήρωση και παρουσίαση της.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τις οικογένειες μας, χωρίς την βοήθεια, την κατανόηση και την ψυχολογική στήριξη των οποίων, η προσπάθεια μας θα ήταν πολύ πιο δύσκολη.

Πίνακας περιεχομένων

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ABSTRACT.....	10
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΟΙΜΙΟ.

1.1 Η νέα ελληνική κυβέρνηση του 1981.....	13
1.2 Ιδρυτικός νόμος σύστασης του Ε.Σ.Υ.....	14
1.2.1 Νομικό πλαίσιο.....	14
1.2.2 Διάκριση περίθαλψης σε (βαθμίδες) πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια Και τριτοβάθμια.....	16
1.2.2.1 Κέντρα υγείας: Νομικό πλαίσιο, Σκοπός, Λειτουργία.....	17
1.2.2.2 Το προσωπικό των κέντρων υγείας.....	19
1.2.2.3 Ιατρικό προσωπικό: προσόντα, καθήκοντα, εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και νομικό πλαίσιο.....	20
1.3 Η πρώτη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ. (Ν. 2889/2001).....	22
1.3.1 Νέα περιφερειακή συγκρότηση, σύσταση περιφερειακών συστημάτων υγείας (Πε.Σ.Υ.).....	23
1.4 Η δεύτερη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ. το 2003.....	25
1.5 Η Τρίτη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ. το 2005.....	26
1.5.1 Το νομικό πλαίσιο του νόμου 3329/2005 και το πολιτικό παρασκήνιο.....	26
1.5.2 Η σύνθεση της ΔΥΠΕ.....	28
1.6 Η τέταρτη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ. το 2007.....	30
1.7 Η Πέμπτη μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ. το 2010 (Ν. 3852/2010).....	31
1.8 Αποτίμηση της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. (1983-2010).....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΝΗΜΟΝΙΑ 2010 & 2012: Η ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ (ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΟΓΩΝ ΠΟΥ ΜΑΣ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ 2010 & 2012, ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΠΟΡΡΕΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΗΦΙΣΗ ΤΟΥΣ (2010-2014).

2.1 Η χρηματοπιστωτική κρίση στις ΗΠΑ το 2008.....	34
2.1.1 Η αντίδραση του τραπεζικού συστήματος στην εμφάνιση της κρίσης.....	36
2.2 Η κρίση μεταλαμπαδεύτηκε στην ευρωπαϊκή ήπειρο.....	37
2.2.1 Η Ελλάδα και το πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης.....	38
2.3 Η κρίση έρχεται στην Ελλάδα.....	39
2.4 Τα αίτια της ελληνικής κρίσης- Το δημοσιονομικό πρόβλημα της Ελλάδας.....	42
2.5 Η ευρωπαϊκή ένωση απέναντι στην ελληνική οικονομική κρίση.....	44
2.6 Η θεσμοθέτηση της διάσωσης και η Συνθήκη της Λισαβόνας.....	45
2.7 Το μνημόνιο του 2016: Η υπογραφή και οι υποχρεώσεις.....	49
2.7.1 Χρονικό.....	49
2.7.2 Στρατηγική στόχευση του 1 ^{ου} μνημονίου και πολιτικές που απέρρεαν από αυτό.....	50
2.8 Το 2 ^ο μνημόνιο του 2012 και η επιρροή στον τομέα της υγείας.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΑΥΣΤΗΡΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ (2010-2014).

3.1 Οικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία από την εφαρμογή πολιτικών λιτότητας.....	58
3.2 Η διεθνής οικονομία και η κοινωνία.....	59
3.3 Επιπτώσεις στους χρόνιες πάσχοντες.....	61
3.3.1 Οικονομικές επιπτώσεις στις φαρμακευτικές πολιτικές.....	63

3.4 Οξείες επιπτώσεις στην υγεία.....	65
3.4.1 Οι επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία.....	68
3.4.2 Έξαρση μολυσματικών ασθενειών.....	69
3.5 Αντίκτυπο στην πνευματική-ψυχική υγεία.....	70
3.6 Αυτοκτονίες.....	74
3.6.1 Θνησιμότητα.....	75
3.6.2 Επιπτώσεις στο υγειονομικό σύστημα.....	75
3.7 Οικονομικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	80
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	81
------------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89
-------------------	----

ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ.....	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΑΝΕΚΠΛΗΡΩΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	88

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Ο.Κ.: Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΠΑΣΟΚ: Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα
ΚΕ.Σ.Υ.: Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας
ΠΕ.Σ.Υ.: Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
Α.Ε.Ι.: Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
Κ.Υ.: κέντρο υγείας
Δ.Σ.: Διοικητικό Συμβούλιο
ΠΕ.Σ.Υ.Π.: Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Δ.Υ.ΠΕ.: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.: Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Ν.Π.Ι.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.: Φορέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Υ.Υ.Κ.Α.: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ.: Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών
Σ.Υ.ΠΕ.: Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας
Γ.Σ.Ε.Ε.: Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
Α.Δ.Ε.Δ.Υ.: Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων
Μ.Π.Υ.: Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας
Κ.Ε.Ν.: Κέντρο Εκπαίδευσης Νεοσύλλεκτων
GPS: Global Positioning System
ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Τ.: Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
Η.Δ.Α.Τ.: Ηλεκτρονική Δευτερογενής Αγορά Τίτλων
Δ.Ν.Τ.: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
Α.Ε.Π.: Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ECOFIN: Economic and Financial Affairs Council

ECOFIN: Συμβούλιο Οικονομικών και Χρηματοοικονομικών Υποθέσεων
Φ.Π.Α.: Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
Σ.Α.Ε.Ε.: Συνθήκη για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης
Ε.Μ.Σ.: Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας
Ε.Μ.Χ.Σ.: Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Χρηματοοικονομικής Σταθεροποίησης
Ο.Ν.Ε.: Οικονομική Νομισματική Ένωση
KFW: Kreditanstalt für Wiederaufbau
T.X.Σ.: Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας
EFSD: European Financial Stability Facility
EFSD: Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
I.K.A.: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ο.Γ.Α.: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Π.Α.Δ.: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ο.Α.Ε.Ε.: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
T.Y.Δ.Κ.Υ.: Ταμείο Υγείας Δημοτικών Και Κοινωνικών Υπαλλήλων
Κ.Ε.Ν. η D.R.G.s.: Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΕΛ.ΣΤΑΤ.: Ελληνική Στατιστική Αρχή
W.T.O.: World Trade Organization
W.T.O.: Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου
Ο.Ο.Σ.Α.: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Χ.Α.Π.: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
I.L.O.: International Labour Organization
I.L.O.: Διεθνής Οργάνωση Εργασίας
HIV: Human Immunodeficiency Virus
Δ.Ε.Π.Υ.: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας
Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
SRH: Self-rated health

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία θα γίνει μια περιγραφή του πολιτικού περιβάλλοντος της δεκαετίας του 1980, κάνοντας αναφορά στο νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που ψηφίστηκε το 1983, καθώς και αποτίμηση της λειτουργίας του ΕΣΥ (1983 – 2010). Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά για την κρίση που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ, πως επεκτάθηκε και έπληξε την ευρωπαϊκή ήπειρο, την Ελλάδα, το ελληνικό δημοσιονομικό πρόβλημα, καθώς και πως διαχειρίστηκε η Ευρωπαϊκή Ένωση την ελληνική οικονομική κρίση, η θεσμοθέτηση της «διάσωσης», το οικονομικό πρόγραμμα της Ελλάδας, το μνημόνιο, που υπεγράφη το 2010 και το 2012 και οι υποχρεώσεις. Τέλος, θα εξεταστούν οι επιπτώσεις από την εφαρμοζόμενη πολιτική αυστηρής δημοσιονομικής λιτότητας που απορρέει από τα μνημόνια, οι οποίες είναι άμεσα εμφανείς στα αυστηρά μέτρα που πάρθηκαν όσον αφορά τον τομέα της υγείας, αλλά υπάρχουν έμμεσες επιπτώσεις που επηρεάζουν τον τομέα της υγείας, οι οποίες έχουν να κάνουν με την αύξηση της ανεργίας και την μείωση μισθών και συντάξεων.

ABSTRACT

This paper will be a description of the political environment of the 1980s making reference to the law of the National Health System, which passed in 1983, as well as assessment of the operation of the NHS(1983-2010). Then there will be a reference at the crisis which started from the USA, how it was extended and hit the European continent Greece, the Greek financial trouble as well as how the European Union managed the Greek financial crisis, the institutionalization of “rescue”, the economic programme of Greece, and of course the memoranda signed in 2010 and 2012 and their obligations. Finally, there will be examined the effects of the applied strict fiscal austerity policy deriving from the memoranda, which are really apparent in the strict measures taken with regard to the health sector, but there are also indirect consequences affecting the health sector, which have to do with the rise in unemployment and the reduction of salaries and pensions.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα θέματα υγείας βρίσκονται στην κορυφή της πολιτικής ατζέντας σε όλο τον κόσμο. Στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχουν υιοθετηθεί πολιτικές τα αποτελέσματα των οποίων έχουν γίνει αντικείμενο προβληματισμού. Είναι ιδιαίτερα προκλητικό η καταγραφή και η μελέτη των επιπτώσεων στην υγεία των Ελλήνων και το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα για κάθε κοινωνικό επιστήμονα.

Η πτυχιακή μας εργασία έχει στόχο να καταγράψει τις άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας. Οι επιπτώσεις είναι αποτέλεσμα από την υιοθέτηση αυστηρών πολιτικών λιτότητας σε όλο το δημόσιο τομέα, ακόμα και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας, που απορρέουν από την υπογραφή των μνημονίων.

Για την συγγραφή αυτής της μελέτη ανατρέξαμε σε βιβλιογραφία, ξενόγλωσσα και ελληνική, καθώς και στο διαδίκτυο.

Στο πρώτο κεφάλαιο, περιγράφεται το πολιτικό περιβάλλον το 1983, όπου είναι η ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ που θα αναλύσουμε, στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται μια αποτίμηση από την λειτουργία του ΕΣΥ.

Στο επόμενο κεφάλαιο αναλύονται οι λόγοι που οδήγησαν το πολιτικό δυναμικό της χώρας στην υπογραφή των μνημονίων 2010, 2012, τι είναι μνημόνια και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την ψήφισή τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι επιπτώσεις από την εφαρμοζόμενη πολιτική που απορρέει από τα μνημόνια στην υγεία των Ελλήνων, καθώς και τις άμεσες και έμμεσες πολιτικές που επηρεάζουν τον τομέα της υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρατείνονται κάποια μακροοικονομικά οφέλη από την εφαρμοζόμενη οικονομική πολιτική σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat.

Στο τελευταίο κεφάλαιο καταγράφονται τα συμπεράσματα και οι προοπτικές για το δημόσιο σύστημα υγείας στην περίοδο της κρίσης.

Τα κεφάλαια καθώς και τα συμπεράσματα, επιμελήθηκαν οι φοιτήτριες Μανουσάκη Ερμιόνη και Μαραγκουδάκη Αλεξάνδρα, έχοντας ανατρέξει σε όλη την βιβλιογραφία.

Η παρούσα εργασία αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για πολίτες, επαγγελματίες υγείας και όλους αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις.

Οι αποφάσεις και οι πολιτικές θα πρέπει να υιοθετούνται μετά από σχεδιασμό και έχοντας ως στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, λαμβάνοντας υπόψη ιδιαίτερα τις πιο ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια περιγραφή του πολιτικού περιβάλλοντος της δεκαετίας του 1980 στην χώρα μας.

Η αλλαγή στο πολιτικό σκηνικό έφερε μεγάλη αλλαγή και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας. Ο νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που ψηφίστηκε το 1983 ήταν αυτός που όρισε το πλαίσιο λειτουργίας του δημόσιου υγειονομικού συστήματος στην χώρα μας.

1.1. Η νέα ελληνική κυβέρνηση του 1981

Στις εκλογές του 1981, το ΠΑΣΟΚ με ηγέτη τον Ανδρέα Παπανδρέου και με ποσοστό που άγγιζε το 48% πετυχαίνει μια σημαντική εκλογική νίκη αναλαμβάνοντας τα ηνία της διακυβέρνησης της Ελλάδας, υλοποιώντας το κυβερνητικό του πρόγραμμα.

Κατά την διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου, αναμορφώθηκε το “Οικογενειακό Δίκαιο”, όπου καθιερώθηκε ο πολιτικός γάμος, το συναινετικό διαζύγιο και η κατάργηση της προίκας.

Παράλληλα, αναβαθμίστηκε η εκπαίδευση, ενώ λήφθηκαν μέτρα που είχαν κύριο στόχο την βελτίωση του εισοδήματος, όπως ο διπλασιασμός των συντάξεων και των μισθών, χάρη κυρίως στην αύξηση των κονδυλίων που δίνονταν στην Ελλάδα από την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (Ε.Ο.Κ.).

Την ίδια περίοδο στις αρχές της δεκαετίας του 1980 αναβαθμίστηκε η κοινωνική θέση της γυναίκας και επίσης αναγνωρίστηκε η Εθνική Αντίσταση.

Σημαντικότερη μεταρρύθμιση θεωρείται από πολλούς η μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έχοντας στόχο, σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο την εξασφάλιση της πλήρους και δωρεάν περίθαλψης όλων των πολιτών, (Αντωνοπούλου Λίλα, 2008).

1.2. Ο ιδρυτικός νόμος σύστασης του ΕΣΥ.

1.2.1 Νομικό πλαίσιο

Το 1983, επί κυβερνήσεως ΠΑΣΟΚ, με υπουργό υγείας τον Π. Αυγερινό, κατ' επιταγή του άρθρου 21, παράγραφος 3 του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών», ψηφίζεται ο Νόμος υπ' αριθ. 1397/ 1983, με οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Πιο συγκεκριμένα στον νόμο αυτό ορίζεται ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας.

Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, ορίζεται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ).

Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνίσταται Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ.), τα οποία είναι όργανα γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού, εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, επίσης γνωμοδοτούν και εισηγούνται στα Κ.Ε.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.

Οι πρόεδροι των Π.Ε.Σ.Υ. μετέχουν στην ολομέλεια του Κ.Ε.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα ψήφου σε θέματα που αφορούν μόνο την περιφέρειά τους και τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα Π.Ε.Σ.Υ. για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νομό τους.

Τα μέλη που αποτελούν τα Π.Ε.Σ.Υ. είναι:

Δύο εκπρόσωποι των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας,

Ένα εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων,

Ένα εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων,

Από ένα εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού των ιατρικών,

οδοντιατρικών και φαρμακευτικών των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια,

Ένα εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού,

Ένα εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης,

Ένα εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων,

Ένα εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών,

Ένα εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχειώδους και μέσης εκπαίδευσης,

Ένα υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

Ένα υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων,

Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη κοινωνική και επιστημονική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στα Π.Ε.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφους οι πρόεδροι των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

Η θητεία των μελών του Π.Ε.Σ.Υ είναι ζετής, η ολομέλεια του Π.Ε.Σ.Υ. εκλέγει πρόεδρο και αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία και ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των γιατρών-μελών.

Όργανα του Π.Ε.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή. Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του Π.Ε.Σ.Υ. για την συγκρότηση της απαρτίας απαιτείται η παρουσία των 3/5 τουλάχιστον των μελών του Π.Ε.Σ.Υ. και η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και ένα μέλος που εκλέγεται από την ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική ψηφοφορία, τα μέλη της εκτελεστικής επιτροπής ασκούν το έργο τους με πλήρη απασχόληση και του καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που καθορίζεται από τον υπουργό Υγείας και υπουργό Οικονομικών, για τα λοιπά μέλη του Π.Ε.Σ.Υ. και τα μέλη των επιτροπών και των ομάδων εργασίας η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ ορίζεται με κοινή απόφαση με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η αποζημίωση αυτή καταβάλλεται και στον πρόεδρο και αντιπρόεδρο εφόσον δεν δικαιούνται να παίρνουν την μηνιαία αμοιβή.

Στην νομαρχία της έδρας κάθε Π.Ε.Σ.Υ. λειτουργεί γραμματεία, η γραμματεία

στελεχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, έργο της γραμματείας είναι να συγκεντρώνει και να επεξεργάζεται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό, (Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης (ΦΕΚ) 1397/1983).

1.2.2. Διάκριση περίθαλψης σε (βαθμίδες) πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια

Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια και παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Οι δαπάνες καλύπτονται από το δημόσιο ή τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τα ταμεία του δημοσίου με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε συναρμόδιου υπουργού. Στις διατάξεις αυτές δεν υπάγονται μονάδες περίθαλψης που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο ή στις Ένοπλες Δυνάμεις.

Όλα τα νοσοκομεία οποιαδήποτε νομικής μορφής υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η εποπτεία αυτή ασκείται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

Όσα επιχορηγούνται από το κράτος υπόκειται σε έλεγχο για τον τρόπο διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης, αυτό δεν ισχύει για τα νοσοκομεία των ένοπλων δυνάμεων.

Στα νοσοκομεία μπορεί να εγκαθίσταται και να λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπιστημιακό ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Η διάταξη αυτή δεν αναφέρεται στους ενδιαφερόμενους και μετεκπαιδευόμενους. Οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και αποτελούν τμήματά του. Η δύναμη κάθε πανεπιστημιακής κλινικής δεν υπερβαίνει τα 45 κρεβάτια. Η διάταξη ισχύει και για τις πανεπιστημιακές κλινικές που λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία.

Η εγκατάσταση γίνεται με κοινή απόφαση των υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και

Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από γνώμη του ιατρικού τμήματος και πρόταση του Κ.Ε.Σ.Υ. Με όμοιες αποφάσεις μεταφέρονται πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που λειτουργούν στα νοσοκομεία.

Το πανεπιστημιακό προσωπικό σε ό, τι αφορά την υπηρεσία του στο νοσοκομείο θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με αυτό και υπάγεται στην δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του νοσοκομείου, όπως και το λοιπό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας, (Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης (ΦΕΚ) 1397/1983).

1.2.2.1. Κέντρα υγείας: Νομικό Πλαίσιο, Σκοπός, Λειτουργία

Με κοινή απόφαση των υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας συνιστώνται σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.

Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης των περιφερειακών ιατρείων του και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού του, που προσθέτονται στις θέσεις, που προβλέπονται στον οργανισμό του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας. Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής.

Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται

κάθε χρόνο πιστώσεις.

Περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν σε περιοχές που δεν λειτουργούν ή δεν έχουν συσταθεί Κέντρα Υγείας και μέχρι την λειτουργία τους ή την σύστασή τους, μπορούν να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή.

β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως την διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.

δ) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιαδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.

ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.

στ) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.

ζ) Η ιατροκοινωνική και η επιδημιολογική έρευνα.

η) Η ιατρική της εργασίας.

θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.

ι) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

ια) Η εκπαίδευση των ιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.

ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

ιγ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

Καταργούνται τα κέντρα υγείας, τα "πολυιατρεία", τα ιατρεία και οποιαδήποτε άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιαδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία (Φύλλο

Εφημερίδας Κυβέρνησης (ΦΕΚ) 1397/1983).

1.2.2.2. Το προσωπικό των κέντρων υγείας

Οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων κέντρων υγείας καταργούνται, το προσωπικό αυτό πλην του ιατρικού κατατάσσεται σε κενές θέσεις του φορέα που υπάγεται η μονάδα ή εντάσσεται σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν: γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων, οικογενειακοί γιατροί που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων.

Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι ιατρός ή οδοντίατρος του Ε.Σ.Υ. με βαθμό διευθυντή ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. Εάν στο κέντρο υγείας δεν υπηρετεί ιατρός ή οδοντίατρος με βαθμό διευθυντή το Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.Π. μπορεί να αναθέσει τη διεύθυνση σε έναν από τους αναπληρωτές Διευθυντές ή Επιμελητές Α΄ του κέντρου υγείας.

Η θητεία του διευθυντή είναι τριετής. Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιθάλλουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα ύστερα από προσυνηνόηση.

Το ωράριο λειτουργίας τους ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, για τις ώρες και μέρες που δεν λειτουργεί το κέντρο υγείας ορίζονται από τον γιατρό του κέντρου υγείας που έχει την ευθύνη για τον συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του οικογενειακού γιατρού που εφημερεύουν.

Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών και στα περιφερειακά τους ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες γιατροί των αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας, ως εξής:

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού ιατρού υπηρετούν στην έδρα του

κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας και επισκέπτονται τα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες.

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων οι οποίες ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας τοποθετούνται σ' αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιοδικά το κέντρο υγείας. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτό 8ωρο και 5 ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.

Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση. Σε έκτακτες ανάγκες κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου εφόσον κληθεί από τον γιατρό της εφημερίας. Τα κέντρα υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά (Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης (ΦΕΚ) 1397/1983).

1.2.2.3. Ιατρικό προσωπικό: προσόντα, καθήκοντα, εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και νομικό πλαίσιο

Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων οποιασδήποτε νομικής μορφής κέντρων υγείας εκτός τα νοσοκομεία των ένοπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι. συνιστώνται ως θέσεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική σαν ελεύθερο επάγγελμα ή οποιαδήποτε άλλο επάγγελμα, εκτός από αυτά που έχουν σχέση με καλλιτεχνική και συγγραφική δραστηριότητα, και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση.

Επίσης απαγορεύεται να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα. Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται και οι οδοντίατροι.

Προσόντα από γιατρούς του Ε.Σ.Υ. που απαιτούνται:

α) Για την κατάληψη θέσης Επιμελητή Β΄ απαιτείται η κατάληψη τίτλου ειδικότητας και ηλικίας μέχρι 45 ετών,

β) Για την κατάληψη θέσης Επιμελητή Α΄ απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για 4 τουλάχιστον χρόνια και ηλικίας έως 50 ετών,

γ) Για την κατάληψη θέσης Διευθυντή απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για τουλάχιστον 7 χρόνια και ηλικία μέχρι 55 ετών, και

δ) για την κατάληψη θέσης βοηθού απαιτείται άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και ηλικία μέχρι 45 ετών.

Για την κατάληψη θέσεων από οδοντιάτρους απαιτείται:

α) για θέση βοηθού άδεια άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι 35 ετών,

β) για θέση επιμελητή Β΄ η άσκηση του επαγγέλματος για 5 χρόνια και ηλικία μέχρι 40 ετών,

γ) για επιμελητή Α΄ η άσκηση του επαγγέλματος για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι 45 ετών και

δ) για θέση διευθυντή η άσκηση του επαγγέλματος για 12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών.

Για τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο ανάλογα με τον βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους σ' αυτόν.

Στο Κ.Ε.Σ.Υ. συνιστάται επιτροπή εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των ιατρών, όπου εισηγείται τον καθορισμό, τον διαχωρισμό, συγχώνευση ή κατάργηση των ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων, εκτιμά τις ανάγκες και γνωμοδοτεί για τον αριθμό των γιατρών που απαιτούνται κατά ειδικότητα, καταρτίζει τα προγράμματα για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών και καθορίζει τα κριτήρια για τον ορισμό των μονάδων που παρέχουν εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας το χρόνο εκπαίδευσης κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και τον αριθμό των

εκπαιδευόμενων σ' αυτό γιατρών.

Επίσης, καταρτίζει ενιαίο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών, των άλλων επιστημών της ιατρικής υπηρεσίας, του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού λοιπών επαγγελματιών υγείας και εγκρίνει προτάσεις για την λειτουργία υποχρεωτικών και προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ιεραρχεί, εποπτεύει, συντονίζει και αξιοποιεί την εκτέλεση και απόδοσή τους.

Πειθαρχική δικαιοδοσία στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. εκτός από τα πειθαρχικά συμβούλια ασκούν μόνο το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου εφόσον πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ., το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο και το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο.

Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται τριμελές περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο των γιατρών του Ε.Σ.Υ, συνίσταται επίσης με έδρα την Αθήνα πενταμελές κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ..

Για τον τρόπο λειτουργίας του κεντρικού και των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων γιατρών Ε.Σ.Υ., τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των μελών τους και την αντικατάστασή τους εφαρμόζονται ανάλογα οι σχετικές διατάξεις για τα πειθαρχικά συμβούλια των δημόσιων υπαλλήλων (Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης (ΦΕΚ) 1397/1983).

1.3. Η πρώτη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ (Ν. 2889/2001)

Τομή στην περιφερειακή οργάνωση και διοίκηση του ΕΣΥ αποτέλεσε ο Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», επί κυβερνήσεως ΠΑΣΟΚ, με υπουργό Υγείας τον Α. Παπαδόπουλο.

Ο Ν. 2889/2001 αποτέλεσε μια προσπάθεια αντιστοίχισης του υγειονομικού συστήματος με τις νέες ανάγκες που προέκυψαν, μέσω κανόνων και μηχανισμών για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων και πολιτικών, ενώ παράλληλα επιδιώχθηκε «η κατοχύρωση των βασικών αρχών, που αποτελούν την παρακαταθήκη του ιδρυτικού

νόμου του ΕΣΥ», οι οποίες βέβαια δεν είχαν εφαρμοστεί εξ ολοκλήρου, ειδικότερα όσον αφορά στην περιφερειακή του οργάνωση.

Ο μεταρρυθμιστικός αυτός νόμος κινήθηκε σε τρεις μεταρρυθμιστικούς άξονες:

1. Την οργάνωση (των νοσοκομείων),
2. Την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και
3. Την περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, προκειμένου να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες σε εθνικό επίπεδο.

Σκοπός των βασικών αξόνων των ρυθμίσεων του νόμου είναι η αποτύπωση, ο σχεδιασμός και η αντιμετώπιση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού, ώστε να εξαλειφθούν οι μεγάλες ανισότητες στο επίπεδο και στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας που παρατηρούνται σε χώρους με γεωγραφική και κοινωνική ενότητα, όπως οι περιφέρειες.

Στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 2889/2001 αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι «η Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί κεντρική επιλογή για την Κυβέρνηση και θεμελιώδους σημασίας απόφαση για το ΕΣΥ.

Η αποκεντρωμένη διοίκηση αποτελεί για χρόνια το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχές μοντέλο διοίκησης για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει ταχέως να προχωρήσουμε και εμείς.

Τα Ναπολεόντειου τύπου αυταρχικά και συγκεντρωτικά μοντέλα, που λειτουργούν ακόμη στην Ελλάδα, έχουν προ πολλού ξεπεραστεί. Μόνο με την αποκέντρωση θα μπορέσουν να λυθούν τα χρόνια προβλήματα διοίκησης, που ταλανίζουν τον τόπο. Το Υπουργείο θα διαδραματίσει τον επιτελικό ρόλο που πρέπει να έχει και ο Υπουργός δεν θα αναλώνεται στην αντιμετώπιση της καθημερινότητας» (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2012).

1.3.1. Νέα περιφερειακή συγκρότηση, σύσταση Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ)

Η περιφερειακή συγκρότηση πραγματοποιείται στις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001, όπου αναφέρεται: «Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται ΝΠΔΔ με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠεΣΥ)».

Με τον τρόπο αυτόν η χώρα διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές (εξαιρέση αποτελούν η ίδρυση τριών ΠεΣΥ στην περιφέρεια Αττικής και δύο ΠεΣΥ στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου).

Επί πλέον, κατά την παράγραφο 4 του ίδιου άρθρου «όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο ΕΣΥ και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου ΠεΣΥ, μετατρέπονται αυτοδίκαια, από τη δημοσίευση του συγκεκριμένου νόμου, σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠεΣΥ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια», χάνοντας έτσι τη νομική τους προσωπικότητα.

Κατά το άρθρο 2 του ίδιου νόμου, τα όργανα διοίκησης του ΠεΣΥ είναι:

1. Το εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ), στο οποίο εκπροσωπούνται τόσο οι λειτουργοί, όσο και οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, αλλά και η αυτοδιοίκηση και

2. Ο Πρόεδρος του ΔΣ του ΠεΣΥ, ο οποίος είναι και ο Γενικός Διευθυντής του ΠεΣΥ. Το ΔΣ του ΠεΣΥ, όπως αναφέρεται στην εισηγητική έκθεση του νόμου, «Ως επιτελικό όργανο, εκπονεί τον Υγειονομικό Χάρτη της περιφέρειας, όπου καταγράφονται οι υγειονομικές ανάγκες, εκπονεί επιχειρησιακό σχέδιο για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών, προγραμματίζει τις προσλήψεις προσωπικού και την προμήθεια υλικοτεχνικού εξοπλισμού και συντονίζει, καθοδηγεί και ελέγχει τη λειτουργία όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού της περιφέρειας.

Καταρτίζει και παρακολουθεί την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που στοχεύουν στη συνεχή επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού του και έχει τη δυνατότητα να συνιστά μονομετοχικές κρατικές επιχειρήσεις, κατά τα επιτυχημένα

πρότυπα των δημοτικών επιχειρήσεων, για την ανάληψη των κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών των νοσοκομείων, ώστε να εξασφαλίζεται ευελιξία, ταχύτητα, εξοικονόμηση πόρων και αποτελεσματικότητα. Επιπλέον, για την επίτευξη του ρόλου του υποστηρίζεται από διοικητική δομή, με σύγχρονη διάρθρωση και από επιστημονικά όργανα, όπως το Επιστημονικό και το Νοσηλευτικό Συμβούλιο».

Σύμφωνα με το άρθρο 4, οι πόροι του ΠεΣΥ προέρχονται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τόσο τον τακτικό όσο και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων. Ταυτόχρονα, υπάρχει η δυνατότητα να ενισχύεται και από άλλες πηγές, ελληνικούς και διεθνείς οργανισμούς, καθώς και με δωρεές και κληροδοτήματα.

Τέλος, τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ) του άρθρου 3 του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ 1397/1983 καταργούνται, ενώ η έναρξη λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των ΠεΣΥ, καθώς και η αντικατάσταση σε περίπτωση παραίτησης του Προέδρου ή άλλου οργάνου διοίκησης της μεταβατικής περιόδου, ορίζονται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2012).

1.4. Η δεύτερη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ το 2003

Σχεδόν 20 χρόνια μετά από ψήφιση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ αλλά και πρακτικής εφαρμογής του σε μια κοινωνία που εξελίσσεται, ψηφίζεται ο δεύτερος μεταρρυθμιστικός νόμος, όπου τα ΠεΣΥ μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας. (ΠεΣΥΠ). Πιο αναλυτικά, με τον Ν. 3106/2003, επί υπουργίας Κ. Στεφανή, επιχειρείται η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των ΠεΣΥ, προκειμένου να συμπεριλάβουν τον τομέα της Πρόνοιας και ιδιαίτερα τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, καθώς, σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του νόμου, «οι δυσλειτουργικές αγκυλώσεις του τομέα της υγείας παρουσιάζονται ανάλογα και στον τομέα της πρόνοιας».

Πιο αναλυτικά, «με την ένταξη υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στα ΠεΣΥ, εκτός από τις παραπάνω γενικές αρχές και επιδιώξεις, επιτυγχάνεται καλύτερος

συντονισμός παρακολούθηση και αξιολόγηση αυτών».

Επί πλέον, με την υπαγωγή των τομέων υγείας και πρόνοιας στο ίδιο θεσμικό όργανο επιτυγχάνεται η διασύνδεσή τους, με περαιτέρω αποτέλεσμα τη δημιουργία οικονομικών κλίμακας.

Από την άλλη πλευρά, με τη σύσταση αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών στο πλαίσιο του ΠεΣΥ (άρθρο 3, παράγραφος 1) εξασφαλίζεται η αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προβλημάτων του τομέα της πρόνοιας. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.), ενώ οι φορείς που συγχωνεύονται στα Πε.Σ.Υ. μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, (άρθρο 1, παράγραφος 2).

Στις αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου των Πε.Σ.Υ προστίθεται ο συντονισμός, η εξειδίκευση και η άσκηση πολιτικών παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, η εκπόνηση Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης και Χάρτη Πρόνοιας, η εισήγηση χωροταξικής κατανομής, ίδρυσης, κατάργησης ή συγχώνευσης Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και η αξιολόγηση της λειτουργίας και η οικονομική διαχείρισή τους (άρθρο 2) (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2012).

1.5. Η Τρίτη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ το 2005

1.5.1. Το νομικό πλαίσιο του νόμου 3329/2005 και το πολιτικό παρασκήνιο

Επί κυβερνήσεως της Νέας Δημοκρατίας, με υπουργό Υγείας τον Ν. Κακλαμάνη, ψηφίζεται ο Ν. 3329/2005, σύμφωνα με τον οποίο η επικράτεια εξακολουθεί να διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές (άρθρο 1, παράγραφος 1), με τις εξαιρέσεις που ισχύουν και στον προηγούμενο νόμο.

Ωστόσο, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου, καταργούνται τα ΠεΣΥΠ και αντικαθίστανται από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας» (Δ.Υ.ΠΕ.).

Δηλαδή παραμένει αμετάβλητη τόσο η νομική προσωπικότητα, όσο και ο αριθμός

τους. Η βασική αλλαγή αφορά στη νομική προσωπικότητα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, τα οποία από αποκεντρωμένες μονάδες των αντίστοιχων ΠεΣΥ μετατρέπονται και πάλι σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό, τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας (άρθρο 7, παράγραφος 1).

Οι λόγοι για τους οποίους προχώρησε η τότε Κυβέρνηση σε αυτές στις αλλαγές αναφέρονται στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 3329/2005.

Σύμφωνα με αυτήν, «από την πρώτη στιγμή της δημιουργίας τους, αλλά και ιδίως από την εμπειρία της λειτουργίας τους, τα Πε.ΣΥΠ αποδείχθηκαν εξαιρετικά δυσλειτουργικά και κατ' ουσία πολυδάπανα. Η προηγούμενη κυβέρνηση, αντιλαμβανόμενη την ανάγκη της αποκέντρωσης των υπηρεσιών Υγείας, προχώρησε στη σύσταση των ΠεΣΥΠ, στερώντας τα Νοσοκομεία από οποιαδήποτε δυνατότητα αυτενέργειας. Η βασική αυτή λανθασμένη σύλληψη οδήγησε να συγκεντρώνονται σε αυτό το νομικό μόρφωμα, το ΠεΣΥΠ, όχι μόνο ζητήματα ουσίας, στρατηγικής και τακτικής, αλλά και καθημερινός όγκος, ακόμη και υποθέσεων ρουτίνας και μικρής σημασίας. Αυτό οδήγησε σε συσσώρευση απίστευτης γραφειοκρατίας και συνεχή δυσλειτουργία».

Ακόμη, τονίζεται η μη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της πρόληψης, της ασφάλειας και της ανανέωσης του εξοπλισμού και η έλλειψη συντονισμού, με αποτέλεσμα την αδυναμία χρηστής οικονομικής διαχείρισης.

Έτσι, με το νόμο αυτόν, όπως αναφέρεται στην αιτιολογική έκθεση, «τα νοσοκομεία καθίστανται πλέον αυτοτελή νομικά πρόσωπα, με ουσιαστικές αρμοδιότητες αυτοτελούς αντιμετώπισης των αναγκών τους, με ευελιξία, με δυνατότητα στρατηγικού σχεδιασμού ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού τους».

Επίσης, γίνεται προσπάθεια για «πλήρη και πραγματική αποκέντρωση, έκτασης, βάθους και ουσίας πρωτόγνωρης για τα ελληνικά δεδομένα» με την ίδρυση των ΔΥΠΕ ως ΝΠΔΔ. «Δημιουργούνται έτσι ουσιαστικοί διοικητικοί μοχλοί συντονισμού, ανάπτυξης, χάραξης πολιτικής και κυρίως ελέγχου της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη».

Αξίζει να σημειωθεί η πρόβλεψη εφαρμογής ενιαίων συστημάτων μηχανοργάνωσης και σύστασης ενιαίας τεχνικής υπηρεσίας, η δημιουργία κέντρων εξυπηρέτησης πολιτών για θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και γραφείων τύπου σε κάθε ΔΥΠΕ.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν. 3329/2005, σκοπός της ΔΥΠΕ είναι «ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ)».

Ως ΦΠΥΥΚΑ ορίζονται τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, καθώς και τα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ του δημόσιου τομέα, τα οποία ασκούν δραστηριότητες στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης και που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ο ρόλος της ΔΥΠΕ συμπληρώνεται με την υποβολή εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και με την παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το ΥΥΚΑ (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2012).

1.5.2. Η σύνθεση της ΔΥΠΕ

Όργανα διοίκησης της ΔΥΠΕ είναι ο διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και το επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο της ΔΥΠΕ (άρθρο 3).

Δηλαδή, από το εννεαμελές συμβούλιο των ΠεΣΥ αφαιρείται ο εκπρόσωπος της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και ο εκπρόσωπος των ιατρών του ΕΣΥ. Παράλληλα, καταργείται το Επιστημονικό και το Νοσηλευτικό Συμβούλιο των ΠεΣΥΠ, οι αρμοδιότητες των οποίων υπάγονται τόσο στο ΔΣ της ΔΥΠΕ, όσο και στα Πρωτοβάθμια Υπηρεσιακά και λοιπά Υπηρεσιακά Συμβούλια αυτής και των Νοσοκομείων.

Από την άλλη πλευρά, σε κάθε ΔΥΠΕ συστήνεται Συμβούλιο Υγειονομικής

Περιφέρειας (ΣΥΠΕ), στο οποίο εκτός από τους υπηρεσιακούς παράγοντες εκπροσωπείται η Γενική Γραμματεία της Περιφέρειας, η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, τα Πανεπιστήμια, οι Επιστημονικοί Σύλλογοι, οι νοσηλευτές, η ΓΣΕΕ και η ΑΔΕΔΥ, με σκοπό την ευρύτερη εκπροσώπηση της κοινωνίας στην οργάνωση και στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας της αντίστοιχης περιφέρειας. Για τον ευρύτερο συντονισμό των ΔΥΠΕ συστήνεται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕΣΥΥΠΕ) (άρθρο 6), με τη συμμετοχή των Διοικητών των Υγειονομικών Περιφερειών, στο οποίο μάλιστα προεδρεύει ο ίδιος ο Υπουργός, με στόχο την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη.

Επιπλέον στο άρθρο 4 του ελληνικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (νόμος 3418/2005), προβλέπεται ότι ο ιατρός οφείλει να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις. Ανάλογες προβλέψεις υπάρχουν και στους νομικούς κανόνες ιατρικής δεοντολογίας των περισσότερων κρατών. Ωστόσο, δεν είναι σαφές τι συμβαίνει στην περίπτωση κατά την οποία αυτές οι παράμετροι σχετίζονται με την πρόγνωση και, κατά συνέπεια, το αναμενόμενο όφελος και την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης. Κατά συνέπεια, δεν είναι σαφές το δικαίωμα του ιατρού να καταναείμει άνισα τους πόρους σε περίπτωση όπου οι παραπάνω διαφοροποιήσεις προκαλούν διαφορετικό αντίκτυπο. Η ηθική του επιμερισμού των πόρων πρέπει να ανταποκρίνεται στην έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και στο ιερό καθήκον του ιατρού για την προστασία του ασθενούς.

Η αλληλεξάρτηση μεταξύ της παροχής ιατρικής φροντίδας και της διαθεσιμότητας πόρων είναι πρακτικά αναπόφευκτη. Ωστόσο, ο βαθμός στον οποίο το ιατρικό λειτούργημα πρέπει να επηρεάζεται από τη δυνατότητα οικονομικής υποστήριξης αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Αφ' ενός, υπάρχει η άποψη ότι ο ιατρός οφείλει να προσφέρει στον ασθενή οποιαδήποτε ωφέλιμη δυνατότητα, χωρίς να επηρεάζεται από το οικονομικό κόστος ή από άλλες κοινωνικές επιφυλάξεις. Αφ' ετέρου, άλλοι υποστηρίζουν ότι η υποχρέωση του ιατρού απέναντι στον ασθενή δεν μπορεί πλέον να είναι μονοσήμαντη, αλλά πρέπει να διέπεται από μια δυναμική ισορροπία μεταξύ

της αφοσίωσης στο καθήκον και της εύλογης απαίτησης για ορθολογική κατανάλωση των πόρων, προκειμένου να ωφεληθούν και άλλοι ασθενείς, το κοινωνικό σύνολο, ακόμη και ο ίδιος ο ιατρός (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2012).

1.6. Η τέταρτη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ το 2007

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν. 3527/2007, επί υπουργίας Δ. Αβραμόπουλου, ο δηλούμενος σκοπός της τότε κυβέρνησης ήταν «η προοπτική άμεσης ενδυνάμωσης του ρόλου των ΦΠΥΓΚΑ και πλήρους εξάλειψης, μεσοπρόθεσμα, κάθε ενδιάμεσου διοικητικού κέντρου». Έτσι, με το Ν. 3527/2007 (κεφάλαιο Β', άρθρο 3, παράγραφος:1

Περιορίζεται ο αριθμός των ΔΥΠΕ σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες της Επικράτειας από τις συγχωνεύσεις των 17 που όριζε ο Ν. 3329/2005, «στο πλαίσιο μιας μεταβατικής περιόδου που θα οδηγήσει στην πλήρη εξάλειψή τους, εντός της επόμενης διετίας». Η επικράτεια διαιρείται στις ακόλουθες επτά Υγειονομικές Περιφέρειες:

1. Την 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής,
2. Την 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου,
3. Την 3^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας,
4. Την 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, την
5. Την 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας,
6. Την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και, τέλος,
7. Την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

Επί πλέον, καταργούνται τα ΔΣ των ΔΥΠΕ και ως όργανα διοίκησης κάθε ΔΥΠΕ ορίζονται: (α) Ο Διοικητής και (β) οι δύο Υποδιοικητές της Υγειονομικής Περιφέρειας (άρθρο 3, παράγραφος)

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, στόχος ήταν να καταστεί «η διοίκηση των ΔΥΠΕ πιο ευέλικτη και περισσότερο αποτελεσματική για την

ικανοποίηση των αναγκών της περιφερειακής λειτουργίας και οργάνωσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας». Δεδομένης της κατάργησης των ΔΣ και του Αντιπροέδρου των ΔΥΠΕ, ικανός αριθμός αρμοδιοτήτων τους μεταβιβάζονται τόσο στις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας όσο και στο ΚΕΣΥΠΕ, ο ρόλος του οποίου αναβαθμίζεται σημαντικά, ενώ, αντίθετα, αποδυναμώνεται ο ρόλος των ΔΥΠΕ, εν όψει προφανώς και της μελλοντικής κατάργησής τους.

Τέλος, θεσπίζεται Επιτροπή Δαπανών και Προμηθειών στην έδρα κάθε ΔΥΠΕ, αποτελούμενη από το Διοικητή, έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων στη ΔΥΠΕ, έναν εκπρόσωπο των ιατρών της Υγειονομικής Περιφέρειας και τους αναπληρωτές τους. Σε αυτή την Επιτροπή μεταβιβάζονται ορισμένες αρμοδιότητες των καταργούμενων ΔΣ των ΔΥΠΕ, όπως η ευθύνη διεκπεραίωσης των προμηθειών, υλοποίησης έργων και υπηρεσιών μικρού όμως κόστους, για ποσά >100.000 € και μέχρι 234.000 € (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2012).

1.7. Η πέμπτη μεταρρύθμιση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ το 2010 (Ν. 3852/2010)

Με γνώμονα την αποτελεσματικότερη άσκηση των αρμοδιοτήτων, που σχετίζονται με την προστασία της υγείας, όπως αναφέρεται στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 3852/2010, του Υπουργείου Εσωτερικών, ο οποίος ψηφίζεται επί κυβερνήσεως του ΠΑΣΟΚ, με υπουργό Υγείας τη Μ. Ξενογιαννακοπούλου, προβλέπεται η μεταφορά αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αρμοδιοτήτων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΜΠΥ), από τις ΔΥΠΕ, στους πρωτοβάθμιους και στους δευτεροβάθμιους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, δηλαδή στους δήμους (άρθρο 94, παράγραφος 3Α) και στις περιφέρειες (άρθρο 186, παράγραφος Ζ).

Η μεταφορά θα πραγματοποιηθεί με προεδρικό διάταγμα, το οποίο θα εκδοθεί το αργότερο εντός διετίας, με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας.

Εκτός από τη μεταφορά των αρμοδιοτήτων, θα περιλαμβάνει την απόδοση των ανάλογων οικονομικών πόρων για την άσκησή τους, τη μεταφορά αντίστοιχων υπηρεσιών και οργανικών θέσεων, ενώ θα προβλέπει, παράλληλα, και μετάταξη του υπηρετούντος προσωπικού (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2012).

1.8. Αποτίμηση της λειτουργίας του ΕΣΥ (1983-2010)

Από την ίδρυση του ΕΣΥ έως και το 2010 ο ιδρυτικός νόμος λειτουργίας του υπέστη πέντε μεταρρυθμίσεις προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του συνεχώς μεταβαλλόμενου κοινωνικού, πολιτικού, τεχνολογικού, δημογραφικού και οικονομικού περιβάλλοντος.

Ο Οικονόμου (200Χ) σε μια αποτίμηση του Ε.Σ.Υ. όλα αυτά τα χρόνια λειτουργίας του εντοπίζει, συνοψίζει και καταγράφει αρκετές ανεπάρκειες, όπως:

1)Υψηλό βαθμό συγκεντρωτισμό στη λήψη αποφάσεων και διοικητικών διαδικασιών.
2)Αναποτελεσματικές διαχειριστικές δομές, που στερούνται τη διαχείριση πληροφοριακών συστημάτων και σε πολλές περιπτώσεις είναι στελεχωμένα με ακατάλληλο προσωπικό χωρίς επαρκή διαχειριστικές ικανότητες.

3)Έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού, καθώς και οι περιορισμένες διοικητικές και διαχειριστικές ικανότητες, με την άνιση και αναποτελεσματική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων με βάση τα ιστορικά και πολιτικά κριτήρια και περιφερειακές ανισότητες λόγω της απουσίας της συγκέντρωσης των πόρων για την υγεία, καθώς και

4)η έλλειψη συντονισμού μεταξύ του μεγάλου αριθμού των πληρωτών και απουσίας επαρκούς δημοσιονομικής διαχείρισης και λογιστικών συστημάτων συνθέτουν την εικόνα της ανεπάρκειας στην αποτίμηση της λειτουργίας του ΕΣΥ.

Έλλειψη διαδικασιών παρακολούθησης, κατακερματισμός της κάλυψης, απουσία ενός σύγχρονου συστήματος αποζημίωσης όπως τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ). παραπομπής με βάση GPS ή πρακτική ομάδα για να υποστηρίξει την ανάπτυξη

Όχι ικανοποιητική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να ενεργεί ως φύλακας, πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει συνέχεια της περίθαλψης και μη έλεγχο των διαπεριφερειακών ροών ασθενών, συμπληρώνουν τα αρνητικά του εθνικού συστήματος υγείας.

Οι ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που προέρχονται από διαφορές στην κοινωνική ασφάλιση, υψηλά επίπεδα ίδιων πληρωμών υψηλών από την τσέπη πληρωμών και της άνισης περιφερειακής κατανομής των ανθρώπινων πόρων και των υποδομών υγείας.

Έλλειψη της αξιολόγησης των αναγκών και των μηχανισμών καθορισμού προτεραιοτήτων, καθώς και ο οπισθοδρομικός μηχανισμός χρηματοδότησης λόγω της ύπαρξης υψηλών ιδιωτικών δαπανών, κάτω από το τραπέζι πληρωμών, εκτεταμένη φοροδιαφυγή, υψηλό ποσοστό της έμμεσης φορολογίας και της εισφοροδιαφυγής συνθέτουν την εικόνα της ανεπάρκειας.

Ένα αναχρονιστικό σύστημα αποζημίωσης, σύμφωνα με το οποίο πληρωμές των παρόχων δεν έχουν σχέση με τις επιδόσεις τους με αποτέλεσμα η απουσία κινήτρων για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας, και η απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας παράλληλα, με την απουσία της διασφάλισης της ποιότητας των ιατρικών πράξεων και διαδικασιών, με την απουσία των διαδικασιών οικονομικής αξιολόγησης που οδηγεί πολλές φορές σε περίσσειμα βαρύ ιατρικού εξοπλισμού ολοκληρώνουν την εικόνα αυτή της ανεπάρκειας της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ (Οικονόμου, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΝΗΜΟΝΙΑ 2010 & 2012: Η ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

[ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΟΓΩΝ ΠΟΥ ΜΑΣ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ 2010 & 2012, ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΠΟΡΡΕΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΗΦΙΣΗ ΤΟΥΣ (2010-2014)]

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, θα αναφερθούμε εκτενέστερα πως ξεκίνησε η κρίση από τις ΗΠΑ, πως έπληξε την ευρωπαϊκή ήπειρο, την Ελλάδα, το ελληνικό δημοσιονομικό πρόβλημα. Καθώς και πως διαχειρίστηκε η ΕΕ την ελληνική οικονομική κρίση, η θεσμοθέτηση της «διάσωσης», το οικονομικό πρόγραμμα της Ελλάδος, το μνημόνιο 2010 και το μνημόνιο 2012.

2.1. Η χρηματοπιστωτική κρίση στις ΗΠΑ το 2008

Η έκταση που έλαβε η κρίση των επισφαλών στεγαστικών δανείων του 2008 αποδίδεται στη διεθνοποίηση και απορρύθμιση των κεφαλαιαγορών, προερχόμενη της χρηματοοικονομικής παγκοσμιοποίησης. Η νεοφιλελεύθερη οικονομική σκέψη περί μη κρατικής παρέμβασης και αποτελεσματικότητας των δυνάμεων της αγοράς κυριαρχεί παγκοσμίως.

Λίγους μήνες μετά το ξέσπασμα της κρίσης του 2008 η ορθότητα του μοντέλου της νεοφιλελεύθερης οικονομίας θα τεθεί σε αμφισβήτηση και από τον ίδιο τον επικεφαλής της Ομοσπονδιακής Κεντρικής Τράπεζας. Στις 23 Οκτωβρίου 2008, ο μέχρι πρότινος πρόεδρος της Alan Greenspan, παραδέχτηκε ενώπιον της Επιτροπής του Κογκρέσου για την Εποπτεία και Κυβερνητική Μεταρρύθμιση και προς έκπληξη πολλών ότι είχε ανακαλύψει ένα σφάλμα στην ιδεολογία του, που προσδιόριζε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο κόσμος.

Η κρίση των στεγαστικών δανείων προς επισφαλή νοικοκυριά (subprimes) των

ΗΠΑ ξέσπασε έπειτα από μια μακρά περίοδο χαλαρής νομισματικής πολιτικής της αμερικανικής Ομοσπονδιακής Τράπεζας (Federal Reserve) και διατήρησης υψηλών ελλειμμάτων τρεχουσών συναλλαγών. Η πρακτική αυτή προκάλεσε μεγάλη ρευστότητα, οδήγησε σε καινοτόμες χρηματοοικονομικές δραστηριότητες και στη δημιουργία μιας πιστωτικής «φούσκας», της οποίας η κατάρρευση προκάλεσε τη σοβαρότερη χρηματοοικονομική κρίση.

Η κρίση του 2008 έλαβε σημαντικές διαστάσεις, ωστόσο αυτό θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί. Η συνολική αξία των στεγαστικών δανείων subprimes δεν ξεπερνούσε τα 1.300 δισεκατομμύρια δολάρια αλλά οι ίδιες οι τράπεζες, προκειμένου να προκαλέσουν τη «διάχυση» του χρηματοοικονομικού ρίσκου είχαν τιτλοποιήσει τα δάνεια, δηλαδή τα είχαν μετατρέψει σε δομημένα ομόλογα ή αλλιώς δομημένα πιστωτικά προϊόντα (Collateralized Debt Obligations) προκειμένου να τα διατεθούν σε άλλες τράπεζες και επενδυτές παγκοσμίως.

Η διάθεση των ομολόγων αυτών παγκοσμίως γινόταν με μεγάλη ευχέρεια σε άλλους θεσμικούς επενδυτές, αφού οι κυριότεροι αξιολογικοί οίκοι Standard & Poor's, Moody's και Fitch Ratings βαθμολογούσαν τα επενδυτικά αυτά προϊόντα με τη χαμηλότερη κλίμακα διαβάθμισης ρίσκου AAA. Ήδη από το 2007, πολλά προϊόντα άριστης αξιολόγησης που βασιζόνταν σε δάνεια χαμηλής εξασφάλισης υποβαθμίστηκαν κατά τέσσερις βαθμίδες, από AAA σε A+. Η αξιοπιστία των οίκων αξιολόγησης κλονίστηκε λόγω της μη έγκυρης και έγκαιρης πληροφόρησης.

Ο αμερικανός οικονομολόγος Joseph Stiglitz χαρακτήρισε την πρόσφατη χρηματοπιστωτική πραγματικότητα «σύγχρονη αλχημεία», στην οποία είχε ενορχηστρωθεί μία επιχείρηση μετατροπής επισφαλών ενυπόθηκων δανείων σε χρηματοοικονομικά προϊόντα μέσω των τιτλοποιήσεων, τα οποία βαθμολογούνταν από τους οίκους πιστοληπτικής αξιολόγησης με AAA. Όταν το καλοκαίρι του 2007 διαφάνηκε ότι η εξυπηρέτηση των επισφαλών στεγαστικών δανείων αντιμετώπιζε προβλήματα, οι επενδυτές προσέφυγαν σε ρευστοποιήσεις, τα περιουσιακά στοιχεία των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων που βασιζόνταν σε δάνεια subprime απώλεσαν την αξία τους, ενώ ο προσδιορισμός της τιμής (απόδοση) τους ήταν αδύνατος λόγω

της αδυναμίας τιμολόγησης του κινδύνου που συνδεόταν με αυτά.

Στη διατραπεζική αγορά τα επιτόκια δανεισμού αυξήθηκαν κατακόρυφα, οι τράπεζες σταμάτησαν να δανείζουν η μία την άλλη λόγω της αύξησης του κινδύνου χρεοκοπίας (κίνδυνος του αντισυμβαλλομένου) και το πρόβλημα ρευστότητας έλαβε σημαντικές διαστάσεις.

Την κατάσταση έσπευσαν να εξομαλύνουν, από τον Αύγουστο του 2007, οι κεντρικές τράπεζες τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη με μακροχρόνια δάνεια αλλά και μείωση των επιτοκίων. Οι ενέργειες αυτές δεν έφεραν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα καθώς η εμπιστοσύνη στον τραπεζικό τομέα είχε κλονιστεί.

Ο Οκτώβριος του 2008 θύμιζε το κραχ του 1929, όταν οι χρηματιστηριακοί δείκτες σημείωσαν κατακόρυφη πτώση παγκοσμίως.

Τα επιτόκια στη διατραπεζική αγορά αυξάνονταν, η αμερικανική κυβέρνηση είχε ήδη παρέμβει εγκαίρως για την εθνικοποίηση της μεγαλύτερης ασφαλιστικής εταιρείας του κόσμου, την AIG καθώς ο συστημικός κίνδυνος ήταν πλέον ορατός, ενώ οι δύο εναπομείνασες μεγάλες επενδυτικές τράπεζες, Goldman Sachs και Morgan Stanley μετατράπηκαν τον ίδιο μήνα (Σεπτέμβριο) σε εμπορικές προκειμένου να χρηματοδοτούνται από τη Ομοσπονδιακή Τράπεζα (Ζώχιου, 2012).

2.1.1. Η αντίδραση του τραπεζικού συστήματος στην εμφάνιση της κρίσης

Τον Οκτώβριο 2008 λαμβάνει χώρα μία κινητοποίηση σε παγκόσμιο επίπεδο, όπου η αμερικανική Ομοσπονδιακή Τράπεζα, η Τράπεζα της Αγγλίας, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), η κεντρική τράπεζα του Καναδά, της Σουηδίας, Ελβετίας και της Κίνας αποφάσισαν τη μείωση του επιτοκίου δανεισμού -οι τρεις πρώτες κατά 0,5%- προκειμένου να αποσοβήσουν τις δυσμενείς επιπτώσεις της κρίσης και να προσφύγουν σε νομισματική χαλάρωση αφού, σε κοινή δήλωσή τους δήλωναν ότι είχε περιορισθεί ο κίνδυνος αύξησης του πληθωρισμού λόγω της οικονομικής συρρίκνωσης.

Στις 8 Οκτωβρίου το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΚΤ, δεδομένης της αυστηρής πολιτικής περί διατήρησης χαμηλού επιπέδου πληθωρισμού, αποφάσισε να μειώσει το βασικό επιτόκιο πολιτικής κατά 50 μονάδες βάσης σε 3,75%. Το αντίστοιχο επιτόκιο της αμερικανικής διαμορφώθηκε στο 1.5%. Τον Ιούνιο του 2009 το επιτόκιο δανεισμού της ΕΚΤ έφθασε στο 1%. Επίσης, ακολούθησε, πιο διστακτικά βέβαια, την πολιτική της Ομοσπονδιακής Τράπεζας περί «ποσοτικής και ποιοτικής χαλάρωσης», διοχετεύοντας ρευστότητα στο χρηματοπιστωτικό σύστημα αυξάνοντας το ενεργητικό της κατά 68.6% από τον Αύγουστο του 2007 έως τις αρχές Φεβρουαρίου του 2011, φθάνοντας στα 2,01 τρις ευρώ.

Ωστόσο, δεν αποφεύχθηκε η μεταφορά της κρίσης στην πραγματική οικονομία. Οι τράπεζες προκειμένου να αποτρέψουν περαιτέρω ζημιές στους ισολογισμούς τους προέβησαν σε απομόχλευση, με τη μείωση των πιστώσεων προς τις επιχειρήσεις και τα νοικοκυριά. Η εξέλιξη αυτή είχε αρνητικό αντίκτυπο καθώς οδήγησε τις επιχειρήσεις σε μείωση του προσωπικού, πτώση του ρυθμού παραγωγής και αδυναμία εξυπηρέτησης των δανείων και από τις δύο βασικές μονάδες του οικονομικού συστήματος.

Οι κυβερνήσεις απάντησαν με μέτρα επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής υιοθετώντας δημοσιονομικά πακέτα στήριξης των οικονομιών τους. Για να καθησυχαστούν οι καταθέτες εξήγγειλαν την αύξηση του ελάχιστου ποσοστού της εγγύησης των καταθέσεων ενώ ενεργοποίησαν άμεσα πακέτα διάσωσης και ενίσχυσης των εγχώριων τραπεζών. Η παρέμβαση αυτή θα επιφέρει την εκτίναξη του δημοσίου χρέους (Ζώχιου, 2012).

2.2. Η κρίση μεταλαμπαδεύτηκε στην ευρωπαϊκή ήπειρο

Το δέλεαρ του εύκολου κέρδους, που είχε στρέψει το τραπεζικό σύστημα από τη χρηματοδότηση μικρομεσαίων επιχειρήσεων στις τιτλοποιήσεις δεν περιορίστηκε στην αμερικανική ήπειρο. Οι Ευρωπαϊκές τράπεζες ήταν επίσης εκτεθειμένες σε χρεόγραφα δανείων υψηλού κινδύνου. Τα προβλήματα ρευστότητας είχαν ήδη γίνει

αισθητά από τον Αύγουστο 2007 αλλά επιδεινώθηκαν μετά την κατάρρευση της Lehman Brothers. Η κρίση παρέσυρε χρηματοπιστωτικά ευρωπαϊκά ιδρύματα, μεταξύ άλλων της Γερμανίας, της Γαλλίας, της Βρετανίας, του Βελγίου, του Λουξεμβούργου και της Ολλανδίας.

Το καίριο όμως χτύπημα του χρηματοπιστωτικού τομέα στην Ευρώπη ήταν οι πτωχεύσεις των τριών μεγαλύτερων τραπεζών της Ισλανδίας το Σεπτέμβριο-Οκτώβριο του 2008. Η Kaupthing, η Glitnir και η Landsbanki μετά την κατάρρευσή τους τέθηκαν υπό καθεστώς ελέγχου από την Ισλανδική Αρχή Χρηματοοικονομικής Εποπτείας. Οι σχέσεις της με τις χώρες στις οποίες ήταν εγκατεστημένες οι θυγατρικές τους - Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Σκανδιναβία- κλονίστηκαν όταν ανέκυψε το ζήτημα αποζημίωσης του μεγάλου αριθμού των καταθετών τους.

Την ίδια περίοδο, ο κίνδυνος κατάρρευσης του Ιρλανδικού τραπεζικού συστήματος οδήγησε την κυβέρνηση της χώρας στην εγγύηση των καταθέσεων, των ομολόγων και των χρεών τεσσάρων τραπεζών και δύο στεγαστικών πιστωτικών ιδρυμάτων με 400 δισεκατομμύρια ευρώ για δύο έτη. Η κρίση είχε πλέον εισχωρήσει δυναμικά στον πυρήνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη ζώνη του ευρώ και μάλιστα, σε μία από τις υποδειγματικές οικονομίες της, με άριστες επιδόσεις από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 έως το 2008. Η Ιρλανδική οικονομία το 2008 ήταν πλέον ευάλωτη, αδύναμη να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κατάρρευσης. Επρόκειτο η κρίση να συμπαρασύρει όλα τα τραπεζικά συστήματα παγκοσμίως, με ελάχιστες εξαιρέσεις όπως το τραπεζικό σύστημα της Ελλάδος. (Ζώχιου, 2012).

2.2.1. Η Ελλάδα και το πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης

Στην Ελλάδα, το κλίμα στις τράπεζες ήταν διαφορετικό καθώς υπήρχε η γενική εκτίμηση ότι το Ελληνικό τραπεζικό σύστημα ήταν ασφαλές. Σύμφωνα με δήλωση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος Γεωργίου Προβόπουλου, στις 30 Σεπτεμβρίου 2008, πάνω από το 90% των χορηγήσεων χρηματοδοτούταν από καταθέσεις πελατών,

η εξάρτηση των ισχυρών, κεφαλαιακά, Ελληνικών τραπεζών από τις διεθνείς χρηματαγορές και κεφαλαιαγορές ήταν περιορισμένη, η έκθεση των ελληνικών χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων σε «τοξικά» χρηματοοικονομικά προϊόντα αξιολογούταν αμελητέα, συνεπώς οι κλυδωνισμοί στις χρηματοοικονομικές αγορές παγκοσμίως δε συνιστούσαν απειλή για το ελληνικό τραπεζικό σύστημα.

Λόγω της ευμεταβλητότητας στις αγορές ομολόγων παγκοσμίως, η οποία είχε αυξηθεί μετά την κατάρρευση της Lehman Brothers οι επενδυτές αναζητούσαν ασφαλέστερες και πιο ρευστοποιήσιμες τοποθετήσεις με πρώτη επιλογή τους τα κρατικά ομόλογα, επηρεάζοντας την τιμή τους ανοδικά και μειώνοντας τις αποδόσεις τους. Θα αναμενόταν να συμβεί κάτι αντίστοιχο και στην Ελλάδα. Όμως, για τα ελληνικά ομόλογα η εξέλιξη δεν ήταν ίδια. Οι τιμές των ελληνικών κρατικών τίτλων 10ετούς και 15ετούς διάρκειας σημείωσαν μείωση και οι αποδόσεις τους αύξηση στην Ηλεκτρονική Δευτερογενή Αγορά Τίτλων (ΗΔΑΤ). Οι διαφορές των αποδόσεων (spreads) με τους γερμανικούς τίτλους αντίστοιχης διάρκειας διευρύνθηκαν σημαντικά. Ήταν φανερό πλέον ότι οι αγορές εστίαζαν στην Ευρωζώνη και η προσοχή τους είχε επικεντρωθεί στα οικονομικά στοιχεία κάθε χώρας ξεχωριστά και όχι στα υγιή στοιχεία της Ευρωζώνης ως συνόλου. Η κρίση του Ντουμπάι, που είχε μόλις προηγηθεί, έδωσε την αφορμή στις αγορές ομολόγων να στοχεύσουν σε κράτη με οικονομικές παθογένειες και αδύναμο σύστημα υποστήριξης. Η Ελλάδα ήταν το πρώτο από αυτά (Ζώχιου, 2012).

2.3. Η κρίση έρχεται στην Ελλάδα

Το πρώτο μισό του 2008 η Ελλάδα κατέγραφε ανάπτυξη ύψους 3,5% συγκριτικά με εκείνη της ζώνης του ευρώ που άγγιζε το 1.8%. Ένα χρόνο αργότερα, το Μάιο του 2009, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) μετά από εκτίμηση της αρμόδιας αποστολής του οργανισμού, η οποία προβλέπεται από το άρθρο 4 της Συμφωνίας των Άρθρων του ΔΝΤ (Articles of Agreement of the International Monetary Fund), έθετε σε

επιφυλακή τις ελληνικές αρχές καθώς η χώρα, παρά την ανθεκτικότητα που είχε επιδείξει στις πιέσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης εισερχόταν σε περίοδο ύφεσης.

Η αποσύνδεση της ελληνικής οικονομίας έμοιαζε απίθανη, η διάδοση της κρίσης στη ζώνη του ευρώ δε θα άφηνε την ελληνική οικονομία ανέπαφη. Άλλωστε, οι περιορισμένες μεταρρυθμίσεις, οι διαρθρωτικές ακαμψίες, το υψηλό δημόσιο χρέος, ο περιορισμένος ρόλος του ιδιωτικού τομέα, η γραφειοκρατία, οι υψηλές τιμές και το αυξημένο κόστος εργασίας συνέθεταν ένα ακατάλληλο σχήμα θωράκισης της χώρας από τους κλυδωνισμούς της παγκόσμιας κρίσης.

Τα στοιχεία της ελληνικής οικονομίας έδειχναν ότι η ανάπτυξη της χώρας βασίστηκε στον υπέρμετρο εξωτερικό δανεισμό και την εσωτερική κατανάλωση, γεγονός που δημιούργησε σημαντικές δημοσιονομικές και εξωτερικές ανισορροπίες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της ομάδας αποστολής το δημοσιονομικό έλλειμμα θα ξεπερνούσε το 6% του ΑΕΠ το 2009 και το 7% του ΑΕΠ το 2010, ενώ η αναλογία του χρέους/ΑΕΠ θα αύξανε συνεχώς με αποτέλεσμα να καταστεί δύσκολη η μελλοντική του διαχείριση και εξυπηρέτηση. Η πρόβλεψη αυτή αντικατοπτριζόταν και στις διαφορές των αποδόσεων των ελληνικών και γερμανικών ομολόγων, ενώ αυτές διευρύνονταν ακόμη περισσότερο όσο περιοριζόταν η ρευστότητα στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Το Ταμείο, μάλιστα, εφιστούσε την προσοχή των Αρχών στην ανάγκη εκπόνησης ενός δημοσιονομικού σχεδίου με στόχο τη επαναφορά του χρέους σε βιώσιμα επίπεδα δίνοντας έμφαση στην επίτευξη σταδιακής προσαρμογής κατά 1,5% του ΑΕΠ ετησίως με σημείο εκκίνησης το 2010 προκειμένου το χρέος να εισέλθει σε καθοδική πορεία έως το 2012.

Όμως, τα «νέα δημοσιονομικά στοιχεία» της χώρας, σύντομα θα διαψεύσουν τις εκτιμήσεις του ΔΝΤ. Η αναθεώρηση των δημοσιονομικών στοιχείων έλαβε χώρα όταν μετά τη συντριπτική νίκη του Πανελληνίου Σοσιαλιστικού Κινήματος (ΠΑΣΟΚ) στις εκλογές του Οκτωβρίου του 2009, ο Γεώργιος Παπακωνσταντίνου, Υπουργός Οικονομικών στη νέα κυβέρνηση με επικεφαλής το Γεώργιο Α. Παπανδρέου παρουσίασε στο Συμβούλιο Οικονομικών και Δημοσιονομικών Υποθέσεων (ECOFIN)

ότι το έλλειμμα ανερχόταν στο 12,7% του ΑΕΠ, ποσοστό το οποίο διέφερε σημαντικά από το 6% που είχε παρουσιάσει η προηγούμενη κυβέρνηση στο ίδιο Συμβούλιο στις αρχές Οκτωβρίου του ίδιου έτους . Κατόπιν επιπρόσθετων αναθεωρήσεων (2011) το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδος οριστικοποιήθηκε στο 15,4% του ΑΕΠ ενώ το δημόσιο χρέος από 99,6% στο 126,8% του ΑΕΠ. Η αποκάλυψη της «δημοσιονομικής εκτροπής» της ελληνικής οικονομίας σηματοδότησε την αρχή της αντίστροφης μέτρησης για την ένταξη της πρώτης χώρας της Ευρωζώνης σε πρόγραμμα αυστηρής δημοσιονομικής προσαρμογής. Η Ελλάδα ήταν πλέον ο φυσικός στόχος των οίκων αξιολόγησης από την επομένη κιάλας της ανακοίνωσης του αναθεωρημένου ελλείμματος. Το ύψος των αποδόσεων των ελληνικών ομολόγων, εκτινάχθηκε από 135 μονάδες βάσης στα μέσα Νοεμβρίου 2009 στις 586 μονάδες βάσης στις 22 Απριλίου του 2010. Η Fitch στις 22 Οκτωβρίου υποβάθμισε τη χώρα κατά μία βαθμίδα, από A σε A-. Συνέχισε στις 8 Δεκεμβρίου του ίδιου έτους με εκ νέου υποβάθμιση σε BBB+. Η S&P στις 16 Δεκεμβρίου από A- σε BBB+ ενώ η Moody's λίγες μέρες αργότερα παρουσίασε τις δικές της εκτιμήσεις υποβαθμίζοντας την Ελλάδα σε A2 από A1.

Οι φόβοι για ενδεχόμενη αθέτηση πληρωμών από την πλευρά της Ελλάδος εντεινόταν καθώς οι αντιπαραθέσεις στο εσωτερικό της ζώνης του Ευρώ ήταν έντονες, με τη Γερμανία να αντιστέκεται στο ενδεχόμενο διάσωσης της χώρας. Από την πλευρά της η ελληνική κυβέρνηση κάτω από την πίεση των διαδοχικών υποβαθμίσεων ανακοίνωσε τον Ιανουάριο του 2010 το Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης, το οποίο εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το ECOFIN, με στόχο τη μείωση του ελλείμματος κατά τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες το 2010 και την περαιτέρω μείωσή του κάτω από το 3% έως το τέλος του 2012.

Σε συνέχεια της πολιτικής δημοσιονομικής εξυγίανσης υιοθετήθηκε το Μάρτιο ένα πακέτο μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, με το οποίο η ελληνική κυβέρνηση φιλοδοξούσε να συγκεντρώσει 4,8 δις ευρώ. Μεταξύ άλλων, το πακέτο μέτρων περιείχε προβλέψεις για αύξηση του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ), των φόρων στα αλκοολούχα ποτά, στα τσιγάρα και τα καύσιμα, το πάγωμα των συντάξεων του

δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα και τη μείωση του δέκατου τρίτου και δέκατου τέταρτου μισθού των δημοσίων υπαλλήλων. Τόσο οι δημοσιονομικοί στόχοι όσο και τα νέα μέτρα δημοσιονομικού χαρακτήρα έτυχαν κοινωνικής αποδοχής ενώ στις αγορές επικράτησε, την περίοδο αυτή, ηρεμία.

Από τις αρχές Μαρτίου το ευρωπαϊκό περιβάλλον αρχίζει να αλλάζει όταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε έκθεσή της προωθεί μια δεκαετή στρατηγική ανάπτυξης για την έξοδο από τη «μακροβιότερη ύφεση στην ιστορία της Ευρώπης» και την αναβίωση της ευρωπαϊκής οικονομίας.

Επιπλέον, στις 25 Μαρτίου οι χώρες της ευρωζώνης αποφάσισαν την εκπόνηση σχεδίου για τη δημιουργία ενός μηχανισμού στήριξης των χωρών της νομισματικής ένωσης που αντιμετώπιζαν δημοσιονομικές δυσκολίες, στον οποίο θα συμμετείχε και το ΔΝΤ, παρά την έντονη κριτική του Προέδρου της ΕΚΤ Jean-Calude Trichet, περί αποποίησης των ευθυνών των χωρών του ευρώ. Ωστόσο, το μέγεθος της βοήθειας αλλά και ο τρόπος λειτουργίας του μηχανισμού δεν είχαν διευκρινιστεί γεγονός το οποίο φάνηκε ότι δεν αποκατέστησε την αξιοπιστία των αγορών γι' αυτό και απάντησαν με νέες υποβαθμίσεις. Ενδεικτική της δραματικής κατάστασης ήταν η αξιολόγηση της S&P, στις 27 Απριλίου του 2010, που υποβάθμισε τα ελληνικά ομόλογα κατά τρεις βαθμίδες, σε BB-. Η χρηματοδότηση της Ελλάδος από τις διεθνείς κεφαλαιαγορές είχε γίνει πλέον απαγορευτική, ενώ ο κίνδυνος χρεοκοπίας ήταν πλέον ορατός. Λίγες μέρες πριν, η Ελλάδα είχε επισήμως ζητήσει την ένταξή της στο νεοπαγή μηχανισμό στήριξης (Ζώχιου, 2012).

2.4. Τα αίτια της ελληνικής κρίσης – Το δημοσιονομικό πρόβλημα της Ελλάδας

Τα αίτια της ελληνικής κρίσης διακρίνονται σε ιθαγενή (Ελληνικά), συστημικά περιφερειακά, αφού αφορούν στην αρχιτεκτονική της ευρωζώνης και συστημικά διεθνή, δεδομένου του τρόπου που λειτουργεί το παγκόσμιο σύστημα και δη, οι διεθνείς κεφαλαιαγορές . Η διάκριση αυτή έγινε γιατί και στα τρία επίπεδα

εντοπίζονται τρωτά σημεία ο συνδυασμός των οποίων συνέβαλε στο ξέσπασμα της Ελληνικής κρίσης. Άλλωστε η Ελλάδα δεν είναι ένα απομονωμένο κράτος είναι πλήρες μέλος της ΕΕ, μοιράζεται με άλλα δεκαέξι κράτη ένα κοινό νόμισμα και όλα αυτά λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα παγκόσμιο σύστημα που διέπεται από τους κανόνες της παγκοσμιοποίησης.

Τα υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα και κατ' επέκταση το υπέρογκο δημόσιο χρέος επηρεάζουν αρνητικά την κατανομή των συντελεστών παραγωγής, την οικονομική δραστηριότητα και τη διανομή του εισοδήματος αφού οι κρατικές δαπάνες για την αποπληρωμή του συνεπάγονται μεταφορά του εισοδήματος από το σύνολο του πληθυσμού (ο οποίος υφίσταται το βάρος των άμεσων και έμμεσων φόρων, περικοπή κοινωνικών παροχών) προς τους -συνήθως εύρωστους και στην περίπτωση της Ελλάδος, στην πλειοψηφία τους μη κατοίκους- κατόχους των τίτλων του δημοσίου. Το πρόβλημα της υπερσυσσώρευσης δημοσίων ελλειμμάτων ταλανίζει την ελληνική οικονομία επί δεκαετίες.

Θεωρητικά, τα έσοδα από τη φορολογία και οι αποταμιευτικοί πόροι συνιστούν την κύρια πηγή κάλυψης των δημοσίων ελλειμμάτων και του χρέους. Το άνισο και παλαιωμένο φορολογικό σύστημα, μη βασιζόμενο σε καθολικές και ενιαίες αρχές φορολόγησης συνιστά «ανοιχτή πληγή» της ελληνικής οικονομίας. Τα φορολογικά έσοδα στην Ελλάδα αντλούνται κυρίως από την επιβολή έμμεσων φόρων και δη του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας ενώ η άμεση φορολογία προέρχεται κυρίως από τη φορολόγηση μισθών και συντάξεων.

Τα δημόσια έσοδα σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat κυμαίνονταν την περίοδο 1995-2009 κατά μέσο όρο στο 39.3% του ΑΕΠ έναντι των δημοσίων δαπανών στο 45.3% του ΑΕΠ, εμφανίζοντας σε σταθερή βάση ένα δημοσιονομικό έλλειμμα της τάξεως του 6% (μέσος όρος ευρωζώνης 2,5-3%). Η αιτία της υστέρησης των εσόδων έναντι των δημοσίων δαπανών βρίσκεται στη μη διευρυμένη φορολογική βάση και την εκτεταμένη φοροδιαφυγή. Η μη φορολόγηση των ατομικών εισοδημάτων και των επιχειρηματικών κερδών εδράζεται στο καθεστώς ειδικής μεταχείρισης εκατοντάδων επαγγελματιών και επιχειρήσεων διαφόρων κλάδων.

Επιπλέον, το σημερινό φορολογικό σύστημα χαρακτηρίζεται κατακερματισμένο, πολύπλοκο και σύνθετο ενθαρρύνοντας έτσι τη διαφθορά και τη φοροδοτική ασυνέπεια. Η φοροδιαφυγή και η παραοικονομία είναι κεφαλαιώδους σημασίας διαρθρωτικές αδυναμίες της ελληνικής οικονομίας και η κύρια ευθύνη επιρρίπτεται στην εκάστοτε ελληνική κυβέρνηση, η οποία με την ανοχή που έχει επιδείξει συμβάλλει στη διόγκωση του προβλήματος και όχι στην εξάλειψή του.

Μία εξίσου σημαντική πηγή χρηματοδότησης των δημοσίων ελλειμμάτων και του χρέους συνιστούν οι αποταμιευτικοί πόροι. Στην Ελλάδα η ακαθάριστη εθνική αποταμίευση, δημόσια και ιδιωτική μόλις ξεπερνούσε το 7% του ΑΕΠ το 2008 και το 5% το 2009. Η υστέρηση αυτή εξηγείται σε σημαντικό βαθμό από τα υπέρογκα δημοσιονομικά ελλείμματα και την αυξημένη ιδιωτική κατανάλωση. Η ιδιωτική κατανάλωση σε σταθερές τιμές αυξήθηκε το διάστημα 2004-2008 με μέσο ετήσιο ρυθμό κατά 3,8% ενώ στις υπόλοιπες χώρες του ευρώ ο αντίστοιχος ρυθμός ήταν 1,5%. Μάλιστα, την περίοδο 1996- 2008 η ιδιωτική κατανάλωση αντιστοιχούσε κατά μέσο όρο στο 72% του ΑΕΠ στην Ελλάδα, ενώ στη ζώνη του ευρώ στο 57%.

Η αναποτελεσματικότητα και ασυνεπής διαχείριση καίριων πυλώνων της δημόσιας οικονομίας καθιστά τα φορολογικά έσοδα και τους αποταμιευτικούς πόρους ανεπαρκείς για την εξυπηρέτηση του δημοσίου χρέους. Εναλλακτική λύση συνιστά ο εξωτερικός δανεισμός, με άμεση συνέπεια τη διεύρυνση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών (Ζώχιου, 2012).

2.5. Η Ευρωπαϊκή Ένωση απέναντι στην ελληνική οικονομική κρίση

Μετά την αποκάλυψη της αλλοίωσης των δημοσιονομικών στοιχείων, η αξιοπιστία της Ελλάδος είχε κλονιστεί. Αρχικά οι Ευρωπαίοι εταίροι δήλωναν επιφυλακτικοί έως αρνητικοί στο ενδεχόμενο χρηματοδοτικής αρωγής της χώρας. Οι απόψεις των αναλυτών δίσταντο καταθέτοντας ο καθένας τη δική του ενδιαφέρουσα πρόταση για τη διαχείριση ή μη της κρίσιμης κατάστασης. Η Ελλάδα έπρεπε να αποτελέσει το

παράδειγμα προς αποφυγή. Μία λύση με επιεικείς όρους δε θα καλλιεργούσε φόβους στα άλλα ευάλωτα κράτη μέλη της Ένωσης κι έτσι θα μπορούσαν να ακολουθήσουν τα βήματά της.

Συνεπώς, αν βρισκόταν μία λύση θα έπρεπε να συνοδεύεται με όρους προσαρμογής τόσο αυστηρούς, σα να ήθελαν να την τιμωρήσουν αντί να τη διασώσουν. Ο Αμερικανός οικονομολόγος Eichengreen τονίζοντας την ευάλωτη θέση και άλλων χωρών της νομισματικής ένωσης, ενθάρρυνε την ΕΕ να απαντήσει με περαιτέρω σύσφιξη σχέσεων τόσο οικονομικών όσο και πολιτικών προκειμένου να μην αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο συνολικής διάλυσης, η οποία διάλυση θα αποτελούσε τη «μητέρα όλων των κρίσεων».

Στο επίκεντρο της ευρωπαϊκής λήψης αποφάσεων αναφέρονται δύο θεμελιώδη ζητήματα. Το πρώτο είναι ο ηθικός κίνδυνος και το δεύτερο οι εξωτερικές αντιοικονομίες που θα προκαλούσε η ενδεχόμενη ελληνική οικονομική κατάρρευση. Οι εξελίξεις έδειξαν ότι το τελικό πρόγραμμα διάσωσης της Ελλάδος ήταν συνδυασμός και των δύο αυτών παραγόντων.

Η ΕΕ θα παρενέβαινε για να αποτρέψει τη χρεοκοπία της Ελλάδος προκειμένου να αποσοβήσει τον κίνδυνο διάχυσης της κρίσης, αλλά η διαδικασία της ελληνικής οικονομικής ανόρθωσης θα ήταν τόσο σκληρή, με τη λογική ότι οι υπόλοιπες χώρες θα απεύχονταν να βιώσουν την ελληνική εμπειρία και με αυτόν τον τρόπο θα εξάλειφε τον ηθικό κίνδυνο (Ζώχιου, 2012).

2.6. Η θεσμοθέτηση της διάσωσης και η Συνθήκη της Λισαβόνας

Το άρθρο 125 της ΣΛΕΕ (Συνθήκη της Λισαβόνας) γνωστή και ως ρήτρα μη διάσωσης προβλέπει ότι «η Ένωση δεν ευθύνεται για τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν οι κεντρικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές, τοπικές ή άλλες δημόσιες αρχές, άλλοι οργανισμοί του δημοσίου δικαίου ή δημόσιες επιχειρήσεις των κρατών μελών, ούτε τις αναλαμβάνει, με την επιφύλαξη των αμοιβαίων χρηματοοικονομικών

εγγυήσεων για την από κοινού εκτέλεση ενός συγκεκριμένου έργου.

Κανένα κράτος μέλος δεν ευθύνεται για τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν οι κεντρικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές, τοπικές ή άλλες δημόσιες αρχές, άλλοι οργανισμοί δημοσίου δικαίου ή δημόσιες επιχειρήσεις άλλου κράτους μέλους, ούτε τις αναλαμβάνει...». Με άλλα λόγια, το άρθρο αυτό απαγορεύει τη διάσωση μιας χώρας της Ευρωζώνης τόσο από την Ένωση όσο και από τα υπόλοιπα κράτη μέλη. Μάλιστα, το άρθρο 125 ΣΛΕΕ χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως νομικό κώλυμα προκειμένου να δικαιολογηθεί η ευρωπαϊκή αδράνεια.

Για την αναίρεση αυτού του επιχειρήματος ο De Grauwe κάνει μνεία του άρθρου 122, παράγραφος 2 της ΣΛΕΕ που προβλέπει τα ακόλουθα: «Όταν ένα κράτος μέλος αντιμετωπίζει δυσκολίες ή διατρέχει μεγάλο κίνδυνο να αντιμετωπίσει σοβαρές δυσκολίες οφειλόμενες σε φυσικές καταστροφές ή έκτακτες περιστάσεις που εκφεύγουν από τον έλεγχό του, το Συμβούλιο, προτάσσει της Επιτροπής, μπορεί να αποφασίσει να του χορηγήσει, υπό ορισμένους όρους, χρηματοδοτική ενίσχυση της Ένωσης...».

Δεδομένης της σημαντικής καθυστέρησης κινητοποίησης εξαιτίας πολιτικών κωλυμάτων και έλλειψης πολιτικής βούλησης και συναίνεσης στις 25 Μαρτίου 2010, έπειτα από ασφυκτική πίεση των αγορών, οι Ευρωπαίοι αξιωματούχοι παρεμβαίνουν. Η απόφαση αυτή δε σηματοδοτεί μόνο το εναρκτήριο λάκτισμα της ευρωπαϊκής δράσης αλλά και την είσοδο στο εγχείρημα αυτό του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ).

Με την απόφαση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, οι επικεφαλής των κρατών μελών της ευρωζώνης δήλωναν έτοιμοι «να συνεισφέρουν με συντονισμένο διμερή δανεισμό στο πλαίσιο δέσμης, η οποία θα περιλάμβανε ουσιαστική χρηματοδότηση του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και πλειοψηφική ευρωπαϊκή χρηματοδότηση». Ο μηχανισμός αυτός θα έπρεπε να θεωρείται έσχατο μέσο χρηματοδότησης που θα ενεργοποιούταν όταν δε θα καθίστατο δυνατή η κάλυψη των δανειακών αναγκών του κράτους μέλους της ευρωζώνης από τις αγορές.

Η απόφαση αναφέρει ότι οποιαδήποτε εκταμίευση σχετική με το διμερή δανεισμό

θα αποφασιζόταν με ομοφωνία από τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης βάσει αυστηρών προϋποθέσεων. Τέλος, τα επιτόκια δανεισμού θα διαμορφώνονταν με μη χαριστικούς όρους, ήτοι δε θα περιλάμβαναν στοιχεία επιδότησης, γεγονός που απέκλειε την παροχή χρηματοδότησης με βάση το μέσο όρο των επιτοκίων της ευρωζώνης.

Η απόφαση της 25ης Μαρτίου έδωσε το πράσινο φως στην Ελλάδα να υποβάλει αίτημα ένταξης στο μηχανισμό στήριξης. Στις 23 Απριλίου 2010 η ελληνική κυβέρνηση υπέβαλε σχετική αίτηση και στις 2 Μαΐου εγκρίθηκε.

Ο μηχανισμός διμερών δανείων σύντομα θα ανοίξει το δρόμο για τη δημιουργία ενός μόνιμου πλαισίου διαχείρισης κρίσεων. Στις 9 Μαΐου, το Συμβούλιο Οικονομικών και Δημοσιονομικών Υποθέσεων προκειμένου να αποτρέψει τη μετάδοση της κρίσης, αποφάσισε τη σύσταση ενός ευρωπαϊκού μηχανισμού σταθεροποίησης (ΕΜΧΣ) για όλες τις χώρες της ΕΕ (εκτός Ελλάδος) που αντιμετώπιζαν δυσκολίες οφειλόμενες σε έκτακτες περιστάσεις βάσει του άρθρου 122 παράγραφος 2 της ΣΛΕΕ.

Συγκεκριμένα, η χρηματοδότηση μέσω του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Χρηματοπιστωτικής Σταθεροποίησης έως 60 δισεκ. ευρώ και η ενεργοποίησή της υπόκειτο σε αυστηρούς όρους οικονομικής και δημοσιονομικής προσαρμογής στο πλαίσιο κοινής στήριξης ΕΕ/ΔΝΤ. Σύμφωνα με την ίδια ανακοίνωση, αποφασίστηκε η σύσταση ενός Φορέα Ειδικού Σκοπού, η Ευρωπαϊκή Διευκόλυνση Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας με 440 δισεκ. ευρώ, που θα ήταν εγγυημένος με συντονισμένο τρόπο σε αναλογική βάση από τα συμμετέχοντα κράτη μέλη, σύμφωνα με το μερίδιό τους στο καταβεβλημένο κεφάλαιο της ΕΚΤ και τηρουμένων των εθνικών συνταγματικών απαιτήσεων, για τη χρηματοδότηση των αναγκών των κρατών μελών της ευρωζώνης που αντιμετώπιζαν δυσκολίες εξαιτίας έκτακτων συνθηκών. Αποφασίστηκε επίσης η συμμετοχή του ΔΝΤ στις συμφωνίες χρηματοδότησης και η παροχή τουλάχιστον του ήμισυ της συμβολής της ΕΕ/ευρωζώνης.

Στις 28-29 Οκτωβρίου 2010 οι χώρες του ευρώ αποφάσισαν ότι η σύσταση ενός μόνιμου Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθερότητας (ΕΜΣ) ήταν απαραίτητη για τη διαχείριση μελλοντικών κρίσεων και τη βιωσιμότητα της ΟΝΕ. Η λειτουργία του ΕΜΣ αναμένετο να τεθεί σε ισχύ την 1η Ιουλίου του 2012, ωστόσο εσωτερικές διεργασίες

στη Γερμανία αναφορικά με τη νόμιμη λειτουργία αυτού και την αναμονή σχετικής απόφασης από το εθνικό Συνταγματικό Δικαστήριο καθυστερούν την ενεργοποίησή του.

Η θεσμοθέτηση του ΕΜΣ έγινε μέσω της απλοποιημένης διαδικασίας αναθεώρησης που προβλέπει η συνθήκη της Λισαβόνας προσθέτοντας την ακόλουθη παράγραφο στο άρθρο 136 της ΣΛΕΕ: «Τα κράτη μέλη με νόμισμα το ευρώ μπορούν να θεσπίσουν το μηχανισμό σταθερότητας ο οποίος ενεργοποιείται εφόσον κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να διασφαλίζεται η σταθερότητα της ζώνης του ευρώ στο σύνολό της. Η παροχή τυχόν απαιτούμενης χρηματοοικονομικής συνδρομής δυνάμει του μηχανισμού θα υπόκειται σε αυστηρούς όρους».

Η ρήτρα της αυστηρής αιρεσιμότητας διέπει την παροχή βοήθειας από τον ΕΜΣ και τους προκατόχους του προκειμένου να περιοριστεί ο ηθικός κίνδυνος και να διασφαλιστεί ότι η ύπαρξη του ΕΜΣ δεν αποδυναμώνει τα κίνητρα για τη διατήρηση υγιών δημοσιονομικών και μακροοικονομικών πολιτικών.

Η κεφαλαιακή δυνατότητα του Μηχανισμού ανέρχεται σε 700 δισεκατομμύρια ευρώ, από τα οποία 80 δισεκ. ευρώ σε καταβεβλημένο κεφάλαιο και 620 δισεκ. ευρώ καταβλητέου κεφαλαίου. Η οικονομική βοήθεια θα δίνεται μέσω δανείων και η ωρίμανση τους θα εξαρτάται από τη φύση των ανισορροπιών και τις προοπτικές της χώρας ανάκτησης της πρόσβασής της στις χρηματοοικονομικές αγορές. Το επιτόκιο των δανείων, κυμαινόμενο ή σταθερό, δεν προβλέπεται ευνοϊκό προκειμένου να μην καθιστά τη χρηματοδότηση ελκυστική και να περιορίζει τον ηθικό κίνδυνο.

Σε εξαιρετική περίπτωση, ο ΕΜΣ θα έχει την επιλογή να αγοράζει ομόλογα της χώρας μέλους της ευρωζώνης από την πρωτογενή αγορά όταν δεν απορροφώνται από ιδιώτες-πλειοδότες. Ωστόσο, η ΕΚΤ υπογραμμίζει ότι η αλληλεξάρτηση της πρωτογενούς με τη δευτερογενή αγορά κρατικών ομολόγων επιτάσσει την επέκταση των αρμοδιοτήτων του ΕΜΣ και στην τελευταία, για την αποτροπή δυνητικής μετάδοσης της κρίσης εάν σημειωθεί έντονη αστάθεια στις αγορές.

Για την ενεργοποίηση της οικονομικής βοήθειας απαιτείται η αξιολόγηση της κατάστασης του κράτους μέλους σε δυσχέρεια από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ΔΝΤ

και την ΕΚΤ έπειτα από σχετικό αίτημά του. Η διαπραγμάτευση των τριών αυτών θεσμικών οργάνων καταλήγει στην εκπόνηση ενός προγράμματος μακροοικονομικής προσαρμογής, του οποίου οι όροι θα αποφασίζονται από το Κυβερνητικό Συμβούλιο του ΕΜΣ (Υπουργοί Οικονομικών των χωρών της ευρωζώνης) και θα αποτυπώνονται σε ένα Μνημόνιο Συνεννόησης. Σε περίπτωση που το εν λόγω κράτος δε συμμορφωθεί με τους όρους του Μνημονίου διατρέχει τον κίνδυνο να καθυστερήσει ή ακόμα και να μην εισπράξει τις προγραμματισμένες δόσεις του δανείου, το οποίο συνιστά ένα ακόμη αυστηρό όρο για την αποτροπή της παρέκκλισης.

Το δάνειο από τον ΕΜΣ στη χώρα της ευρωζώνης σε ανάγκη θα καταγράφεται με τον ίδιο τρόπο καταγραφής των δανείων που προέρχονται από το ΔΝΤ, ήτοι ως άμεσο δάνειο από ένα διεθνή οργανισμό στην εν λόγω χώρα, χωρίς να επιβαρύνουν το ακαθάριστο δημόσιο χρέος των άλλων χωρών του ευρώ, που θα συμβάλλουν στο κεφάλαιο του ΕΜΣ αναλογικά με το μερίδιό τους στο κεφάλαιο της ΕΚΤ (Ζώχιου, 2012).

2.7. Το Μνημόνιο του 2010: Η υπογραφή και οι υποχρεώσεις

2.7.1. Χρονικό

Στις 3 Μαΐου 2010, έπειτα από πρωτοφανείς και αλληπάλληλες υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής ικανότητας της Ελλάδος, ύστερα από την επτάμηνη καθυστέρηση της ΕΕ εξαιτίας συγκρουόμενων συμφερόντων και προστριβών μεταξύ των εταίρων για την ανάγκη ή μη διάσωσης και όταν πλέον ο φόβος εξάπλωσης της κρίσης στο εσωτερικό της ευρωζώνης ήταν ορατός, η Ελλάδα υπέγραψε με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ), την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) (τη λεγόμενη τρόικα) το Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, το Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής και το Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης, τα οποία απαρτίζουν το πρόγραμμα

σταθεροποίησης της ελληνικής οικονομίας με χρόνο διάρκειας έως το 2013.

Στις 6 Μαΐου το Ελληνικό Κοινοβούλιο κύρωσε το Πρόγραμμα, για την οποία κύρωση ήταν απαραίτητη η απόλυτη πλειοψηφία του όλου αριθμού των βουλευτών, προκειμένου να αποκτήσει ισχύ νόμου.

Στις 8 Μαΐου, η χώρα υπέγραψε τη «Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης» με τις δεκατέσσερις χώρες μέλη της Ευρωζώνης και τη γερμανική KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau), με την οποία θα λάμβανε χρηματοδοτική αρωγή ύψους 110 δις ευρώ, που περιλάμβανε πόρους 80 δις ευρώ με τη μορφή διμερών διακρατικών δανείων από κράτη-μέλη της Ευρωζώνης και 30 δις ευρώ από το ΔΝΤ. Το επιτόκιο δανεισμού διαμορφώθηκε για την ΕΕ περίπου 4%-5%, ενώ του ΔΝΤ σε χαμηλότερα επίπεδα, περίπου 3,3%. Τα χρήματα θα δίνονταν σταδιακά κατόπιν αξιολόγησης της προόδου υλοποίησης των προβλεπόμενων στόχων. Η Ελλάδα είχε αναλάβει την υποχρέωση να εφαρμόσει αξιόπιστα τη συμφωνία λαμβάνοντας μέτρα ύψους 30 δις ευρώ, προβαίνοντας στην εξοικονόμηση δαπανών κατά περίπου 16 δισεκ. ευρώ και την αύξηση εσόδων κατά 14 δισεκ. Ευρώ (Ζώχιου, 2012).

2.7.2 Στρατηγική στόχευση του 1^{ου} Μνημονίου και πολιτικές που απέρρεαν από αυτό

Το Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής στόχευε στην αποκατάσταση της αξιοπιστίας της χώρας στις κεφαλαιακές αγορές, τη στήριξη και ενίσχυση της οικονομικής και χρηματοπιστωτικής θέσης της χώρας και τη διόρθωση δημοσιονομικών και εξωτερικών ανισορροπιών με την εφαρμογή μέτρων που θα αντλούσαν από όλες τις διαθέσιμες δημοσιονομικές, χρηματοπιστωτικές και διαρθρωτικές πολιτικές με απώτερο σκοπό τη μετάβαση προς την εξωστρέφεια και τη στροφή προς την ανταγωνιστικότητα. Το Μνημόνιο Συνεννόησης καθόριζε τα λεπτομερή κριτήρια πολιτικής για τις διαδοχικές αξιολογήσεις και έθετε το χρονικό πλαίσιο εφαρμογής τους έως το τέλος του 2011, ενώ το Τεχνικό Μνημόνιο

περιλάμβανε τους ορισμούς των δεικτών που υπόκεινταν σε ποσοτικούς στόχους και τις μεθόδους που επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της απόδοσης του προγράμματος.

Στον πυρήνα των πολιτικών αυτών εντοπίζονται οι πολιτικές δημοσιονομικής πειθαρχίας και λιτότητας συμπεριλαμβανομένης της εσωτερικής υποτίμησης ως μέσο ανάκτησης της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας. Για την υλοποίηση αυτής επιβάλλεται η εφαρμογή δημοσιονομικών περιοριστικών πολιτικών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και προβάλλεται ως μονόδρομος για την έξοδο της χώρας από το οικονομικό τέλμα. Η εσωτερική υποτίμηση είναι κύρια κατευθυντήρια γραμμή πολιτικής της ΕΕ για την ανάκτηση της ελληνικής ανταγωνιστικότητας καθώς αποτελεί άμεση απόρροια της ιδιότητας της Ελλάδος ως μέλους της ΟΝΕ.

Τα τρία προβλεπόμενα εργαλεία για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος προσαρμογής της ελληνικής οικονομίας είναι οι δημοσιονομικές, οι χρηματοπιστωτικές και οι διορθωτικές πολιτικές.

Δημοσιονομικός πυλώνας: Δεδομένης της αδύναμης δημοσιονομικής της κατάστασης, με χρόνια υψηλά ελλείμματα και διογκούμενα δημόσια χρέη, με δημοσιονομικό έλλειμμα, το 2009, 13,6% του ΑΕΠ (15,4% του ΑΕΠ αναθεωρημένο) και δημόσιο χρέος πάνω από 115% του ΑΕΠ (126,8% μετά την αναθεώρηση), η χώρα δεσμεύθηκε να θέσει το δημόσιο χρέος προς το ΑΕΠ σε καθοδική πορεία από το 2013 και μετά και να μειώσει το έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης κάτω από το 3% του ΑΕΠ έως το 2014.

Η δημοσιονομική προσαρμογή, ύψους 11% του ΑΕΠ (έως το 2013), θα ακολουθούσε ένα έντονα εμπροσθοβαρές πρόγραμμα για να αποφευχθεί το αίσθημα κόπωσης εν όψει των μεταρρυθμίσεων και να εμπεδωθεί η φερεγγυότητα της χώρας τόσο στις αγορές όσο και στους πιστωτές. Η εφαρμογή του μεγαλύτερου μέρους των δημοσιονομικών μέτρων προγραμματίστηκε για τα επόμενα περίπου 2,5 χρόνια από την ημερομηνία υπογραφής (το υπόλοιπο του 2010 έως το 2012) αναγνωρίζοντας ωστόσο τον μεγαλύτερο ανασχετικό παράγοντα επιτυχίας, ο οποίος εντοπίζεται στο γεγονός ότι «οι πολιτικές για την αποκατάσταση της διεθνούς ανταγωνιστικότητας

των τιμών, στο πλαίσιο μιας νομισματικής ένωσης, πρέπει να βασιστούν σε μείωση του εγχωρίου κόστους και τιμών, που βραχυπρόθεσμα θα επιβαρύνουν την οικονομική δραστηριότητα, τα έσοδα της κυβέρνησης και τη δυναμική του χρέους».

Πριν την υπογραφή της συμφωνίας είχαν ήδη ληφθεί αποφάσεις από την ελληνική κυβέρνηση για διορθωτικές κινήσεις αναφορικά με τη ευάλωτη κατάσταση της χώρας. Το Μνημόνιο ενίσχυσε και συμπλήρωσε τις ενέργειες αυτές με τη λήψη τριών άμεσων μέτρων τη μείωση του λογαριασμού μισθοδοσίας του δημοσίου τομέα, των δαπανών για πληρωμές συντάξεων καθώς και την αύξηση του ΦΠΑ και συγκεκριμένων ειδικών φόρων κατανάλωσης προκειμένου να περιοριστεί το δημόσιο έλλειμμα στο 8,1% του ΑΕΠ το 2010. Οι δαπάνες, σύμφωνα με το Πρόγραμμα, αναμένονταν να μειωθούν κατά ένα ισοδύναμο γύρω στο 7% του ΑΕΠ μέχρι το 2013, ενώ για τα έσοδα προβλέφθηκε αύξηση της τάξεως του 4%. Η δικαιολογητική βάση της μείωσης των δαπανών για μισθούς και επιδόματα έγκειται στο γεγονός ότι συνιστούν το μεγαλύτερο μέρος των πρωτογενών δαπανών του προϋπολογισμού.

Επίσης, κρίθηκε αναγκαίο το πάγωμα σε ονομαστικούς όρους των μισθών και συντάξεων καθ' όλη τη διάρκεια του Προγράμματος ενώ παράλληλα, η κυβέρνηση δεσμεύθηκε για τη μείωση των προσλήψεων στο δημόσιο τομέα καθώς και για τον εξορθολογισμό των επενδυτικών δαπανών μέσω της αξιοποίησης των πόρων των κοινοτικών διορθωτικών ταμείων και του ταμείου συνοχής. Η δε αύξηση των εσόδων προβλέφθηκε ότι θα πραγματοποιηθεί μέσω της αύξησης της φορολογίας των υψηλότερων εισοδηματικών κλιμακίων και ειδικότερα των ελεύθερων επαγγελματιών, την αύξηση της φορολογίας των ειδών πολυτελείας, κερδοφόρων επιχειρήσεων, υψηλής αξίας ακινήτων. Επίσης η διεύρυνση της βάσης του ΦΠΑ, η αύξηση των φορολογικών συντελεστών και ειδικών φόρων κατανάλωσης σε κατηγορίες που η Ελλάδα βρισκόταν κάτω από το μέσο όρο της Ευρωζώνης στόχευαν στην προσαρμογή μέσω της αύξησης των εσόδων.

Τέλος, οι πράσινοι φόροι και οι φόροι «υπέρ της υγείας» συμπλήρωναν τη λίστα των φορολογικών μέτρων. Στη σειρά των δημοσιονομικών μέτρων προστέθηκαν και οι προβλεπόμενες δημοσιονομικές μεταρρυθμίσεις στον ασφαλιστικό σύστημα με

κυριότερη τη συγχώνευση των υπαρχόντων ασφαλιστικών ταμείων σε τρία και την αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης στα 65 έτη και στον τομέα της υγείας με έμφαση στην εφαρμογή διπλογραφικού λογιστικού ελέγχου των χρήσεων σε νοσοκομεία και τη βελτίωση στους μηχανισμούς τιμολόγησης και κοστολόγησης.

Για τη μεταρρύθμιση στο φορολογικό σύστημα απαιτήθηκε η διεύρυνση της φορολογικής βάσης και η καταπολέμηση της φοροδιαφυγής ενώ για τη διαχείριση των δημοσίων οικονομικών το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους καθίσταται αρμόδιο για την παρακολούθηση και την υποβολή εκθέσεων για τα στοιχεία της γενικής κυβέρνησης ενώ η τελευταία δεσμεύθηκε για την εισαγωγή τυποποιημένων διαδικασιών ελέγχου των δημοσίων φορέων και για τη λήψη νέων πολιτικών ως προς τη σύνταξη και κατάθεση του προϋπολογισμού. Επιπλέον, κρίθηκαν απαραίτητες οι μεταρρυθμίσεις στο πλαίσιο διαχείρισης χρέους, στην παροχή πληροφοριών για τα μεγέθη του δημοσίου τομέα, με προϋπόθεση την ανεξαρτητοποίηση της ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.

Χρηματοπιστωτικός πυλώνας: Παρά την ικανοποίηση του ορίου κεφαλαιακής επάρκειας στο 8% και την αξιοπιστία του τομέα, η αύξηση των μη εξυπηρετούμενων δανείων και η συρρίκνωση της πιστωτικής επέκτασης οφείλονταν στη δημοσιονομική κρίση και τη γενικότερη επιδείνωση του οικονομικού κλίματος. Προτεραιότητα των τραπεζών ήταν να επιλύσουν τα προβλήματα ρευστότητας που αντιμετώπισαν μετά την απώλεια της δυνατότητας πρόσβασής τους στη διατραπεζική αγορά και μετρίου μεγέθους εκροή καταθέσεων στις αρχές του 2010.

Η Κυβέρνηση ανέλαβε επίσης την υποχρέωση να συστήσει ένα πλήρως ανεξάρτητο Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (ΤΧΣ), υπεύθυνο για τη διασφάλιση και εμπέδωση της φερεγγυότητας του χρηματοπιστωτικού τομέα, περιλαμβανομένης και της στήριξης της ελληνικής οικονομίας μέσω της εξασφάλισης του απαιτούμενου κεφαλαίου για τις τράπεζες. Τέλος, η Τράπεζα της Ελλάδος όφειλε να επιτείνει την εποπτεία του χρηματοπιστωτικού συστήματος με την ταχεία υποβολή στοιχείων καθώς και με τη διεξαγωγή ελέγχων ακραίων συνθηκών.

Πυλώνας διαρθρωτικών πολιτικών: Η βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της

ελληνικής οικονομίας με τη διάρθρωση της οικονομίας προσανατολισμένης σε ένα μοντέλο ανάπτυξης βασισμένο στις επενδύσεις και τις εξαγωγές ήταν η προτεραιότητα των διαρθρωτικών πολιτικών. Ως εκ τούτου κρίθηκε απαραίτητος ο εκσυγχρονισμός του δημοσίου τομέα, η κατοχύρωση της ευελιξίας στην αγορά εργασίας στον ιδιωτικό τομέα, η βελτίωση του επιχειρηματικού περιβάλλοντος και του ανταγωνισμού με την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εξάλειψη των γραφειοκρατικών εμποδίων, την απελευθέρωση των κλειστών επαγγελματιών και των αγορών δικτύων και την ενίσχυση του ρόλου της ελληνικής Επιτροπής Ανταγωνισμού. Επίσης, η ελληνική κυβέρνηση δεσμεύθηκε για τις αποκρατικοποιήσεις των κρατικών επιχειρήσεων και τη βελτίωση της απορρόφησης των κοινοτικών κονδυλίων των διαρθρωτικών ταμείων και του Ταμείου Συνοχής με την υιοθέτηση ενός συστήματος γρήγορης παραγωγής έργων.

Στη διάρκεια των δύο επόμενων ετών, έως το 2012 ελήφθησαν συμπληρωματικά μέτρα και αναθεωρήθηκαν πολλάκις οι αρχικοί στόχοι όταν τα επίσημα στοιχεία, ήδη από το καλοκαίρι του 2010, έδειξαν θεαματική άνοδο του πληθωρισμού, μείωση των εσόδων, άνοδο της ανεργίας και αδυναμία της χώρας να δανειστεί από τις αγορές.

Στις 11ης Μαρτίου 2011, έπειτα από ισχυρά δείγματα αποτυχίας του προγράμματος κατά το παρελθόν έτος, που αφορούσε στην επιμήκυνση του δανείου και τη μείωση του επιτοκίου κατά 1%. Συγκεκριμένα αποφασίσθηκε ότι η ωρίμανση όλων των δανείων προς την Ελλάδα στο πλαίσιο του προγράμματος προσαρμογής της θα αυξανόταν κατά 7,5 χρόνια σε συμφωνία με το ΔΝΤ με περίοδο χάριτος δέκα ετών.

Στις 21 Ιουλίου 2011 το Συμβούλιο της ΕΕ αφού διευκρίνισε ότι η λύση αυτή ήταν εξαιρετικής φύσεως και μοναδική για την Ελλάδα, αποφάσισε νέα χρηματοδότηση με πόρους προερχόμενους κυρίως από το EFSF, (European Financial Stability Facility) το ΔΝΤ και την εθελοντική συμβολή του ιδιωτικού τομέα, με ποσό που ανερχόταν στα 158,6 δισεκ. ευρώ, εκ των οποίων τα 109 δισεκ. ευρώ προέρχονταν από επίσημη χρηματοδότηση και τα 49,6 δισεκ. ευρώ από ιδιώτες πιστωτές. Η Ελληνική κυβέρνηση δεσμεύθηκε για τη λήψη επιπρόσθετων μέτρων ύψους 28 δισεκ. ευρώ ψηφίζοντας το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής.

Λίγους μήνες αργότερα η αναδιάρθρωση του χρέους κατέστη αναπόφευκτη. Στις 21 Φεβρουαρίου του 2012 στη συνεδρίαση των Υπουργών Οικονομικών της Ζώνης του Ευρώ αποφασίσθηκε η υλοποίηση του προγράμματος ανταλλαγής ελληνικών ομολόγων και η μείωση του χρέους κατά 110 δισεκ. ευρώ, με απώτερο στόχο το 2020 να έχει συρρικνωθεί στο 120,5% του ΑΕΠ. Η μείωση της αξίας των ελληνικών ομολόγων κατά 53,5% αφορούσε μόνο στους ιδιώτες πιστωτές, κάτι που αργότερα θα αποδειχθεί ανεπαρκές. Το πρόγραμμα ανταλλαγής ομολόγων αποτελούσε αναπόσπαστο μέρος του νέου πακέτου διάσωσης της Ελλάδος ύψους 130 δισεκ. ευρώ, το οποίο συμφωνήθηκε το Φεβρουάριο του 2012 (Ζώχλιου, 2012).

2.8. Το 2^ο Μνημόνιο του 2012 και η επιρροή στον τομέα της υγείας

Το Φεβρουάριο του 2012 η Ελλάδα υπέγραψε το 2ο μνημόνιο στο οποίο περιλαμβάνονταν μέτρα για την μείωση δαπανών υγείας, όπως:

1) Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) Το Ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα έως το 2011 χαρακτηριζόταν από πολυκερματισμό, με περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς να παρέχουν κάλυψη για υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους.

Τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε.) κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού. Η σύσταση με το Ν.3918/2011 το Μάρτιο του 2011 του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (οδήγησε στην ενοποίηση των ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε., ΤΥΔΚΥ) που αφορούσαν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Σκοπός του ενιαίου φορέα ήταν ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έτσι ώστε όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχονταν από α) τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζόμενων, β) την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του Α.Ε.Π από τον κρατικό προϋπολογισμό γ) ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ δ) λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους.

Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ενταχθήκαν περίπου 9,5 εκ πολίτες από τα κυριότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο νέος φορέας λειτουργεί στην αγορά σαν μονοπώλιο, αφού είναι ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας γι' αυτό και έχει το πλεονέκτημα της διαπραγμάτευσης και του ελέγχου των τιμών.

2)Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (Κ.Ε.Ν.). Τα (Κ.Ε.Ν) D.R.G.s (Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες) εμφανιστήκαν στην Αμερική το 1983.

Η έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού θεωρητικού υποδείγματος για την οικονομική συμπεριφορά των νοσοκομείων οδήγησε στη δημιουργία των (Κ.Ε.Ν) D.R.G.s, η όποια βασίστηκε σε 2 μηχανισμούς: 1) Ο ορισμός ομάδων προϊόντων του νοσοκομείου, 2) Καθορισμός βαρύτητας ή τιμής για κάθε μια ομάδα προϊόντων. Στην Ελλάδα η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τα Κ.Ε.Ν. θα λαμβάνει υπόψη κάποιους «οδηγούς κοστολόγησης» οι οποίοι θα προκύπτουν από το ομαδοποιημένο προϊόν. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής εισέλθει στο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας, θα ενταχτεί σε μια κατηγορία Κ.Ε.Ν ανάλογα με το είδος της ασθένειας (χειρουργικό ή παθολογικό), φύλλο, ηλικία, διάγνωση εισόδου και άλλους προσδιοριστικούς παράγοντες. Βασικό στοιχείο των D.R.G.s παγκοσμίως ήταν ο έλεγχος του κόστους. Δηλαδή με την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν οι εκάστοτε φορείς όπως το υπουργείο υγείας, η δημόσια διοίκηση και οι αρμόδιοι φορείς χάραξης πολιτικής προσπαθούν να εντοπίσουν τον ακριβή προσδιορισμό της ανάλωσης πόρων προκειμένου να επανασχεδιάσουν διαδικασίες περισσότερο αποτελεσματικές.

Πρέπει να υπογραμμιστεί πως η εφαρμογή των Κ.Ε.Ν προσαρμόζεται όχι μόνο στα χαρακτηριστικά του κάθε εθνικού υγειονομικού συστήματος, π. χ. Ε.Σ.Υ, άλλα και στους στόχους που θέτει το υπουργείο υγείας και οι εκάστοτε φορείς χάραξης πολιτικής. Ένα βασικό μειονέκτημα με την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν στην προσπάθεια μείωσης των δαπανών για την υγεία είναι ότι συχνά επηρεάζεται η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Με βάση την εφαρμογή των Κ.Ε.Ν η αντιμετώπιση της ασθένειας, λόγω της αβεβαιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και της ιδιαιτερότητας κάθε ασθενούς δεν μπορεί να γίνει με καθορισμένα πρότυπα χρήσης των πόρων.

3) Πολιτική για το φάρμακο. Παράλληλα με την πορεία των συνολικών δαπανών υγείας και η φαρμακευτική δαπάνη παρουσίαζε αυξητική τάση την τελευταία δεκαετία. Βασικό χαρακτηριστικό στην Ελλάδα από την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης την τελευταία δεκαετία είναι ότι το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό, διότι η σχετική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση. Η απουσία συγκροτημένης ορθολογικής φαρμακευτικής πολιτικής και η αδυναμία ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών ήταν μερικά από τα αίτια για την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών έως και τα τέλη του 2009.

Ωστόσο, ο κλάδος του φαρμάκου επηρεάστηκε αρκετά μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και τις διαρθρωτικές αλλαγές για την εξοικονόμηση πόρων που προώθησε το υπουργείο υγείας. Βασικός στόχος του Μνημονίου αναφορικά με το χώρο του φάρμακου ήταν η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, ώστε οι δαπάνες να πλησιάσουν τα επίπεδα των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών. Οι κύριες αρχικές ενέργειες περιελάμβαναν την χρήση γενοσήμων φαρμάκων, τη μείωση περιθωρίων κέρδους σε όλη την φαρμακευτική αλυσίδα (βιομηχανία, χονδρέμπορους, φαρμακαποθήκες, φαρμακεία) και επιπλέον τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην φαρμακευτική δαπάνη.

Επιπροσθέτως, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δημιούργησε νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας, διότι μπορεί να πραγματοποιηθεί αυστηρός δημοσιονομικός έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης και να ελέγχεται ο όγκος της κατανάλωσης, ώστε να περιοριστούν τα φαινόμενα σπατάλης και διαφθοράς. Πρέπει να τονίσουμε ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καλύπτει το σύνολο των ηλεκτρονικών συστημάτων που διασύνδεουν όλα τα σημεία διακίνησης ενός φάρμακου (Ιατροί, φαρμακεία, νοσοκομεία, ασφαλιστικά ταμεία). Ακόμη με το νομό 3840/2010 οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται στην αγορά με βάση τις τρεις χαμηλότερες τιμές στην Ευρώπη (Θωμάς, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΑΥΣΤΗΡΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ (2010-2014).

Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια αποτίμηση των επιπτώσεων από την εφαρμοζόμενη πολιτική αυστηρής δημοσιονομικής λιτότητας σε όλο το δημόσιο τομέα, ακόμα και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας, που απέρρευε από τα μνημόνια, στην υγεία των Ελλήνων.

Τις άμεσες επιπτώσεις από τα μέτρα στον τομέα της υγείας, καθώς και τις έμμεσες πολιτικές αλλά που επηρεάζουν τον τομέα της υγείας (αύξηση ανεργίας, μείωση μισθών, συντάξεων).

3.1. Οικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία από την εφαρμογή πολιτικών λιτότητας

Ο πληθυσμός της Ελλάδας σύμφωνα με την απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) του 2001 είναι 10.815.197, 5.302.703 (49,0%) άνδρες και 5.512.494 (51,0%) γυναίκες. Το σύνολο των ξένων ανθρώπων που κατοικούσαν μόνιμα στην Ελλάδα είναι 911.929.

Περίπου 52,7% από αυτούς είναι Αλβανοί, το 8,3% Βούλγαροι, 5,1% Ρουμάνοι, 3,7% Πακιστανοί και 3,0% από τη Γεωργία.

Το ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα για το τέταρτο τρίμηνο του 2013 ήταν 27,5% (31,0% γυναίκες, άνδρες 24,7%) σε σύγκριση με 26% το αντίστοιχο τρίμηνο του 2012. Το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας καταγράφεται στους νέους στην ηλικιακή ομάδα των 15-24 ετών (57%). Για τις νέες γυναίκες, το ποσοστό ανεργίας ήταν 62,5%.

Οι Έλληνες την περίοδο 2010-2014 υπέστησαν υψηλές μειώσεις στα εισοδήματα τους (και στο σύνολο του νοικοκυριού τους που είναι) τέσσερις φορές μεγαλύτερο

από το μέσο όρο της Ευρωζώνης.

Μετά από 11 χρόνια (1996-2007) συνεχής αύξησης του ΑΕΠ (σε τιμές αγοράς), για πρώτη φορά το 2008, το ΑΕΠ παρουσίασε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης (-0.2). Ο αρνητικός ρυθμός ανάπτυξης συνεχίστηκε, το 2009 (-3,1), το 2010 (-4.9), το 2011 (-7,1), το 2012 (-6, 0,4) και το 2013 (-4,2). Για το 2014, η πρόβλεψη είναι ότι η Οικονομία στην Ελλάδα έχει «προοπτικές» για ανάπτυξη, αν και με ένα πενιχρό ποσοστό του 0,6%.

Η Ελλάδα έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση περισσότερο από ότι οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα είχε σοβαρά προβλήματα σχετικά με την χρηματοδότηση, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών. Αυτά τα προβλήματα πολλαπλασιάστηκαν λόγω της οικονομικής κρίσης. Λόγω της υιοθέτησης πολιτικών λιτότητας σε όλο το δημόσιο τομέα έχουν γίνει σημαντικές μειώσεις δαπανών σε όλο τον τομέα της δημόσιας υγείας.

Δεν είναι δύσκολο να καταγράψουμε τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα λόγω των έγκυρων στοιχείων και των αξιόπιστων μελετών που έχουν φιλοξενήσει όλες οι διεθνείς επιθεωρήσεις υγείας και πολιτικών της υγείας.

Η εξέλιξη όλων των οικονομικών στοιχείων την περίοδο 2010-2014 είναι ιδιαίτερα απογοητευτική για τους Έλληνες. Η οικονομική κρίση είχε επιπτώσεις στην ζωή των Ελλήνων, δεδομένου ότι η μείωση ή η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλεια στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια.

Και δεν είναι μόνο η οικονομική κρίση, την ίδια στιγμή οι Έλληνες πέρασαν μια κρίση αξιών, θεσμών, εφαρμογής του νόμου και των κανονιστικών ρυθμίσεων (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

3.2. Η διεθνής οικονομία και η κοινωνία

Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής

οικονομία. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου, όπως είναι αναμενόμενο, οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι χειρόνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Organization, WTO), μείωση της ζήτησης εισαγωγών είχε ήδη παρατηρηθεί από το 2007. Ωστόσο, οι προβλέψεις για το 2009 είναι ιδιαίτερα δυσσιώνες, καθώς προβλέπεται πτώση 10% σε ποσοτικούς όρους. Η μείωση αυτή αναμένεται να πλήξει περισσότερο τις αναπτυγμένες από τις αναπτυσσόμενες χώρες (μείωση 14% έναντι 7%).

Αν και η παγκοσμιοποίηση επέδρασε θετικά σε ορισμένες χώρες, όπως η Κίνα, η Ινδία και άλλες, με τη μείωση της φτώχειας, η πτώση του διεθνούς εμπορίου έχει ανακόψει αυτή τη βελτίωση και έχει θέσει σε κριτική επανεξέταση το υπόδειγμα της παγκοσμιοποίησης, ενώ αναδεικνύει την ανάγκη για ρύθμιση των αγορών και κρατική παρέμβαση στους κανόνες επιχειρηματικής δραστηριότητας και διανομής των δημοσίων αγαθών. Η παρούσα κρίση κινεί σε μηδενικό ή και αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση την Κίνα, την Ινδία και μερικές άλλες νέες βιομηχανικές χώρες.

Η παγκόσμια οικονομία αναμένεται να συρρικνωθεί κατά 2,9% το 2009 σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) προβλέπεται να μειωθεί κατά 3% στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και κατά 2% στις υπόλοιπες αναπτυγμένες οικονομίες. Ασθενής ανάκαμψη της οικονομίας με μικρή άνοδο του ρυθμού ανάπτυξης προβλεπόταν για το 2010. Ωστόσο, οι προβλέψεις αυτές είναι αρκετά εύθραυστες και ως εκ τούτου δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια ο χρόνος και ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης.

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών, οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο απώλειας της εργασίας και συνεπώς σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας. Από τα τέλη του

2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται. Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO), η ανεργία σε παγκόσμια κλίμακα, από 5,7% που ήταν το 2007, προβλέπεται να κυμανθεί στο 6,1–7,1% το 2009, δηλαδή σε αύξηση του αριθμού των ανέργων κατά 18–51 εκατομμύρια. Ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων θα αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια και θα ανέλθει στο επίπεδο των 700–800 εκατομμυρίων.

Η κατάσταση αυτή, όπως περιγράφηκε παραπάνω, απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, καθώς και στο εσωτερικό των χωρών τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα:

- Την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών.
- Την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας.
- Τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης (Κυριόπουλος & Τσιάντου, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, 2009).

3.3. Επιπτώσεις στους χρόνιες πάσχοντες

Τα κυριότερα χρόνια νοσήματα που ταλαιπωρούν τον γενικό πληθυσμό είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος (πνεύμονα, παχέος εντέρου, μαστού, τραχήλου της μήτρας και προστάτη), οι χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων (άσθμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), ο διαβήτης, η αρθρίτιδα και άλλες μυοσκελετικές παθήσεις και οι χρόνιες νευρολογικές διαταραχές, (Alzheimer και Parkinson).

Τα χρόνια νοσήματα, αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία ανικανότητας και πρόωρου θανάτου και επιφέρουν υψηλό κόστος στο σύστημα υγείας, καθώς ευθύνονται για το 70% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και απορροφούν περισσότερο από το 65% της εθνικής υγειονομικής δαπάνης.

Η συντριπτική πλειοψηφία των χρόνιων νοσημάτων θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί με την εξάλειψη ή διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.

Περίπου 4 στους 10 Έλληνες πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα καθώς σύμφωνα με στοιχεία του 2011 σε δείγμα 6.569 ατόμων, του γενικού πληθυσμού το ποσοστό των ατόμων το οποίο δήλωσε ότι έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα ήταν 38%.

Ωστόσο, εκτιμάται ότι το ποσοστό των χρονίως πασχόντων στην Ελλάδα είναι πολύ μεγαλύτερο, καθώς δεν περιλαμβάνει το ποσοστό των ασυμπτωματικών ασθενών.

Ο Τομέας Οικονομικών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας σε έρευνα που πραγματοποίησε το Φεβρουάριο και Μάρτιο του 2013 σε 1600 ενήλικες ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, μελέτησε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη χρήση υπηρεσιών υγείας του γενικού πληθυσμού για τέσσερα χρόνια νοσήματα σε ήπιο ή μέτριο στάδιο (Υπέρταση, Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και Άνοια τύπου Alzheimer) σε 11 πόλεις (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα, Ηράκλειο, Ιωάννινα, Αλεξανδρούπολη, Λαμία, Τρίπολη, Βόλο και Κοζάνη) (Ελευθερίου, 2013).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης περίπου το 60% από αυτούς αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής για να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και το 30% αξιολογεί αρνητικά τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τριτογενή εγκαταστάσεις του νοσοκομείου.

Επιπλέον, σχεδόν ο ένας στους δύο ήδη έχουν πρόβλημα να πληρώσουν για τα φάρμακά τους και περίπου ο ένας στους δύο έχουν την ανησυχία αν θα είναι σε θέση να καλύψουν τα φάρμακά τους σε μεσοπρόθεσμη βάση (1-2 ετών).

Επίσης, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, από το 2012, είχαν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους στην πρωτοβάθμια υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης και κατά 50% τις δαπάνες τους για την πρωτοβάθμια υγεία και φροντίδα μέσα σε 3 χρόνια από το 2011 έως το 2013.

Αξίζει να υπογραμμίσουμε ότι τα ιδιαίτερα ανησυχητικά αυτά στοιχεία αφορούν έως και το έτος 2013. Με την επιδείνωση των οικονομικών δεικτών του 2014 και του 2015 εκτιμούμε ότι τα αποτελέσματα θα είναι περισσότερο απογοητευτικά.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδήγησε πολλά άτομα στον κοινωνικό

αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.

Δεν είναι μόνο οι Έλληνες και η Ευρωπαϊκή Ένωση, τα μέσα ενημέρωσης, αλλά και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, που έρχονται αντιμέτωποι με την πραγματικότητα μειώνοντας την διαθεσιμότητα των φαρμάκων κατά του καρκίνου, ακόμη και αυτών που έχουν χαμηλή τιμή.

Αυτό προκλήθηκε κυρίως εξαιτίας των φαρμακευτικών εταιρειών που εισάγουν φάρμακα στην Ελλάδα που δόθηκαν μετά από μια μακρά καθυστέρηση και κυρίως με ομόλογα του Ελληνικού Δημοσίου. Μετά το «κούρεμα» των εν λόγω ομολόγων, ορισμένα φαρμακευτικά προϊόντα αποφάσισαν να αποσυρθούν από την ελληνική αγορά (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

3.3.1. Οικονομικές επιπτώσεις στις φαρμακευτικές πολιτικές

Τα δεδομένα για τον όγκο και τις δαπάνες για φάρμακα που συνταγογραφούνται για κάθε θεραπευτική κατηγορία και τον επιμερισμό του κόστους όπου προήλθαν από το ΕΟΠΥΥ βάση δεδομένων, το βασικό κοινωνικό ταμείο ασφάλισης που καλύπτουν σχεδόν 95% του ελληνικού πληθυσμού.

Τέσσερις διαφορετικές περιόδους συγκρίθηκαν, λαμβάνοντας υπόψη την εφαρμογή του κανονισμού, διαθεσιμότητα δεδομένων εκείνη την εποχή (Ιανουάριος 2012 - Αύγουστος 2013), και την εποχικότητα της νόσου.

Οι περίοδοι σύγκρισης ήταν η περίοδος Ιανουαρίου-Μάρτιο 2012 έναντι Ιανουάριος-Μάρτιος 2013 και Απρίλιος-Αύγουστος 2012 έναντι Απρίλιος-Αύγουστος 2013. Οι συγκεκριμένες περιόδους (ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των δεδομένων εκείνη την εποχή) επιλέχθηκαν σύμφωνα με την επαναξιολόγηση των τιμών, τον επιμερισμό του επίπεδου κόστους, και την επιστροφή του κανονισμού κατά τις

αντίστοιχες περιόδους.

Οι μεταβολές στα επίπεδα απόδοσης ελήφθησαν υπόψη κατά τον καθορισμό των "ζευγαριών" του σε σύγκριση περιόδων. Μέχρι τον Οκτώβριο του 2012 (που καλύπτει τόσο τις περιόδους Ιανουάριος-Μάρτιος 2012 και τον Απρίλιο του Αυγούστου 2012), η συνταγογράφηση βασίστηκε σε μάρκες, με τους ασθενείς να πληρώνουν μόνο το ποσοστό της συμμετοχής τους. Κατά την περίοδο Νοέμβριος 2012 με Μάρτιος 2013 (που καλύπτει την περίοδο Ιανουαρίου-Μαρτίου 2013), εκτός από το κόστος πληρωμής, ο ασθενής έπρεπε να καλύψει πλήρως τη διαφορά μεταξύ της λιανικής τιμής και της τιμής εξόφλησης του συνταγογραφούμενου φαρμάκου. Κατά τη διάρκεια της περιόδου από τον Απρίλιο μέχρι τον Αύγουστο του 2013, Ωστόσο, μια διαφορετική ρύθμιση με την προϋπόθεση ότι το κόστος ήταν εξίσου κατανέμεται μεταξύ των νοικοκυριών και ΕΟΠΥΥ.

Μετά το δεύτερο τρίμηνο του 2012, οι τιμές των φαρμάκων μειώθηκαν ως αποτέλεσμα οριζόντιων μειώσεων της τιμής, της εισαγωγής γενόσημων, και της μείωση των τιμών των εκτός πατέντας φαρμάκων. Κατά την περίοδο Ιανουάριος 2012 - Αύγουστος 2013, οι τιμές φαρμάκων μειώθηκαν κατά 28% κατά μέσο όρο (από € 17,8 ανά πακέτο τον Ιανουάριο- Μάρτιο του 2012 σε € 12,8 ανά πακέτο τον Απρίλιο του Αυγούστου 2013), ενώ οι τιμές των ειδικών θεραπευτικών κατηγοριών μειώθηκαν κατά περισσότερο από 50% κατά την ίδια περίοδο. Μερικά ενδεικτικά παραδείγματα είναι η μέση τιμή ανά κιβώτιο για το αίμα και αιμοποιητικά όργανα, το οποίο μειώθηκε από περίπου 18 € σε 8 € περίπου και η μέση τιμή ανά κιβώτιο για την αντινεοπλασματική, η οποία μειώθηκε από περίπου € 107 έως περίπου € 50 .

Επιπλέον η μέση μηνιαία φαρμακευτική εξοικονόμηση πόρων για τον ΕΟΠΥΥ με βάση τα επίπεδα επιμερισμού του κόστους και οι μειώσεις στις τιμές όπου εκτιμάται σε € 74 ευρώ για την περίοδο Ιανουαρίου-Μαρτίου 2012 έως Ιανουάριο-Μάρτιο του 2013, παρουσιάζοντας μείωση 28,6% (από € 260,2 σε € 185,8). Για την συνολική διάρκεια της μελέτης (Ιανουάριος-Μάρτιος 2012 Απρίλιος-Αύγουστος 2013), η μέση μηνιαία εξοικονόμηση αυτή εκτιμάται σε 90 εκατομμύρια € (35% μείωση). Η μείωση αυτή μπορεί να αποδοθεί στην κατανάλωση του φθηνότερου φαρμάκου (λόγω της

μείωσης των τιμών και την αύξηση του επιμερισμού του κόστους για τους ασθενείς, τα οποία αφορούν το σταθερό ποσό ανά ασθένεια που καταβάλλονται από τον ασθενή) και αλλαγές στις ρυθμίσεις επιμερισμού του κόστους. Τα ετήσια δυνητική εξοικονόμηση εκτιμάται για τον ΕΟΠΥΥ (παρέκταση σε ετήσια βάση τα αποτελέσματα των 8 μηνών περιόδων σπουδών για το 2012 και το 2013) σε € 1,1 δισ, με μεγάλες (> 50%) εξοικονόμησης ενέργειας που επιτυγχάνεται σε φάρμακα για καρδιαγγειακές παθήσεις και το νευρικό ασθένειες του συστήματος .

Επί του παρόντος (2014), για την εξοικονόμηση ΕΟΠΥΥ είναι μικρότερα, επειδή από Απριλίου 2013, η ΕΟΠΥΥ έπρεπε να επιστρέψει το ήμισυ της διαφοράς κόστους μεταξύ της λιανικής τιμής και η τιμή επιστροφής. Αντίθετα, η μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών αυξήθηκε 2012 - 2013 (σε σύγκριση με τους ίδιους μήνες) παρά τις μειώσεις των τιμών . Μια εφικτή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι τα επίπεδα επιμερισμό του κόστους, αυξήθηκαν μετά τον Οκτώβριο του 2012. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δαπάνες των νοικοκυριών εκτιμάται είναι ακόμη υψηλότερο , επειδή οι ασθενείς για να καλύψουν τη διαφορά μεταξύ της λιανική τιμή ενός φαρμάκου και η τιμή επιστροφή δεν περιλαμβάνονται στην ανάλυση. Επίσης, δεν περιλαμβάνονται στις εκτιμήσεις τα φάρμακα που δεν καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ και καλύφθηκαν πλήρως από τα νοικοκυριά (Siskou, et al., 2014).

3.4. Οξείες επιπτώσεις στην υγεία

Η εργασία είναι ένας από τους κυριότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία.

Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού

τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οιοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυμένες υγειονομικές υπηρεσίες. Πρόσφατη έρευνα, σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αντίθετα, η ίδια έρευνα ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες.

Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4–4,5%. Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οιοπνεύματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντως την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, ενώ στην ηλικία >60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση.

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη του Οικονόμου σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως

αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας. Ειδικότερα, φαίνεται ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας. Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται.

Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (ΑΕΠ, επίπεδο απασχόλησης). Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά (Κυριόπουλος & Τσιάντου, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, 2009).

Τα χαρακτηριστικά του προφίλ κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπέρταση, ο διαβήτης, δυσλιπιδαιμία και από την ανθυγιεινή διατροφή επηρεάζει δραματικά τους Έλληνες, ακόμα και από το πρώτο στάδιο της οικονομικής κρίσης. Υπάρχει μια σημαντική αύξηση σε όλες τις αιτίες θνησιμότητας και θανάτου από ισχαιμική καρδιακή νόσο των ανθρώπων που βιώνουν την απώλεια των θέσεων εργασίας.

Τα περιστατικά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου γεγονός ότι αυξήθηκε από το προ κρίσης περίοδο (2003-2007) για την περίοδο της κρίσης (2008-2012).

Υπάρχει μια αύξηση 32% στον αριθμό των τοκετών νεκρών εμβρύων στην Ελλάδα.

Από το 1949, το 2012, η Ελλάδα είχε τον υψηλότερο αριθμό θανάτων 116.670 και από το 1955, ο χαμηλότερος αριθμός των γεννήσεων ζώντων 100.371.

Κατά τα έτη 2011-2012, η αύξηση της θνησιμότητας σε ανθρώπους ηλικίας άνω

των 55 ετών, ίσως ως η πρώτη απόδειξη βραχυπρόθεσμες συνέπειες της λιτότητας στη θνησιμότητα στην Ελλάδα (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

3.4.1. Οι επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου το ήμισυ σχεδόν των εργατών βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας και φυσικά αυξάνει το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους.

Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) .

Η απώλεια εργασίας καταλαμβάνει την 8η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων και ως εκ τούτου, όπως αναφέρει ο Τούντας (2004), σε ότι αφορά στη ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ευεξίας, μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψης και συνεπακόλουθων βίαιων συμπεριφορών διαπιστώθηκαν σε όλες τις μελέτες που συνέκριναν ανέργους με εργαζομένους όλων των ηλικιών και των δύο φύλων. Τα πορίσματα αυτά δικαιολογούνται ακόμη περισσότερο εφόσον, σύμφωνα με τη θεωρία της Βρετανής κοινωνικής ψυχολόγου Jahonda (1982), η απώλεια εργασίας συνεπάγεται εκτός της οικονομικής ανέχειας και άλλες «λανθάνουσες συνέπειες» όπως η απώλεια χρονοοργάνωσης της ημέρας, ανταλλαγής εμπειριών και επαφής, στόχων και επιδιώξεων, ορισμού στοιχείων για την ατομική ταυτότητα, αυτοεκτίμησης και σεβασμού των άλλων.

Πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 931 γυναίκες και 2429 άνδρες το 1995/96 και 1997/99 και κατέγραψε την αναφερόμενη από τους ερωτώμενους κατάσταση υγείας, κάποιες κλινικές παραμέτρους καθώς και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία,

προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που βρίσκονταν σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που παρέμειναν εργασιακά ασφαλείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν αναφερόμενη αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους ανέργους και αυτούς που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας και παραμένουσες αρνητικές επιπτώσεις - ιδιαίτερα ψυχικές διαταραχές - σε αυτούς που τελικά δεν έχασαν την εργασία τους μετά από μια περίοδο κινδύνου απώλειάς της (Κυριόπουλος & Τσιάντου, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, 2009).

3.4.2. Έξαρση μολυσματικών ασθενειών

Είναι γνωστό ότι η φτώχεια μειώνει την διαθεσιμότητα της θεραπείας, ιδιαίτερα σε ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες όπως ανέργους, αστέγους, ναρκομανείς και μετανάστες. Μία σημαντική έξαρση μολύνσεων από τον HIV στους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών, που συμπίπτει με σημαντικές μειώσεις στη χρηματοδότηση των προγραμμάτων ανταλλαγής των συριγγών, όπως έχει παρατηρηθεί.

Η Ελλάδα έχει αποτελέσει κατά τη διάρκεια της κρίσης ένα ευνοϊκό περιβάλλον για επιδημίες. Το 2009, η πανδημία της γρίπης Α (H1N1), το 2010 και το 2011 παρατηρήθηκε μεγάλη έξαρση του Ιού του Δυτικού Νείλου, την περίοδο 2009-2011 το ξέσπασμα της ελονοσίας και το 2011, η μεγάλη επιδημία του HIV μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών.

Πολιομυελίτιδα, φυματίωση, λύσσα, ελονοσία, ηπατίτιδα, ελονοσία, και άλλες ασθένειες που είχαν εξαφανιστεί εδώ και πολλές δεκαετίες από την χώρα μας επανεμφανίστηκαν.

Η ανεπαρκής εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού, ο υποσιτισμός, η κακή υγιεινή συμβάλλουν στις ασθένειες με κίνδυνο επιδημιών. Περίπου 39,9% των ενηλίκων απέχει από τον εμβολιασμό λόγω του κόστους του εμβολίου, και 14,9% των γονέων παρέχουν ανεπαρκή κάλυψη εμβολιασμού για τα παιδιά τους, ενώ το 7,6%

από αυτούς δεν είναι ασφαλισμένοι πλέον. Λόγω των περικοπών των δαπανών για την υγεία, την έλλειψη βασικών και προηγμένων χειρουργικών προμηθειών (μέσα λαπαροσκοπικής, αιμοστατικών παραγόντων), λιγότερου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την αύξηση της ζήτησης το δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι σε θέση να στηρίξει τις τρέχουσες ανάγκες.

Υπήρξε αύξηση στον αριθμό των ατόμων που απευθύνονται σε κέντρα υποδοχής και αλληλεγγύης, προκειμένου να ικανοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες (τροφή, προσωρινή στέγαση, φάρμακα και ιατρική φροντίδα).

Ο αριθμός των ατόμων που απευθύνονται σε κέντρα εστίασης που παρέχονται από την εκκλησία έχει πολλαπλασιαστεί, κυρίως λόγω τον αριθμό των Ελλήνων που καταφεύγουν σε αυτή τη λύση. Γεύματα που προσφέρονται ημερησίως έχουν διπλασιαστεί από 5.000 σε 10.000, και αυτός ο αριθμός αναφέρεται μόνο στην περιοχή της Αθήνας.

Επιπλέον, υπάρχουν οι κλινικές τεχνητών γονιμοποιήσεων στην Ελλάδα όπου οι γυναίκες σε ρόλο αναπαραγωγικής μηχανής πωλούν τα ωάρια τους και επιπλέον περιπτώσεις όπου άνθρωποι πουλάνε το νεφρό τους, σημάδια της ανθρωπιστικής κρίσης (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

3.5. Αντίκτυπο στην πνευματική-ψυχική υγεία

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Η εργασία σε σημαντικό βαθμό συντελεί στο προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού του σύγχρονου ανθρώπου. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η κατάρρευση που αντιμετωπίζει. Η εργασία και η κοινωνική αυτοπεποίθηση που συνδέεται με αυτήν, επηρεάζει τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ακόμα και αν είναι οι φίλοι, οι συγγενείς, ο σύντροφός, το παιδί. Έντονη άλλωστε

είναι η αίσθηση των ανέργων για προσωπική ανεπάρκεια και αδυναμία (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Μία ενδελεχή μελέτη της βιβλιογραφίας από τους Paul και Moser σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Επιπλέον, σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κλπ. Η μελέτη, η πρόληψη αλλά και η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία απαιτούν τη μελέτη σημαντικών στοιχείων που διαφοροποιούν τις συνέπειες της κρίσης (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Ο στιγματισμός και η ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες από ότι για τις γυναίκες, ίσως και λόγω των εναλλακτικών κοινωνικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν (ανατροφή παιδιών, νοικοκυριό).

Η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση επίσης παίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα χαμηλότερου οικονομικού status να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και μεγαλύτερη δυσκολία διαχείρισής της, κάτι που επηρεάζει και τη ψυχική διάθεση των ατόμων αυτών. Ακόμα, και οι οικονομικοί μετανάστες πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την οικονομική κρίση με κίνδυνο να εμφανίσουν ζητήματα αναφορικά με την υγεία τους.

Επίσης, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Παράγοντες όπως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια,

η ελλιπής εκπαίδευση, η φτώχεια, φαίνεται να συντελούν ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Η οικογενειακή κατάσταση είναι παράγοντας καθοριστικός για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του. Επίσης μελέτες δείχνουν ότι και η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα μέσης ηλικίας να υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία, χωρίς ωστόσο να λείπουν και τα ερευνητικά δεδομένα όπου το γεγονός της ανεργίας μετά τις σπουδές οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Οι «ευαίσθητοι» εργαζόμενοι ή τα άτομα που νοσούν ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα ανήκουν και αυτοί στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σαφώς περισσότερο από την οικονομική κρίση. Η εργασιακή ανασφάλεια, στην περίπτωση τους, καθώς και το στρες που αυτή επιφέρει, λειτουργούν ιδιαιτέρως ψυχοπιεστικά, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του ατόμου. Επιπλέον, μεσούσης της οικονομικής κρίσης και οι εργοδότες γίνονται λιγότερο «ανεκτικοί», εντοπίζουν τους «αδύναμους κρίκους» και τους απολύουν γρηγορότερα. Ένας φαύλος κύκλος δημιουργείται λοιπόν με αυτόν τον τρόπο, όπου η ψυχική ασθένεια οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στη φτώχεια, αλλά όπου και η ανεργία οδηγεί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στα παιδιά. Πρώιμες αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον. Η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται επίσης με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών. Η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στο βρέφος, με

αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α, έχει αρνητική επίδραση στη νοητική ανάπτυξη, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), ενώ η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει τη διαδικασία της μυελίνωσης. Οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας, όσον αφορά τη ψυχική υγεία, φαίνεται να είναι μεγαλύτερες σε χώρες με αδύναμο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση διανομή εισοδήματος καθώς και με συστήματα ελλιπούς προστασίας των ανέργων. Επίσης, οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας παρουσιάζονται πιο έντονα σε μακροχρόνια ανέργους (≥6 μήνες), σε σχέση με την ολιγόμηνη ανεργία (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Η ψυχική υγεία είναι ο πιο ευαίσθητος τομέας της υγείας, καθώς και τα αποδεικτικά στοιχεία και οι μελέτες δείχνουν σημαντικές συνέπειες σε όλη την ελληνική κοινωνία, αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας. Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια το 2008, βρέθηκαν να είναι 6,8% 1 έτος μετά. Οι Έλληνες νεαροί και ενήλικες είχαν σημαντικά υψηλότερο στρες, επίσης χαμηλότερη ελπίδα για το μέλλον και πιο διαδεδομένα τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

Κατά το πρώτο εξάμηνο του 2010, υπήρξε μια αύξηση στον αριθμό των κλήσεων στην τηλεφωνική γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη από τα άτομα που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα ότι πλήττονται από την οικονομική κρίση. Αυτά τα άτομα είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν κατάθλιψη. Το στρες βρέθηκε να επιβαρύνει κυρίως τους απασχολούμενους πληθυσμούς, πιθανώς λόγω της έλλειψης ασφάλειας και η αβεβαιότητα της καθημερινότητας (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

Οι τάσεις στην αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας (self-rated SRH) στην Ελλάδα επιδεινώθηκαν λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι νοικοκυρές και τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες

ασθένειες ήταν αυτοί που είχαν την χαμηλότερη βαθμολογία. Την υψηλότερη πιθανότητα να αναφέρουν καλύτερο σκορ είχαν τα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση, οι άνδρες και τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

3.6. Αυτοκτονίες

Οι αυτοκτονίες είναι το νούμερο ένα της ψυχικής υγείας, και επιπλέον όσο περνάει ο καιρός τα μέσα ενημέρωσης αναφέρουν όλο και περισσότερες αυτοκτονίες που γίνονται στην Ελλάδα, που συνδέονται με την οικονομική κρίση. Στοιχεία από 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006 στον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστείλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις, επίσης η αύξηση της ανεργίας είναι συνδεδεμένη με σημαντική βραχυπρόθεσμη αύξηση των πρόωρων θανάτων από εκ προθέσεως βία.

Επομένως για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%) στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Τα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ των ετών 2009 και 2002 σε σχέση με 2009 αυξήθηκε στις ακόλουθες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας: Κρήτη (4,76 έναντι 3,65), η Θράκη (4,45 έναντι 2,02), Κεντρική Ελλάδα (3,61 έναντι 1,39) και τα νησιά του Αιγαίου (3,03 έναντι 1,28) . Μια έρευνα επισήμανε ότι υπήρξε μια αύξηση κατά 36% των ατόμων που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν το 2011 σε σύγκριση με το 2009 (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

3.6.1. Θνησιμότητα

Η οικονομική κρίση οδηγεί λοιπόν σε μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, σχετιζόμενο πάντα με τους δείκτες αύξησης της ανεργίας. Όμως και τα γενικότερα ποσοστά θνησιμότητας του πληθυσμού φαίνεται να επηρεάζονται από τις οξύτερες οικονομικές δυσκολίες. Μία μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης εμφάνισε την άμεση σχέση των οικονομικών κρίσεων με την αύξηση των γενικών δεικτών θνησιμότητας.

Παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αύξηση της θνησιμότητας λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών. Επίσης, αύξηση της θνησιμότητας των βρεφών παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων σε όλες τις μελέτες. Μοναδική μείωση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω του περιορισμού των μετακινήσεων (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

3.6.2. Επιπτώσεις στο υγειονομικό σύστημα

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές – ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές.

Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Λόγω των περικοπών των δαπανών για την υγεία, την έλλειψη βασικών και προηγμένων χειρουργικών προμηθειών (μέσα λαπαροσκοπική, αιμοστατικών παραγόντων), λιγότερου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την αύξηση του δημόσιου συστήματος υγείας δεν είναι σε θέση να στηρίξει τις τρέχουσες ανάγκες.

Υπήρξε μια αύξηση στον αριθμό των ατόμων που απευθύνονται στην υποδοχή και κέντρα αλληλεγγύης, προκειμένου να ικανοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες (τροφή, προσωρινή στέγαση, φάρμακα και ιατρική φροντίδα).

Ο αριθμός των ατόμων που απευθύνονται σε κέντρα εστίασης που παρέχονται από την εκκλησία έχει πολλαπλασιαστεί, κυρίως λόγω τον αριθμό των Ελλήνων που καταφεύγουν σε αυτή τη λύση. Γεύματα που προσφέρονται ημερησίως έχουν διπλασιαστεί και φτάνουν τα 5.000 έως 10.000, ένας αριθμός που αναφέρεται μόνο στην περιοχή της Αθήνας.

Επιπλέον, υπάρχουν οι κλινικές εργαστηριακών γονιμοποιήσεων στην Ελλάδα, όπου οι γυναίκες σε ρόλο αναπαραγωγικής μηχανής πωλούν τα ωάρια τους και επιπλέον σε περιπτώσεις, όπου οι άνθρωποι πουλάνε το νεφρό τους είναι σημάδια ανθρωπιστικής κρίσης (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

3.7. Οικονομικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει όπως τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των ιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, τη μη ανταποκρισιμότητα, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας.

Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το πολύ υψηλό εθνικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία γεγονός που υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς για το ΕΣΥ, προϋπολογισμοί που αναγκαστικά θα διατεθούν για τη μικροδιαχείριση σε βάρος του σχεδιασμού για ένα καλύτερο σύστημα υγείας.

Οι περικοπές της τάξεως του 1 δις. ευρώ από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων θα δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση γιατί θα κληθούν να αντιμετωπίσουν ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση, εφόσον η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος.

Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, εικοσιπέντε και πλέον χρόνια από τη συγκρότηση του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας – και ιδίως της εθνικής – οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του.

Υποστηρίζεται όμως ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μιας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Καραϊσκού, Μαλλιαρού, & Σαράφης, 2012).

Μέχρι το τέταρτο τρίμηνο του 2011, σε ασθενή νοσοκομειακή περίθαλψη του ΕΣΥ

στην Ελλάδα επεστράφη μέσω αναδρομικών συστημάτων ημερησίων. Στο τέταρτο τρίμηνο του 2011, η Ελλάδα εξέδωσε Διάγνωση Σχετικών Ομάδων βασισμένη στο σύστημα αποδόσεων. Με αυτό το σύστημα, η κατάταξη ενός ασθενούς εγκρίθηκε από το εξωτερικό και τελειοποιήθηκε στην Ελλάδα με εθνικά στοιχεία. Κατάργηση των δαπανών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα ήταν το 2009: 28,0%, 2010:28,8% και το 2011:30,5%. Υπάρχει μια πιθανότητα ότι οι χρόνιοι πάσχοντες με χαμηλό ή χωρίς οικογενειακό εισόδημα είναι πιθανό να οδηγήσουν σε καταστροφικές δαπάνες υγείας και επιπλέον στην εξαθλίωση. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν από 7,1% του ΑΕΠ το 2010, 5,8% το 2012 και προβλέπεται να φθάσει στο 5,3% το 2013 πολύ κάτω από το μέσο όρο 6,3% του ΑΕΠ για τις χώρες της ΕΕ. Η μείωση οφείλεται κυρίως στη μείωση μισθών, παράλογες δαπάνες σχετικά με τις προμήθειες στα δημόσια νοσοκομεία και το χαμηλότερο κόστος επιστροφής για τα φαρμακευτικά προϊόντα από το ταμείο δημόσιας υγείας. Λόγω της μείωσης του εισοδήματος των νοικοκυριών, οι ασθενείς γυρίζουν από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα.

Τα δεδομένα για την χρήση των υπηρεσιών υγείας, κατά την περίοδο 2009-2011, παρουσίασαν αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και πτώση των εισαγωγών σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Παρά το γεγονός αυτό, η ανησυχία αυξάνεται στην Ελλάδα, επειδή η αύξηση στα ποσά που πληρώνουν οι ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία είναι από 3 ευρώ έως 5 ευρώ και θα μπορούσε να μειώσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες ζωτικής σημασίας. Οι περικοπές δαπανών και οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις στον τομέα της φροντίδας υγείας αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των ελληνικών νοσοκομείων του ΕΣΥ για τα έτη 2009-2011.

Η δημόσια δαπάνη του φαρμάκου μειώθηκε από 5,09 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009, σε 4,25 δισεκατομμύρια ευρώ το 2010 και 4,10 δισεκατομμύρια ευρώ το 2011, ως αποτέλεσμα των μέτρων πολιτικής (μείωση των τιμών, επαναφορά του θετικού καταλόγου, μεταβολές στα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων και των χονδρεμπόρων, και προσφορές για τα νοσοκομειακά φάρμακα). Παρ' όλα τα παραπάνω, η τέταρτη αναθεώρηση των στιγμιότυπων του ΔΝΤ είναι ότι οι δημόσιες

δαπάνες είχαν υπερβάσεις (Φανουργιάκης & Κανουπάκης, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.

Μετά την εφαρμογή όλων των μέτρων που ως στόχο είχαν την μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία σύμφωνα με τα δεδομένα της Eurostat οι συνολικές δαπάνες υγείας έχουν μειωθεί από το 2010 έως και το 2013, Πίνακας 1.

Αυτό συνέβαλλε στην επίτευξη των μακροοικονομικών στόχων που απέρρεαν από τα μνημόνια και εξασφάλισε την ομαλή ροή χρηματοδότησης προς την χώρα μας.

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας επίσης μειώθηκαν από το 2010 έως το 2014.

Όμως σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, κατά την ίδια περίοδο οι Έλληνες αναφέρουν αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών τους για ιατρικές εξετάσεις εξαιτίας της τιμής των ιατρικών εξετάσεων. Πίνακας 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.

Από ηθική σκοπιά η υγεία είναι το πιο πολύτιμο αγαθό για τον άνθρωπο και προκειμένου να διατηρηθεί ή να αποκτηθεί το άριστο επίπεδο υγείας θα πρέπει να κάνουμε το στιδήςποτε. Από την οικονομική σκοπιά η υγεία είναι πολύ ακριβή και συχνά υπάρχει διαμάχη για την διάθεση των σπάνιων πόρων τόσο μέσα στον υγειονομικό τομέα, όσο ανάμεσα στην υγεία και στα άλλα αγαθά, (Zweifel P, Breyer F, Kifmann M. , 2009).

Οι Ελληνικές κυβερνήσεις την περίοδο 2010-2014 υιοθέτησαν πολιτικές αυστηρής οικονομικής λιτότητας σε όλο τον Ελληνικό δημόσιο τομέα, ακόμα και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας. Αυτή η οικονομική πολιτική εφαρμόστηκε προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που απέρρεαν από τα μνημόνια συμφωνίας.

Μια σειρά από ταχύτατες πολιτικές μεταρρυθμίσεις στον ελληνικό δημόσιο τομέα, είχαν ως αποτέλεσμα ένα τεράστιο ποσοστό ανεργίας, ένα αυξανόμενο αριθμό ανασφάλιστων και ένα μειούμενο οικογενειακό εισόδημα

Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα, το Ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας θα έπρεπε να λειτουργεί με λιγότερα χρήματα. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό στον τομέα της υγείας εφαρμόστηκαν πολιτικές που μείωναν την προσφορά του αγαθού υγεία αλλά και αύξησης της ίδιας δαπάνης των ασθενών (out of pocket expenditures) που ενδεχομένως να οδήγησαν ή να οδηγήσουν κυρίως ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες σε καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, (Karanikolos M, 2013)

Η οριζόντια μείωση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων και κλινικών, οι μειώσεις των μισθών των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, η αναστολή κάθε είδους προσλήψεων, έχουν δημιουργήσει προβλήματα υποστελέχωσης, επαγγελματικής εξουθένωσης, ελλείψεων σε φάρμακα και αναλώσιμα. (Νιάκας Δ, 2014)

Με την εφαρμογή όλων αυτών των πολιτικών, όλα τα στοιχεία δείχνουν ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι αναμφισβήτητα, τουλάχιστον σε κρίση. Άλλοι

υποστηρίζουν ότι έχουμε ένα σύστημα υγείας σε κατάσταση σοκ και άλλοι βλέπουν, περισσότερο από ποτέ σημάδια της ανθρωπιστικής κρίσης.

Και δεν είναι μόνο αυτό. Πολλά μέτρα, λόγω των μνημονίων, έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη διαθεσιμότητα των πόρων του συστήματος υγείας και μια θετική επίδραση στη ζήτηση για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Οι άνεργοι, οι μετανάστες, οι επισφαλείς εργαζόμενοι και οι περικοπές μισθών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των εισοδημάτων και, αναπόφευκτα, οι ασθενείς αναζητούν φροντίδα υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Ένα ήδη υπερφορτωμένο δημόσιο σύστημα υγείας δέχεται περισσότερη πίεση.

Η Ελλάδα δεν φαίνεται να αντιδρά αποτελεσματικά, προκειμένου να προστατεύσει τους πολίτες της.

Λόγω των περικοπών σε μισθούς, οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία έχουν μειωθεί και οδηγούνται σε μεγαλύτερα ελλείμματα.

Στόχος της εφαρμοζόμενης πολιτικής με το πλήθος των διαρθρωτικών αλλαγών ήταν η μείωση των δημόσιων δαπανών, η πιο αποτελεσματική λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας.

Λόγω της έλλειψης αξιολόγησης και ανάλυσης, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι επιπτώσεις των μέτρων στην απόδοση του Ελληνικού συστήματος υγείας.

Η επιδείνωση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος οδηγεί σε ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Οι πρώτες επιπτώσεις στην υγεία των Ελλήνων και στο Ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας έχουν εμφανιστεί αλλά απαιτείται χρόνος για να εκτιμηθεί πλήρως.

Χωρίς σαφείς προτεραιότητες, χωρίς καλές πληροφορίες σχετικά με την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των διαφόρων υπηρεσιών και στρατηγικών και χωρίς την κατάλληλη μέριμνα στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, τους φτωχούς, τους άνεργους, τους χρόνιους πάσχοντες τα αποτελέσματα δεν θα είναι ευχάριστα.

Η Ελλάδα ως μέλος της Ευρωζώνης δεν έχει τη δυνατότητα της νομισματικής πολιτικής, το πολιτικό προσωπικό γνωρίζει ότι οι Έλληνες δεν μπορούν να πληρώσουν

τους τρέχοντες φόρους και όλοι συνειδητοποιούν ότι το μέλλον θα φέρει νέους φόρους και οικονομικά μέτρα.

Η αντίδραση των Ελλήνων φαίνεται να είναι απρόβλεπτες για τυχόν πρόσθετα οριζόντια μέτρα.

Μεγάλη ευθύνη έχουν όμως όχι μόνο οι ελληνικές κυβερνήσεις που οδήγησαν την χώρα και τους πολίτες της σε αυτή την κατάσταση, αλλά και οι ψηφοφόροι καθώς με την ψήφου τους συναίνεσαν στις πολιτικές αποφάσεις των ηγετών τους.

Όλα αυτά τα χρόνια που θα έπρεπε να παρθούν κρίσιμες αποφάσεις για το έθνος αναβλήθηκαν, πολλοί άνθρωποι κατέλαβαν σημαντικές κυβερνητικές θέσεις χωρίς τα κατάλληλα προσόντα και τα πολιτικά κόμματα πάντα φρόντιζαν τα συμφέροντα τους και όχι όφελος της χώρας.

Η Ελλάδα ήταν ένα έθνος που οι πολίτες ζούσαν με την ψευδαίσθηση ότι υπήρχαν πολλά χρήματα, μια ψευδαίσθηση που σκόπιμα διατηρούταν ζωντανή από τις τράπεζες και τις κυβερνήσεις.

Η χώρα, μετά από περισσότερα από πέντε χρόνια σε βαθιά κρίση φαίνεται τώρα αδύναμη, ανέτοιμη να απαντήσει στην οικονομική και κοινωνική κρίση, χωρίς οποιοδήποτε κοινωνικό δίκτυο προστασίας για τους πολίτες, ακόμα και για τις ευπαθείς ομάδες, τους χρόνιους πάσχοντες, χωρίς ελάχιστο εγγυημένο εθνικό εισόδημα και με τα ποσοστά της ανεργίας πιθανόν ανεξέλεγκτα.

Οι Έλληνες μοιάζουν να περιμένουν τον «από μηχανής θεό» στη σύγχρονη τραγωδία τους

Πολύ πριν την οικονομική κρίση και για πάνω από 30 χρόνια το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν σε μια κατάσταση συνεχούς κριτικής για το χαμηλό επίπεδο δαπανών για τις δημόσιες δαπάνες και το χαμηλό επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας έχει να αντιμετωπίσει την αυξανόμενη ζήτηση με λιγότερους πόρους.

Όλα τα μέτρα λιτότητας έχουν σαν τελικό αποτέλεσμα την αύξηση των ίδιων δαπανών των Ελλήνων. Είναι βέβαιο ότι πολλές ευάλωτες ομάδες αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε ότι αφορά την υγειονομική περίθαλψη ή ακόμα δεν έχουν πρόσβαση σε

οποιαδήποτε υπηρεσία της υγείας.

Μελέτες αποκαλύπτουν μια σύγχρονη Ελληνική τραγωδία, μεγάλες κοινωνικές ομάδες είναι αντιμέτωπες με μια τρομερή κοινωνική ανατροπή που μόνο σε καιρό πολέμου είχε βιώσει.

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι η αποστολή των δημόσιων φορέων κοινωνικής ασφάλισης θα πρέπει να συμπληρωθεί από ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης, (Grigorakis Nikolaos; Floros Christos; Tsangari Haritini; Tsoukatos Evangelos).

Εν μέσω κρίσης πολλοί είναι αυτοί που βλέπουν και ένα παράθυρο ευκαιριών για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων που από καιρό είχαν προταθεί, (Sissouras, 2014).

Από το 2010, η υγεία των Ελλήνων και το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι ένα καυτό θέμα και είναι στην κορυφή της πολιτικής ατζέντας.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδος η υγεία είναι κοινωνικό δικαίωμα και εκείνοι που έχουν την ευθύνη θα πρέπει να αναπτύξουν ένα στρατηγικό σχέδιο σε εθνικό επίπεδο, προκειμένου να την εξασφαλίσουν.

Το πρώτο βήμα είναι να αναγνωριστεί το πρόβλημα να το καθορίζουν, να το μετρήσουν και στη συνέχεια μέσω μιας στρατηγικής προσέγγισης να βρουν τρόπους αντιμετώπισης.

Κεντρική έμφαση θα πρέπει να δοθεί στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες με θέσπιση μέτρων όπως: η ανάπτυξη ενός δικτύου κοινωνικής προστασίας με ένα ελάχιστο εγγυημένο εθνικό εισόδημα και δωρεάν χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Τα προβλήματα ζητούν ένα διαφορετικό πολιτικό πολιτισμό και μια πιο ανθρωπιστική προσέγγιση.

Σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ για την Υγεία 2020, η πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, πρέπει να αποτελέσει πρωτεύοντα στόχο στις νέες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Η επένδυση στην υγεία είναι προς όφελος της οικονομίας.

Σήμερα και ενώ η χώρα μας διανύει τον έκτο χρόνο εφαρμογής αυστηρής δημόσιας οικονομικής πολιτικής απαιτείται ισχυρή πολιτική βούληση, σωστός σχεδιασμός και ευρύτερες κοινωνικές συναινέσεις προκειμένου το δημόσιο σύστημα υγείας να

ανταποκριθεί στην αποστολή του.

Πίνακας 1. Συνολικές δαπάνες υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ

Τελευταία Ενημέρωση 11.05.15

Πηγή δεδομένων Eurostat

ΧΩΡΑ/ΕΤΟΣ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΒΕΛΓΙΟ	9,65	9,68	9,65	9,58	9,62	9,94	10,65	10,56	10,61	10,89
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	7,37	7,13	7,12	6,76	6,50	6,60	7,06	7,54	7,66	:
ΤΣΕΧΙΑ	6,85	6,68	6,69	6,49	6,31	6,65	7,63	7,24	7,36	7,42
ΔΑΝΙΑ	9,13	9,25	9,33	9,45	9,56	9,77	11,04	10,68	10,47	10,59
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,50	10,27	10,40	10,26	10,12	10,33	11,33	11,15	10,87	10,89
ΕΣΤΟΝΙΑ	4,88	5,10	4,99	4,97	5,08	5,81	6,65	6,27	5,75	5,81
ΕΛΛΑΔΑ	:	:	:	:	:	:	10,03	9,34	9,67	9,16
ΙΣΠΑΝΙΑ	7,89	7,98	8,03	8,09	8,17	8,63	9,33	9,41	9,27	9,16
ΓΑΛΛΙΑ	10,35	10,46	10,50	10,41	10,35	10,48	11,17	11,13	11,07	11,16
ΚΡΟΑΤΙΑ	:	:	:	:	:	:	:	:	7,08	7,04
ΚΥΠΡΟΣ	6,22	5,98	5,98	6,03	5,89	6,67	7,17	7,09	7,27	7,26
ΛΕΤΟΝΙΑ	:	6,52	6,22	6,20	6,22	5,99	6,23	5,97	:	:
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	:	5,50	5,65	5,83	5,82	6,34	7,43	6,89	6,56	6,37
ΛΟΥΞΕΒΟΥΡΓΟ	7,07	7,48	7,13	6,69	6,18	6,67	7,63	7,19	6,94	6,77
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	8,29	7,93	8,19	8,00	7,42	7,28	7,57	7,83	7,80	7,73
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	8,98	9,09	10,09	9,97	9,96	10,20	11,01	11,20	11,22	11,77
ΑΥΣΤΡΙΑ	9,80	9,91	9,87	9,74	9,74	9,95	10,54	10,48	10,24	10,41
ΠΟΛΩΝΙΑ	5,98	5,92	5,85	5,85	5,93	6,43	6,72	6,55	6,39	6,33
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	9,17	9,49	9,79	9,39	9,35	9,65	10,24	10,15	9,66	:
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	5,22	5,42	5,49	5,04	5,14	5,27	5,59	5,82	5,51	5,46
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	8,11	7,96	7,96	7,79	7,49	7,88	8,59	8,58	8,55	:
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	:	:	6,75	7,02	7,38	7,63	8,61	8,48	7,60	:
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	7,77	7,85	8,05	7,91	7,63	7,89	8,68	8,56	8,53	8,66
ΕΛΒΕΤΙΑ	8,91	8,72	8,70	8,60	8,54	8,80	9,48	8,97	8,96	9,07
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	10,38	9,88	9,44	9,13	9,09	9,13	9,64	9,29	9,05	9,04
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	9,38	8,97	8,46	8,04	8,20	8,11	9,25	9,07	8,94	9,03
ΕΛΒΕΤΙΑ	10,93	10,96	10,86	10,39	10,21	10,29	11,00	10,91	11,05	11,43
ΚΑΝΑΔΑ	9,09	9,14	9,10	9,23	9,33	9,49	10,56	10,51	10,38	:
Η.Π.Α.	14,49	14,57	14,58	14,69	14,91	15,33	16,35	16,38	16,32	16,21
ΙΑΠΩΝΙΑ	7,76	7,81	8,00	8,05	8,10	8,52	9,42	9,50	9,99	:
ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ	4,91	4,97	5,35	5,78	6,02	6,25	6,84	6,97	7,09	7,28
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	7,90	8,11	7,98	7,98	8,06	8,27	8,62	8,46	8,55	:
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	:	7,97	8,34	8,74	8,45	9,25	9,84	9,95	10,00	:

Πίνακας 2. Συνολικές κατά κεφαλή δαπάνες υγείας Ελλάδα εε

Τελευταία ενημέρωση 11.05.15

Πηγή δεδομένων Eurostat

ΧΩΡΑ/ΕΤΟΣ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ΒΕΛΓΙΟ	2.572,64	2.710,77	2.802,35	2.906,05	3.053,31	3.228,63	3.375,53	3.465,28
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	172,51	186,32	213,42	231,72	263,94	311,27	330,51	366,03
ΤΣΕΧΙΑ	567,49	601,44	685,90	751,10	811,41	991,85	1.040,04	1.037,80
ΔΑΝΙΑ	3.197,82	3.377,97	3.575,35	3.809,98	3.995,41	4.196,78	4.479,28	4.558,45
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	2.732,91	2.731,05	2.803,32	2.879,70	2.985,23	3.107,39	3.279,05	3.401,46
ΕΣΤΟΝΙΑ	309,39	361,86	410,75	492,37	608,32	704,19	695,76	675,51
ΕΛΛΑΔΑ	:	:	:	:	:	:	2.071,91	1.855,66
ΙΣΠΑΝΙΑ	1.477,75	1.577,08	1.685,71	1.811,88	1.922,44	2.055,07	2.112,81	2.116,99
ΓΑΛΛΙΑ	2.657,72	2.780,47	2.873,61	2.960,32	3.067,62	3.166,40	3.272,51	3.333,57
ΚΡΟΑΤΙΑ	:	:	:	:	:	:	:	:
ΚΥΠΡΟΣ	1.015,79	1.041,51	1.109,07	1.188,44	1.235,44	1.474,64	1.516,01	1.507,44
ΛΕΤΟΝΙΑ	:	319,41	357,56	444,57	592,27	625,07	533,46	508,00
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	:	295,43	353,17	427,29	514,55	639,90	622,28	608,02
ΛΟΥΞΕΒΟΥΡΓΟ	4.072,27	4.510,93	4.677,62	4.835,79	4.867,45	5.152,55	5.499,34	5.626,27
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	603,94	643,26	720,29	711,12	732,94	764,52	689,86	752,68
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	2.646,28	2.746,08	3.177,44	3.297,57	3.482,45	3.697,97	3.827,89	3.964,66
ΑΥΣΤΡΙΑ	2.720,79	2.855,34	2.950,48	3.055,28	3.223,38	3.385,20	3.491,56	3.579,54
ΠΟΛΩΝΙΑ	299,96	316,74	374,54	417,45	483,50	612,30	547,67	608,49
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	1.258,25	1.350,90	1.438,64	1.435,95	1.502,29	1.572,50	1.632,84	1.660,13
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	126,93	153,73	204,81	231,92	303,38	356,81	323,35	356,49
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	1.049,51	1.084,65	1.143,88	1.205,78	1.283,71	1.451,67	1.492,29	1.486,31
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	:	:	483,21	581,44	752,36	914,02	1.004,14	1.036,79
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	2.171,29	2.290,23	2.419,32	2.496,19	2.601,34	2.764,65	2.809,38	2.857,20
ΣΟΥΗΔΙΑ	2.780,05	2.831,95	2.880,25	3.022,69	3.167,12	3.193,45	2.994,53	3.360,14
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	3.494,98	3.629,80	4.217,33	4.053,56	4.412,33	2.980,25	2.617,35	2.775,54
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	4.098,26	4.105,33	4.492,25	4.696,50	5.042,04	5.327,50	5.261,02	5.934,84
ΕΛΒΕΤΙΑ	4.428,00	4.486,65	4.533,05	4.498,06	4.476,43	4.847,06	5.243,76	5.815,24
ΚΑΝΑΔΑ	2.259,26	2.345,16	2.640,27	2.959,34	3.023,03	3.007,22	3.096,57	3.749,57
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	5.082,78	4.910,05	5.192,24	5.433,37	5.229,04	5.046,87	5.510,85	5.973,57
ΙΑΠΩΝΙΑ	2.315,87	2.291,74	2.304,24	2.184,94	2.017,37	2.193,86	2.670,27	3.079,71
ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ	584,47	600,92	755,21	905,20	948,60	816,14	835,31	1.080,93
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1.985,84	2.219,79	2.417,81	2.546,74	2.789,47	2.811,96	2.907,56	3.745,21
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	:	1.594,97	1.846,50	1.832,83	1.974,09	1.937,28	1.961,73	2.468,56

Πίνακας 3: Αυτοαναφερόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις.
Τελευταία ενημέρωση 26.03.15,
Πηγή δεδομένων Eurostat

ΧΩΡΑ/ΕΤΟΣ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ (28 ΧΩΡΕΣ)	:	:	:	:	:	:	4,1	4,8	4,5	4,9
ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ (27 ΧΩΡΕΣ)	:	7,6	5,9	5,4	4,5	4,2	4,1	4,8	4,5	4,9
ΒΕΛΓΙΟ	4,0	2,4	1,6	1,4	1,4	1,4	1,1	4,1	4,8	5,2
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	:	:	32,8	33,4	25,0	18,8	18,0	18,3	14,3	17,7
ΤΣΕΧΙΑ	:	0,6	0,6	0,4	0,8	0,9	0,7	1,0	0,9	1,0
ΔΑΝΙΑ	0,4	0,1	0,1	0,3	:	0,4	0,6	0,3	0,4	0,3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	:	15,7	8,3	6,2	4,6	4,0	3,1	3,3	2,2	1,8
ΕΣΤΟΝΙΑ	9,6	8,1	8,2	4,2	2,5	1,8	2,0	2,5	2,8	2,6
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1,0	1,1	1,3	3,3	0,9	1,0	1,6	1,8	2,9	2,1
ΕΛΛΑΔΑ	6,0	6,3	6,5	9,0	7,0	8,4	7,8	10,1	11,0	13,9
ΙΣΠΑΝΙΑ	1,2	1,0	0,4	0,0	0,2	0,5	0,6	0,7	0,9	1,2
ΓΑΛΛΙΑ	3,4	3,5	3,9	3,2	4,0	4,1	4,7	4,9	4,8	5,2
ΚΡΟΑΤΙΑ	:	:	:	:	:	:	6,3	5,2	2,9	3,9
ΙΤΑΛΙΑ	7,1	7,9	7,0	7,0	8,7	8,3	7,1	11,1	10,5	13,1
ΚΥΠΡΟΣ	:	5,8	6,2	8,7	5,2	4,8	6,2	6,3	5,9	6,6
ΛΕΤΟΝΙΑ	:	27,7	26,3	18,5	16,8	17,1	25,9	26,1	20,9	23,5
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	:	7,5	9,4	4,6	3,8	1,6	1,9	1,6	1,1	1,4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟΥ	1,2	0,5	0,6	1,0	1,4	1,4	1,7	1,4	1,9	2,4
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	:	5,3	2,9	4,1	5,6	3,6	2,9	5,7	5,9	5,9
ΜΑΛΤΑ	:	1,3	3,2	1,4	1,1	2,3	2,0	1,7	1,7	1,2
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	:	0,3	0,3	0,2	0,0	0,1	0,5	0,2	0,2	0,2
ΑΥΣΤΡΙΑ	0,7	0,7	0,8	0,9	1,1	1,0	1,5	0,9	0,7	0,8
ΠΟΛΩΝΙΑ	:	11,7	10,2	7,5	5,2	5,6	6,9	6,1	6,2	6,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	8,1	8,7	7,2	17,9	2,2	6,1	3,6	2,2	4,9	4,2
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	:	:	:	19,3	15,5	12,1	14,1	14,1	13,3	13,2
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	:	0,5	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	:
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	:	4,9	5,1	2,8	1,2	1,8	2,3	2,0	2,7	2,1
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	2,3	4,1	2,3	0,7	1,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,4
ΣΟΥΗΔΙΑ	1,6	0,9	1,9	0,8	1,8	1,2	1,1	1,1	1,4	1,4
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	:	0,2	0,1	0,0	:	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	3,8	3,2	1,1	3,0	2,4	3,7	4,8	6,8	6,7	5,9
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	0,7	1,2	0,9	1,1	0,4	0,7	1,3	0,6	1,4	1,0
ΕΛΒΕΤΙΑ	:	:	:	1,4	2,0	1,9	2,5	1,7	1,9	2,7
ΜΑΥΡΟΒΟΥΝΙΟ	:	:	:	:	:	:	:	:	:	13,3
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΣΚΟΠΙΩΝ	:	:	:	:	:	:	20,2	:	12,7	:
ΣΕΡΒΙΑ	:	:	:	:	:	:	:	:	:	12,7
ΤΟΥΡΚΙΑ	:	:	35,9	28,2	11,9	13,5	:	:	:	:

Βιβλιογραφία

- Siskou, O. C., Kaitelidou, D. C., Litsa, P. S., Georgiadou, G. S., Alexopoulou, H. A., Paterakis, P. G., και συν. (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*, σσ. 107-114.
- Αντωνοπούλου Λίλα. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, σσ. 109-120.
- Ελευθερίου, Γ. (2013, Αύγουστος 10). *ΠΕΑ*. Ανάκτηση 2 20, 2016, από http://www.retina.gr/news_item/%CE%B5%CF%83%CE%B4%CF%85-%CF%83%CF%87%CE%B5%CE%B4%CF%8C%CE%BD-%CF%84%CE%BF-40-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CF%80%CE%BB%CE%B7%CE%B8%CF%85%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%8D-%CF%80%CE%AC%CF%83%CF%87%CE%B5%CE%B9-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%BA%CE%AC%CF%
- Ζώχιου, Σ. Ι. (2012, Σεπτέμβριος). Η ελληνική οικονομική κρίση στα πλαίσια της ευρωπαϊκής ένωσης. Αθήνα.
- Θωμάς, Κ. (2013, Ιανουάριος). Χρηματοοικονομική διαχείριση ιδιωτικών μονάδων υγείας. Πάτρα.
- Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., & Χατζητόλιος, Α. (2012, 11 19). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα-Σύντομη αναφορά στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2013*, σσ. 233-240.
- Καραϊσκου, Α., Μαλλιαρού, Μ., & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*, σσ. 49-54.
- Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2009, Νοέμβριος 19). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχαία ελληνικής ιατρικής 2010*, σσ. 834-840.
- Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2009, Νοέμβριος 19). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχαία ελληνικής ιατρικής 2010*, σσ. 834-840.
- Μπούρας, Γ., & Λύκουρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος 48*, σσ. 54-61.
- Οικονόμου, Χ. (2010). *Health Systems in Transition*.
- Φανουργιάκης, Ι., & Κανουπάκης, Ε. (2014). Greek's health, waiting for the 'deus ex machina'.
- Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης (ΦΕΚ) 1397/1983. (n.d.). Εθνικό Τυπογραφείο.