

# Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας

Δημήτρης Νιάκας

Καθηγητής Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

## Greek financial crisis and the effects on health care system

Dimitris Niakas

Professor Hellenic Open University

Η παγκόσμια κρίση του χρηματοπιστωτικού συστήματος που ξεκίνησε το 2008 από τις ΗΠΑ και διέσχισε όλες σχεδόν τις χώρες, έγινε πολύ αισθητή στην χώρα και τους πολίτες της, όταν η ελληνική κυβέρνηση αδυνατούσε να δανεισθεί με λογικά επιτόκια για να καλύψει τις οικονομικές της υποχρεώσεις. Μπροστά στον κίνδυνο της πτώχευσης και της στάσης πληρωμών στο εσωτερικό και στο εξωτερικό, επιλέχθηκε μετά από διαπραγματεύσεις, η δανειοδότηση της χώρας μας από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (γνωστή ως Τρόικα), με χαμηλό επιτόκιο, ώστε να καλυφθούν οι τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες και να αποφύγει η χώρα την στάση πληρωμών και οδηγηθεί σε επίσημη χρεοκοπία.

Δύο μεγάλα δάνεια ένα 110 δις ευρώ το 2010 και ένα δεύτερο 130 δις το 2011 συμφωνήθηκαν μεταξύ των δύο μερών. Έναντι αυτής της βοήθειας-δανείου, που δίδεται ακόμη σε δόσεις, η χώρα και οι κυβερνήσεις της, ανέλαβαν υποχρεώσεις που υποτίθεται θα νοικοκύρευαν τα οικονομικά του κράτους μέσω περιορισμού των δημοσίων δαπανών (λιτότητα) και θα γινόταν εκείνες οι μεταρρυθμίσεις που θα έβαζαν την χώρα σε τροχιά ανάπτυξης. Οι υποχρεώσεις αυτές έχουν καταγραφεί στα μηνόνια I και II που ακολούθησαν τις συμφωνίες δανειοδότησης από την Τρόικα. Αν και η χώρα βρίσκεται στο τέλος της δανειακής σύμβασης, οι επιπτώσεις της λιτότητας είναι ακόμη παρούσες και η κρίση δεν έχει ξεπεραστεί. Στην 5ετία που πέρασε οι μνημονιακές υποχρεώσεις-δεσμεύσεις δεν έφεραν την ανάπτυξη και η μείωση του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος έχει φτάσει το 25% και η ανεργία εξακολουθεί να είναι στο 26% του ενεργού πληθυσμού.

Σε ότι αφορά το σύστημα υγείας, οι βασικές υποχρεώσεις των μηνονίων ήταν: α) οι δημόσιες δαπάνες υγείας να μειωθούν και να φτάσουν στο 6% του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος από το 7% που ήταν το 2009, και β) να υπάρξουν οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις που θα έκαναν το δημόσιο σύστημα υγείας περισσότερο αποδοτικό. Είναι αναγκαίο να αναφερθεί, ότι στο

παρόν άρθρο δεν καταγράφονται οι επιπτώσεις της κρίσης ή της λιτότητας στην υγεία των πολιτών, για τις οποίες υπάρχουν τα πρώτα ενδεικτικά αρνητικά σημάδια<sup>1-3</sup>, τα οποία αναμένεται να διευρυνθούν στο μέλλον, όπως άλλωστε έχει γίνει και σε άλλες χώρες που βίωσαν την ανεργία και την λιτότητα<sup>4</sup>.

### Η μείωση των δαπανών και η συγκράτηση του κόστους

Για να επιτευχθεί ο πρώτος στόχος της μείωσης των δημοσίων δαπανών υγείας, λήφθηκαν εκ μέρους της κυβέρνησης μέτρα λιτότητας που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν οριζόντια. Η μείωση των αποδοχών όλων των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και φυσικά στις υπηρεσίες υγείας σε δύο δόσεις, ήταν το κυριότερο. Ακολούθησαν οι περικοπές στους προϋπολογισμούς όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών και η αναστολή κάθε είδους προσλήψεων ακόμη και η μη αντικατάσταση των αποχωρούντων, ώστε να μειωθεί το εργασιακό κόστος. Με δεδομένο ότι τα μέτρα αυτά ήταν γενικά και κοινά για όλους, η αναστολή προσλήψεων αναγκαίων εργαζομένων σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, πολλές από τις οποίες αύξησαν την δραστηριότητά τους (προσέλευση ασθενών, μεγαλύτερος όγκος νοσηλευθέντων κ.λπ.), δημιούργησαν σημαντικά προβλήματα επιβάρυνσης στο προσωπικό (γιατρούς και λοιπούς εργαζομένους). Υπάρχουν νοσηλευτικές μονάδες στις οποίες η προσέλευση των ασθενών δημιουργεί τραγικές καταστάσεις άσκησης της τριτοβάθμιας περίθαλψης στους διαδρόμους. Την ίδια στιγμή αναξιοποίητες κλίνες σε μονάδες εντατικής θεραπείας λόγω έλλειψης του αναγκαίου προσωπικού, ο μεγάλος αριθμός ράντζων στα νοσοκομεία κατά και μετά την εφημερία και η αναξιοποίητη τεχνολογία, φαίνεται να αποτελούν μόνιμα χαρακτηριστικά που ακόμη και για τους υπεύθυνους της πολιτικής υγείας είναι ένα σύνθημα φαινόμενο<sup>5</sup>.

Ταυτόχρονα έγιναν προσπάθειες αύξησης της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας με σκοπό, όχι τον περιορισμό της υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών, αλλά

\*Συγγραφέας προς επικοινωνία: Καθηγητής Δημήτρης Νιάκας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάροδος Αριστοτέλους 18, 26335 Πάτρα  
E-mail: niakas@eap.gr

κυρίως την μείωση των δημοσίων δαπανών ή την βελτίωση των εσόδων των δημοσίων δομών (ΕΟΠΥΥ και Νοσοκομεία). Έτσι καθιερώθηκε η αύξηση της συμμετοχής στο 10% για τα φάρμακα σε πολλές κατηγορίες χρόνιων ασθενών, η συμμετοχή καταβολής 1 ευρώ ανά συνταγή ή η συμμετοχή στο 50% στους αγρότες στην περίπτωση χρήσης ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων υγείας. Ας σημειωθεί όμως, ότι επιβαρύνσεις αυτές, όπως και η επιβάρυνση των 25 ευρώ ανά εισαγωγή στο νοσοκομείο, η οποία τελικά ποτέ δεν εφαρμόστηκε λόγω αντιδράσεων κοινωνικών και πολιτικών, δεν φαίνεται να είχαν κάποια σημαντικά αποτελέσματα στο επίπεδο της μείωσης των δημοσίων δαπανών ή της βελτίωσης των εσόδων.

Σε αντίθεση με την αύξηση της συμμετοχής στο κόστος των ασθενών, η πολιτική που ασκήθηκε αναφορικά με την φαρμακευτική κατανάλωση και την τιμολογιακή πολιτική του φαρμάκου είχε θεαματικά αποτελέσματα στην μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε συνδυασμό με την αλλαγή του τρόπου της τιμολόγησης των φαρμάκων και την μείωση του περιθωρίου κέρδους των παραγωγών (φαρμακευτικών εταιρειών) και ενδιάμεσων (φαρμακεμπόρων και φαρμακοποιών) είχε θεαματικά αποτελέσματα μαζί με τα δειλά βήματα προώθησης των γενοσήμων φαρμάκων (generics).

Είναι χαρακτηριστικό, ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (συμπεριλαμβανομένου και του λοιπού υγειονομικού υλικού) μειώθηκε από 6,05 δις το 2009 σε 3,5 δις το 2012 με τάση συνεχούς μείωσης, ενώ οι δαπάνες για την νοσοκομειακή περίθαλψη από 7,88 δις έφτασαν τα 7,05 δις και της εξωνοσοκομειακής από 2,17 σε 1,44 δις αντίστοιχα, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ<sup>6</sup>. Από τα ίδια στοιχεία προκύπτει ότι η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας τα ίδια έτη ανήλθε σε 4,1 δις που σημαίνει με βάση τα παραπάνω, ότι η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ήταν επιβεβλημένη και προς την ορθή κατεύθυνση, αφού η χώρα μας ξόδευε υπερβολικά ποσά ανά κεφαλή σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ για φαρμακευτικές δαπάνες. Ταυτόχρονα όμως, εκφράζονται φόβοι ότι από το 2014 και μετά λόγω της ασκούμενης πολιτικής (για την μη ορθή τιμολόγηση των γενοσήμων και την καθιέρωση πολλών και διαφορετικών τιμών για κάθε δραστική ουσία και διαφορετικής ασφαλιστικής τιμής) ότι υπάρχει μια συνεχής αυξητική τάση της συμμετοχής των ασθενών στην χρήση, άρα και μεταφορά του κόστους του φαρμάκου στους ασθενείς. Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται στα διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, αφού η ιδιωτική δαπάνη για την κατανάλωση φαρμάκων έχει υπερβεί το 25%, πράγμα που θα οδηγήσει, αν δεν έχει οδηγήσει ήδη, σε αδυναμία πρόσβασης των αναγκαίων φαρμάκων ειδικά σε άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα<sup>7</sup>.

## Οι μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού συστήματος

Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο στον υγειονομικό τομέα, το οποίο η ελληνική κυβέρνηση σε συμφωνία με την Τρόικα υιοθέτησε, μάλλον δεν έχει σαφή προσανατολισμό και προκαλεί εκ του αποτελέσματος μια τάση μεγαλύτερης ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας και αποκλεισμού

των ανασφαλιστών. Αν και το 2009 το 1/3 των συνολικών δαπανών ήταν ιδιωτικές, ήτοι το 2,9% του ΑΕΠ και επομένως το σύστημα υγείας ήταν ένα μείγμα δημοσίου-ιδιωτικού, και η χώρα μας κατελάμβανε τις πρώτες θέσεις στις χώρες της Ε.Ε. στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, η τάση αυτή δεν αλλάζει, αφού οι τελευταίες εξακολουθούν να είναι στα ίδια επίπεδα του ΑΕΠ και το 2012. Ταυτόχρονα οι δημόσιες δαπάνες παρά την σημαντική τους μείωση κατά 4,1 δις, δεν έφτασαν τον στόχο του 6% του ΑΕΠ, και παρέμειναν στο 6,2%, επειδή και το ΑΕΠ την ίδια περίοδο είχε την ίδια καθοδική πορεία.

Η έλλειψη προσανατολισμού κυβέρνησης-τρόικας, φάνηκε με την σύλληψη και δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος συγχώνευε μέσω αντικατάστασης τα κύρια ταμεία της υγειονομικής ασφάλισης των πολιτών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ και Κοινής Ωφέλειας-Ιδιωτικών Τραπεζών). Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ που θα μπορούσε ως μεγαλύτερος οργανισμός να λειτουργεί με οικονομίες κλίμακας και να ελέγξει τις δαπάνες αυτό μάλλον δεν επιτεύχθηκε. Πρώτον γιατί τα ταμεία υγείας ή οι κλάδοι τους, εξακολουθούν να υπάρχουν μέχρι σήμερα και να διατηρούν παράλληλες υπηρεσίες και διοικητικές δομές. Ταυτόχρονα αν και ο ΕΟΠΥΥ σχεδιάστηκε να αποτελέσει τον κύριο φορέα ασφάλισης υγείας όλων των πολιτών, αυτό τελικά δεν επιτεύχθηκε (βλ. π.χ. Οίκο Ναύτη και άλλα μικρά Ταμεία).

Η κυριότερη όμως αδυναμία του ήταν ότι δεν υπήρξε καμία πρόβλεψη, στην εποχή της αποασφάλισης, για εκείνους που έχασαν ή χάνουν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω της κρίσης και της ανεργίας. Με δεδομένο ότι η πλειονότητα των συμπολιτών μας που έχασαν την δουλειά τους την περίοδο αυτή, έχασαν και το ασφαλιστικό τους δικαίωμα (υπολογίζονται σε περίπου δύο εκατομμύρια), ερωτηματικά τίθενται για την συγκεκριμένη μεταρρύθμιση που δεν έλαβε καμία πρόνοια για όλους αυτούς και τους άφησε χωρίς το δικαίωμα πρόσβασης σε αναγκαίες υπηρεσίες υγείας. Σε μια περίοδο που ο διεθνής τύπος, αλλά και ξένοι ερευνητές κατέγραφαν τα συμβαίνοντα στην χώρα μας στον τομέα της υγείας, με τον χαρακτηρισμό «η ελληνική τραγωδία» κυρίως λόγω αποκλεισμού μεγάλου τμήματος του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας και των περικοπών του προϋπολογισμού των δημόσιων δομών<sup>8</sup>, οι κυβερνητικοί ιθύνοντες δεν προέβλεψαν την κάλυψη των συγκεκριμένων συμπολιτών μας από το νέο ασφαλιστικό οργανισμό υγείας. Το στοιχείο αυτό, αν μη τι άλλο προβληματίζει και δημιουργεί ερωτηματικά για την απουσία της αναγκαίας κοινωνικής αλληλεγγύης και συνοχής, όταν μάλιστα προβάλλεται ως μεταρρύθμιση στην υγεία, σε μια εποχή οικονομικής κρίσης και ανέχειας.

Ταυτόχρονα, ο νέος φορέας προκειμένου να γίνει εύκολα αποδεκτός από το σύνολο των ασφαλισμένων και ιδίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, των ελευθέρων επαγγελματιών, των δημοσίων υπαλλήλων και των υπαλλήλων της κοινής ωφέλειας-τραπεζών, διατήρησε όλες τις μορφές των παροχών υπηρεσιών υγείας στην εξωνοσοκομειακή και τη νοσοκομειακή φροντίδα με την ελεύθερη χρήση και τη χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών. Οι μορφές αυτές επεκτάθηκαν για όλους και δόθηκε η ίδια δυνατότητα πρόσβασης. Έτσι οι ασφαλισμένοι

του ΙΚΑ που αποτελούσαν το 50% του νέου οργανισμού, μπορούσαν να χρησιμοποιούν και να επισκέπτονται ιδιωτικές δομές και επαγγελματίες υγείας με τους ίδιους όρους που είχαν οι ασφαλισμένοι δημόσιοι υπάλληλοι, αφού υπήρξε επέκταση των συμβάσεων σχεδόν με όλους τους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα. Τούτο ήταν μάλλον ευεργετικό για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, αφού τους έδινε τη δυνατότητα επιλογών χρήσης υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας εκτός του δικού τους οργανισμού. Ευτυχώς ο νέος ΕΟΠΥΥ έλαβε εγκαίρως συνετά μέτρα, για να περιορίσει την υπερχρησιμοποίηση και αλλά την διαφαινόμενη εισαγωγή προκλητής ζήτησης υπηρεσιών από τους ελεύθερους επαγγελματίες και τις ιδιωτικές δομές. Μεταξύ αυτών ήταν το σχετικά χαμηλό ύψος της αποζημίωσης των γιατρών (10 ευρώ ανά επίσκεψη), η οριοθέτηση ορίου (plafond) στον μηνιαίο αριθμό επισκέψεων ανά γιατρό (300 ανά μήνα) και η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών στις άλλες υπηρεσίες και τα εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα, εφαρμόζοντας αναλογικές περικοπές (rebate or clawback) στις ετήσιες απαιτήσεις τους. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένα μόνιμο στοιχείο τριβής μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των ιδιωτών προμηθευτών, η οποία κορυφώνεται στις περιόδους καθυστέρησης των οικονομικών υποχρεώσεων του ΕΟΠΥΥ λόγω των ελλειμμάτων του προϋπολογισμού του.

Σε ότι αφορά τη νοσοκομειακή φροντίδα, οι αλλαγές περιορίζονται στην ένταξη 4 μικρών νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ μαζί με το προσωπικό τους. Η προσπάθεια για αναδιάρθρωση των κλινικών και νοσοκομείων του ΕΣΥ μάλλον είχε μηδαμινά αποτελέσματα με την εξαίρεση 2-3 μικρών νοσοκομείων της Αθήνας και Θεσσαλονίκης, των οποίων οι υπηρεσίες τους εντάχθηκαν σε μεγαλύτερα καταργώντας τις διοικήσεις τους. Διάφορα σχέδια ειδικών, τα οποία ανατέθηκαν και ανακοινώθηκαν από το Υπουργείο Υγείας για μεγαλύτερες παρεμβάσεις και την συγχώνευση νοσηλευτικών μονάδων, την ανακατανομή κλινικών και τμημάτων και τα οποία εκπονήθηκαν από το Νοσηλευτικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών και την ΕΣΔΥ δεν είχαν καμία εφαρμογή. Παρέμειναν στο συρτάρι, όχι μόνο λόγω των αντιδράσεων που συγκέντρωναν από τους εργαζόμενους σε αυτά και των τοπικών παραγόντων, αλλά κυρίως λόγω των έντονων πολιτικών αντιδράσεων μελών του κοινοβουλίου, οι οποίοι εκλέγονταν στις συγκεκριμένες περιοχές.

## Η αλλαγή της μεθόδου χρηματοδότησης των νοσοκομείων

Σημαντική όμως χαρακτηρίστηκε από τους κυβερνητικούς ιθύνοντες, η μεταρρύθμιση που αφορούσε την χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Η κυβέρνηση αποφάσισε σε ένα σύντομο διάστημα το 2011 και με ένα πρόχειρο και αποσπασματικό τρόπο να εφαρμόσει, μια αποτελεσματική και προοπτική μέθοδο αποζημίωσης που στηρίζεται στις διαγνωστικές κατηγορίες των ασθενειών στα διεθνώς καθιερωμένα (DRGs) ή Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια κατά την ελληνική εκδοχή τους. Χωρίς να υπάρχουν οι προϋποθέσεις που απαιτούνται, όπως μια τεκμηριωμένη μελέτη προς τον σκοπό αυτό, η άδεια χρήσης του εργαλείου, η προσαρμογή τους στο ελληνικό περιβάλλον και στον ελληνικό τρόπο παροχής

των νοσοκομειακών υπηρεσιών και κυρίως ορθολογική αποτίμηση του κόστους μαζί με ένα φορέα (π.χ. το Υπουργείο Υγείας ή τον ΕΟΠΥΥ) που θα αναλάμβανε να χρηματοδοτεί-αποζημιώνει τα νοσοκομεία, η υλοποίηση των ΚΕΝ προκαλεί τελικά αύξηση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η αύξηση αυτή καταγράφεται από τον ΕΟΠΥΥ προς στα ιδιωτικά νοσοκομεία, τα οποία είδαν «το μάνα εξ ουρανού» για βελτίωση των εσόδων τους σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης. Φαίνεται ότι τούτο έγινε αντιληπτό και μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα, οι ιθύνοντες μειώνουν τις αρχικές τιμές αποζημίωσης κατά 30% και αλλάζουν περιέργως την ονομασία τους από Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια, κρατώντας το αρχικό ακρωνύμιο (ΚΕΝ)<sup>9</sup>!

Με δεδομένη την οικονομική αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να αποζημιώνει τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία δεν έχουν ουσιαστικά πρόσθετα έσοδα και χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, το ερώτημα που μπορεί να τεθεί είναι: Ποιος ήταν ο λόγος της βεβιασμένης καθιέρωσης της ελληνικής εκδοχής των ΚΕΝ και μάλιστα χωρίς νομοθετική παρέμβαση, παρά μόνο με υπουργική απόφαση; Ποιους από τους στόχους του μνημονίου ή των μεταρρυθμίσεων εξυπηρετούσε υπό τις συγκεκριμένες οικονομικές συνθήκες; Ήταν η απόφαση της εισαγωγής τους, ένα μεταρρυθμιστικό μέτρο στην κατεύθυνση της βελτίωσης της αποδοτικότητας και του περιορισμού του κόστους ή συνέβαλε στην αύξηση των δαπανών και ιδίως των δαπανών του ΕΟΠΥΥ προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία και των ασφαλισμένων του; Αν και τα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ δεν είναι διαθέσιμα, η τάση της κατανομής των ιδιωτικών νοσοκομειακών δαπανών είναι αποκαλυπτική. Ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μειώθηκαν δραματικά και από το έτος 2009 που ήταν 3,97 δις έφτασαν το 2012 στο 2,14 δις, οι αντίστοιχες δαπάνες για τα ιδιωτικά νοσοκομεία σύμφωνα πάντα με τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ τα ίδια έτη, αυξήθηκαν από το 1,47 δις σε 1,76 δις<sup>6</sup>. Το γεγονός αυτό που καταδεικνύει την αύξηση της συμμετοχής των ιδιωτών, σε μια εποχή μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος, μπορεί να εξηγηθεί μόνο από την ελεύθερη πρόσβαση των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ στα ιδιωτικά νοσοκομεία σε συνδυασμό με την αύξηση των τιμών αποζημίωσης που προκλήθηκαν από τα νέα ΚΕΝ.

## Από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ

Δύο έτη μετά την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος είναι εκ γενετής ένας ελλειμματικός οργανισμός λόγω έλλειψης των αναγκαίων εσόδων, (πολλά από τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καταβάλλουν τις εισφορές της υγείας λόγω οικονομικής αδυναμίας στον τομέα των συντάξεων κυρίως) και χωρίς να έχει αξιολογηθεί με ποσοτικούς και ποιοτικούς όρους το έργο του, η κυβέρνηση παρουσιάζει μια νέα μεταρρύθμιση. Με την συνδρομή ειδικών από το εξωτερικό αποφάσισε να διαχωρίσει την ζήτηση-χρηματοδότηση από την προσφορά-παροχή μετατρέποντας τον ΕΟΠΥΥ σε αποκλειστικό χρηματοδότη χωρίς προσφορά υπηρεσιών υγείας. Μεταφέρει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που είχε ιστορικά αναπτύξει το ΙΚΑ (πολυιατρεία και εργαστήρια), στο δημόσιο και στο Υπουργείο Υγείας με την δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου



Υγείας (ΠΕΔΥ). Έτσι αφού επιλέγεται το προσωρινό μέτρο της διαθεσιμότητας όλων των εργαζομένων του ΕΟΠΥΥ, οι οποίοι είχαν εξαρτημένη σχέση εργασίας, η κυβέρνηση μεταφέρει τις δομές του ΕΟΠΥΥ στην ευθύνη του ΕΣΥ και τις εντάσσει στην ευθύνη της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας (ΥΠΕ).

Για τους εργαζόμενους (νοσηλευτές, τεχνολόγοι, διοικητικό προσωπικό) δεν αλλάζουν πολλά πράγματα και οι εργασιακές τους σχέσεις παραμένουν ίδιες. Για τους γιατρούς όμως επιλέγεται θεσμικά να υπάρξει αλλαγή των υφιστάμενων εργασιακών σχέσεων και να ενταχθούν προσωρινά, μόνο όσοι αποδεχθούν να έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο νέο Περιφερειακό Εθνικό Δίκτυο Υγείας. Αυτό δημιουργεί αντιδράσεις και ένας σημαντικός αριθμός γιατρών δεν επιλέγει την ένταξή του. Από τους 5000 περίπου οι μισοί δεν εντάσσονται στο νέο σύστημα ή προσφεύγουν στα δικαστήρια, τα οποία με προσωρινές διαταγές τους δικαιώνουν και κανείς δεν είναι σε θέση να προβλέψει τις σχετικές εξελίξεις, αλλά και τον τρόπο ένταξης των υπηρετούντων στην βάση των προσόντων τους.

Το αποτέλεσμα όμως στο σύστημα υγείας είναι για ένα μήνα τουλάχιστον, τα ιατρεία του πρώην ΕΟΠΥΥ να είναι κλειστά και ένα χρόνο μετά την μεταρρύθμιση του ΠΕΔΥ να υπολειτουργούν, αφού οι νέες δομές αντιμετωπίζουν προβλήματα στελέχωσης και η δραστηριότητα τους έχει μειωθεί σημαντικά σε σχέση με το παρελθόν. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός της ζήτησης (ΕΟΠΥΥ) από την προσφορά (ΕΣΥ και ιδιωτικός τομέας) θα αυξήσει τις συνολικές δαπάνες υγείας, αφού είναι πιθανό ότι οι δομές του νέου ΠΕΔΥ να υπολειτουργούν λόγω μείωσης του προσωπικού και οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ θα αναγκάζονται να χρησιμοποιούν κυρίως υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και των γιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και αποζημιώνονται κατά πράξη. Αυτό σημαίνει ότι ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας που είχε καθιερωθεί ιστορικά από το ΙΚΑ, το οποίο ήταν μειωμένου κόστους αντικαθίσταται με ένα αντίστοιχο των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ, που αφενός θα αυξήσει τις δαπάνες και αφετέρου μπορεί να αποδειχθεί και λιγότερο αποδοτικό<sup>10</sup>.

Επομένως τα ίδια ερωτηματικά που τέθηκαν για τα ΚΕΝ μπορούν να τεθούν και για τον διαχωρισμό της ζήτησης από την προσφορά, με την κατάργηση των υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ. Αντί στην εποχή της κρίσης να προσανατολιστεί η πολιτική υγείας και οι μεταρρυθμίσεις σε συγκράτηση του κόστους και στην βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας με την αναγκαία διασφάλιση της ίσης δυνατότητας πρόσβασης σε όλους, συμπεριλαμβανομένων των ανασφαλιστών, οι επιχειρούμενες δράσεις και μέτρα είναι μάλλον προς την αντίθετη κατεύθυνση. Αντί η αποδοτικότητα και η ισότητα να είναι στο κέντρο βάρους των μεταρρυθμίσεων και να απασχολούν την τρέχουσα πολιτική υγείας και όλες οι ενέργειες να κατατείνουν στην αντιμετώπιση των δύο αναφερθέντων ζητημάτων με έξυπνες πολιτικές διαχείρισης και αλληλεγγύης, η κυβέρνηση σε αβυσσική συνεργασία με τους συμβούλους της (Τρόικα, Task Force κ.λπ.) φαίνεται να έχει επιλέξει την λάθος συνταγή. Η συνταγή αυτή, παρά τις οριζόντιες πολιτικές λιτότητας, μάλλον σπαταλά πολύτιμους και αναγκαίους πόρους και δεν αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την πρόσβαση των ανασφαλιστών στις υπηρεσίες υγείας. Γιατί η πολιτική με την καθιέρωση του

voucher υγείας και των παραπομπών των ανασφαλιστών στα υπολειτουργούντα ΠΕΔΥ και από εκεί στις τριμελείς επιτροπές διαχείρισης των ανασφαλιστών στα νοσοκομεία, η οποία έχει επιλεγεί ως η απάντηση για ίση πρόσβαση, δεν φαίνεται να έχει βελτιώσει την κατάσταση.

## Αντί επιλόγου

As ελπίσουμε ότι η πρόσφατη πολιτική αλλαγή της κυβέρνησης θα έχει ένα διαφορετικό προσανατολισμό και θα θέσει ως προτεραιότητες την επίτευξη της αποδοτικότητας και της ισότητας που έχουν ουσιαστικά παραμεινθεί από τις εφαρμοσθείσες πολιτικές, οι οποίες έχουν εμφανιστεί ως μεταρρυθμίσεις. Οι τελευταίες, θα είναι τέτοιες, μόνο αν σχεδιαστούν στην βάση των αναγκών των πολιτών, θα είναι καθολικές και ταυτόχρονα θα λαμβάνουν υπόψη τους διαθέσιμους πόρους. Η οριοθέτηση των προτεραιοτήτων (στην βάση αναγκών, ισότητας και αποδοτικότητας) σε συνδυασμό με την ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος και των δεδομένων συμπεριφορών των πολιτών, ίσως να απαιτεί προσαρμογές και έξυπνες λύσεις που βελτιώνουν την παρούσα κατάσταση. Στην κατεύθυνση αυτή ίσως θα μπορούσαν να εξετασθούν δύο απλές και λειτουργικές προτάσεις που έχουν ήδη κατατεθεί στην κρίση της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας<sup>11</sup>.

Είναι επιβεβλημένο και αναγκαίο στη βάση των υφιστάμενων συνθηκών, να υπάρξει η ανάληψη της χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και η πλήρης ευθύνη της οργάνωσης και παροχής της από την πλευρά του Υπουργείου Υγείας χωρίς αποκλεισμούς ασφαλισμένων ή ανασφαλιστών πολιτών. Η χρηματοδότηση αυτή θα συμπεριλάβει και τις αναγκαίες ιδιωτικές μονάδες της νοσηλευτικής φροντίδας, εκεί που η παροχή των υπηρεσιών του ΕΣΥ δεν είναι ικανή για να καλύψει την αναγκαία ζήτηση και χρήση. Ιδιωτικά νοσοκομεία που καλύπτουν αυτού του είδους νοσηλευτικές - υγειονομικές ανάγκες που δεν αναβάλλονται, όπως μαιευτικές, ψυχιατρικές, νεφρικής αποκατάστασης, καρδιοχειρουργικές κ.λπ., μπορούν και επιβάλλεται να συμβάλλονται με το Υπουργείο Υγείας και να αποζημιώνονται με όποια αποτελεσματική προοπτική μέθοδο συμφωνηθεί στην βάση της δραστηριότητάς τους.

Με τον ίδιο τρόπο τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, οφείλουν αφού αποκτήσουν επαγγελματικές διοικήσεις και σχετική αυτονομία να χρηματοδοτούνται στην βάση των δραστηριοτήτων τους και όχι στην βάση του υπηρετούντος προσωπικού, όπως γίνεται κυρίως σήμερα. Μια πηγή χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας μέσω κρατικού προϋπολογισμού) και προοπτική μέθοδος αποζημίωσης-χρηματοδότησης των προμηθευτών νοσοκομείων σε συνδυασμό με το ίσο δικαίωμα όλων στην χρήση τους (ασφαλισμένων ή ανασφαλιστών) είναι μια μεταρρύθμιση που προωθεί την ισότητα και την αποδοτικότητα, όπως και η διεθνής εμπειρία των συστημάτων έχει αποδείξει μειώνοντας ταυτόχρονα σημαντικά το διοικητικό κόστος διαχείρισης<sup>12</sup>.

Ταυτόχρονα η μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε ένα ΕΟΠΦΥ (Εθνικό Οργανισμό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) με την πλήρη κάλυψη όλων των πολιτών ακόμη και των ανασφαλιστών (σε περιόδους οικονομικής κρίσης) και ο οργάνωσή του στην

βάση των τοπικών συνθηκών κάθε περιοχής, ίσως είναι μια εναλλακτική λύση. Ο νέος ΕΟΠΥΥ ή ΕΟΠΦΥ που θα έχει τα χαρακτηριστικά ενός δημόσιου οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης υγείας (χρηματοδότηση μόνο μέσω εισφορών) με την συνεισφορά του κρατικού προϋπολογισμού για την κάλυψη των ανασφαλιστών και μειονεκτούντων ατόμων, θα είναι αυτόνομος και αυτό-διαχειριζόμενος όπως επιβάλλεται από τον τρόπο της χρηματοδότησής του. Μπορεί να έχει και να αξιοποιεί τις δικές του δομές, να εισάγει τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού όπου απαιτείται, και να επιλέγει συμβάσεις με τους ιδιώτες, αν και εφόσον τους έχει ανάγκη και το επιθυμεί. Έχοντας μονοφωνιακή δύναμη, όπως και στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης το Υπουργείο Υγείας (βλ. παραπάνω), μπορεί να συγκρατά το κόστος των υπηρεσιών του με κλειστούς προϋπολογισμούς, επιβάλλοντας την πολιτική του στους προμηθευτές. Οι τελευταίοι θα είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες του, στα θεραπευτικά πρωτόκολλα, την συνταγογράφηση, την πρόωθηση των γενοσήμων κ.λπ.

Όλες επιλογές στην βάση της ισότητας, αποδοτικότητας και της επιλογής των ίδιων των υποχρεωτικώς ασφαλισμένων για την ΠΦΥ και την φαρμακευτική περίθαλψη μπορεί να είναι ανοικτές. Ένα αποκεντρωμένο διοικητικό και οργανωτικό σχήμα και η προσαρμογή παροχής υπηρεσιών στην βάση των συνθηκών (αστικές, αγροτικές, νησιώτικες και απομακρυσμένες περιοχές) οφείλει να υπάρχει για να εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους του. Η συμμετοχή εκπροσώπων των ασφαλισμένων στη διοίκηση, η ενδεχόμενη συμμετοχή εκπροσώπων του κράτους σε συνδυασμό με τον πλουραλισμό των επιλογών και τις επικρατούσες συνθήκες της προσφοράς των υπηρεσιών (αριθμός ιατρικού προσωπικού, ανάγκη προσέλκυσης σε άγονες περιοχές κ.λπ.) και των συμπεριφορών-συνθηκών του ελληνικού πληθυσμού που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, είναι μια μεταρρύθμιση, η οποία οφείλει να εξετασθεί από τους λήπτες των αποφάσεων, στην βάση των αρχών της ισότητας και αποδοτικότητας.

## Βιβλιογραφία

1. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders* 2013, 145:308-14.
2. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health* 2013, 23:206-10.
3. Branas CC et al. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis *BMJ Open* 2015; 5:e005619 doi:10.1136/bmjopen-2014-005619
4. Gool K, Pearson M. Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries, *OECD Health Working Papers*, No. 76, 2014 OECD. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>.
5. Νιάκας Δ. Ο κ. Υπουργός Υγείας, οι 52 Επικουρικές Κλίνες στο Αττικό και όχι μόνο, *Ygeianet* 26-10-2013. <http://www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=39646>
6. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου Δαπάνες Υγείας – Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012 (προσωρινές εκτιμήσεις), 31-3-2014. Πειραιάς.
7. Βενιζέλος Β. Γιατί οι ασθενείς δεν παίρνουν τα φάρμακά τους, *Protagon* 23-2-2014. <http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.ygeia&id=31929>
8. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, 378:1457-8.
9. ΦΕΚ 1702 τ. Β/1-8-2011 Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ και ΦΕΚ 946 τ.Β/ 27-3-2012 Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β/2011).
10. Kontodimopoulos N, Moschovakis G, Aletras VH, Niakas D. The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece, *Cost Eff Resour Alloc* 2007, 5: 14.
11. Niakas D. Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription, *International Journal of Health Services* 2013, 43(4):597-602.
12. Himmelstein D-U et al A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: US Costs Exceed All Others by Far. *Health Affairs* September 2014, 33:9, 1586-1594; doi:10.1377/hlthaff.2013.1327.

1. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic