



**ΠΙΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ  
ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ**

**ΣΟΦΙΑ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**

**Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

**ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2019**



Αφιερώνεται στους γονείς μου

### ***Ευχαριστίες***

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ.Καραγιάννη Ρωξάνη, για τη βοήθεια που μου προσέφερε τόσο στην επιλογή του θέματος της διπλωματικής μου εργασίας όσο και για τις κατευθυντήριες γραμμές που μου έδωσε, οι οποίες με βοήθησαν ώστε να εκπονηθεί η παρούσα διπλωματική εργασία.Επίσης δράττομαι της ευκαιρίας να ευχαριστήσω θερμά τους γονείς μου, για την προσωπική τους στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

# ΣΥΓΓΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

## Περίληψη

Με αφορμή τα προβλήματα που υπάρχουν και με την οικονομική κρίση που έκανε την εμφάνισή της εντάθηκαν περισσότερο, αποφάσισα ως αντικείμενο της εργασίας μου να είναι οι επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης. Σκοπός της εργασίας μας είναι να προσδιορίσουμε το βαθμό που η οικονομική κρίση επηρέασε τα συστήματα υγείας της Ευρώπης και στόχος η μελέτη και κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας. Η έλλειψη αποδοτικότητας των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας υπήρχε πριν από την κρίση, η ταχύτητα των αλλαγών με την οποία επιβλήθηκαν οι μεταρρυθμίσεις δεν επέτρεψαν την άμεση ανταπόκριση των υγειονομικών συστημάτων στις ανάγκες του πληθυσμού σε περίοδο όπου υπήρχε αρκετή ζήτηση. Μέσα από τη μελέτη για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας διαπιστώσαμε ότι η οικονομική κρίση είχε σαν συνέπεια την περεταίρω μείωση των δαπανών υγείας με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους χρήστες, μετακύλιση του κόστους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας με συνέπεια την μειωμένη πρόσβαση λόγω της οικονομικής επιβάρυνσης. Επίσης η οικονομική κρίση προκάλεσε προβλήματα στην ποιότητα της ζωής των πολιτών λόγω των μεταρρυθμίσεων που επιβλήθηκαν στις χώρες για την μείωση του δημόσιου χρέους, οι οποίες οδήγησαν σε απολύσεις, μειώσεις μισθών, αύξηση της ανεργίας και τελικά σημαντική επιβάρυνση στην υγεία των πολιτών.

Λέξεις κλειδιά: Οικονομική κρίση, Ελλάδα, Ευρώπη, υγεία, υγειονομική περίθαλψη

# COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE IMPACT OF THE ECONOMIC CRISIS ON THE HEALTH SYSTEMS OF THE EUROPEAN COUNTRIES

## Abstract

Due to the problems that are present and the economic crisis that has made it worse, I have decided that the purpose of my work is to examine the effects of the economic crisis on health systems in European countries. The purpose of our work is to determine the extent to which the financial crisis has affected Europe's health systems and to study and understand the results of our research. The inefficiencies of European health systems existed before the crisis, the speed of change with the reforms imposed did not allow the health systems to respond immediately to the needs of the population at a time when there was sufficient demand. Through the study of the completion of the thesis, we have found that the financial crisis has resulted in a further reduction in health costs with significant impacts on the quality and quantity of health services provided to users, and the passage of costs on health care users resulting in reduced access due to the financial burden. The economic crisis has also caused problems in the quality of life of citizens due to reforms in the countries to reduce public debt, which have led to layoffs, wage cuts, rising unemployment and ultimately a significant deterioration in public health.

**Key Words :** financial, economic, crisis, debtausterity, Greece, Europe, health, health care.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



.....	1
<i>Ευχαριστίες</i> .....	iv
<b>Περίληψη</b> .....	v
<b>Abstract</b> .....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	xi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xiii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 2.....	3
Οικονομική κρίση.....	3
2.1 Οικονομική κρίση, λιτότητα και υγεία στην Ευρώπη.....	3
2.2.1 Ο αντίκτυπος της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης στην κοινωνική ζωή και την υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη.....	4
2.2.3 Επιπτώσεις στη υγεία.....	6
2.2.4 Επιπτώσεις της κρίσης στη ζήτηση και στην προσφορά υγειονομικής περίθαλψης.....	9
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....	13

Το Ελληνικό σύστημα Υγείας .....	13
3.1 Βασικά στοιχεία του Ελληνικού συστήματος υγείας.....	13
3.2 Το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν από την οικονομική κρίση.....	17
3.3 Το Ελληνικό σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.....	18
3.4 Οι αδυναμίες του Ελληνικού Υγειονομικού συστήματος και οι επιδράσεις της κρίσης στο Σύστημα Υγείας και την Υγεία στην Ελλάδα .....	23
2.5 Παροχές.....	34
3.5.1 Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .	34
3.6 Από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ .....	35
3.7 Πρόσβαση σε υπηρεσίες .....	38
3.8 Επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα του νοσοκομειακού τομέα.....	40
3.9 Επιπτώσεις στην υγεία .....	40
3.10 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και τα μέτρα λιτότητας των Θεσμών στην Υγεία και την Υγειονομική περίθαλψη στη Πορτογαλία .....	46
3.10.1 Πορτογαλία .....	46
3.10.2 Επιπτώσεις της ύφεσης στην υγεία.....	53
3.11 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ισλανδία.....	55
3.12 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα Υγείας και την Υγεία στην Ιρλανδία.....	56
3.12.1 Η προέλευση και οι άμεσες επιπτώσεις της κρίσης.....	56
3.12.2 Κυβερνητικές αντιδράσεις στην κρίση .....	56
3.12.3 Ευρύτερες συνέπειες.....	57
3.12.4 Οι πιέσεις του συστήματος υγείας πριν από την κρίση .....	57
3.12.5 Μεταβολές στη δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας .....	60
3.12.6 Αλλαγές στην κάλυψη .....	62
3.12.7 Αμοιβές των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας και στις πολιτικές ανθρώπινων πόρων .....	63
3.12.8 Μεταρρυθμίσεις του φαρμακευτικού τομέα.....	64



3.12.9 Νοσοκομειακές υπηρεσίες.....	65
3.13 Συνέπειες για την απόδοση και την υγεία του συστήματος υγείας.....	65
3.13.1 Πρόσβαση σε υπηρεσίες.....	65
3.13.2 Επιπτώσεις στην υγεία.....	67
3.14 Η Ισπανία.....	68
3.14.1 Η Οργάνωση του Υγειονομικού συστήματος.....	68
3.14.2 Οι Δαπάνες για την Υγεία.....	70
3.14.3 Η Ανεργία.....	73
3.14.4 Η Κάλυψη της Υγείας.....	74
3.14.5 Ανθρώπινο δυναμικό.....	75
3.15 Ο Φαρμακευτικός τομέας.....	76
3.16 Χρεώσεις χρήστη και άμεσες πληρωμές.....	76
3.17 Κατάσταση υγείας.....	77
3.17.1 Το Προσδόκιμο ζωής.....	77
3.17.3 Η Νοσηρότητα.....	78
3.17.4 Η Αυτό-αναφερθείσα κατάσταση υγείας.....	78
3.18 Ανισότητες στον τομέα της υγείας.....	79
3.19 Οι Μεταρρυθμίσεις στο Υγειονομικό Σύστημα.....	79
3.20 Το σύστημα υγείας ήταν ανθεκτικό παρά την οικονομική κρίση.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°.....	82
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	82
Α.Οικονομικοί Δείκτες.....	82
1. Κατά κεφαλήν ΑΕΠ.....	82

2. Κατά κεφαλήν δαπάνη των νοικοκυριών .....	83
3. Ανεργία.....	84
B.Δείκτες δαπανών Υγείας.....	86
1.Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π. ....	86
2. Φαρμακευτικές Δαπάνες .....	91
Γ.Βασικοί δείκτες Υγείας .....	98
1.Προσδόκιμο Ζωής .....	98
2. Βρεφική Θνησιμότητα.....	99
3. Πιθανά χρόνια απώλειας ζωής .....	100
Δ.Δείκτες Υγείας πληθυσμού .....	101
1.Θάνατοι από Ψυχικές Διαταραχές.....	101
2. Αυτοκτονίες.....	103
3. Ανεκπλήρωτες Ανάγκες για ιατρικές Εξετάσεις .....	104
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	110
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	112

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Χώρες με αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας..... 11

Πίνακας 2 Τα Μέτρα των μνημονίων από το 2010 έως σήμερα **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 3. Τάσεις των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, 2003–2012.28

Πίνακας 4. Δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης ανά τομέα στην Ελλάδα, 2009–2012	30
Πίνακας 5. Αυξήσεις στη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος για συγκεκριμένες ασθένειες στην Ελλάδα. ....	35
Πίνακας 6. Μέση ετήσια μεταβολή των Α.Ε.Π κατά κεφαλή, Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π, Φαρμακευτικές Δαπάνες, Δαπάνες ιδιωτικών πληρωμών (2000-2009) .....	<b>Error!</b>
	<b>Bookmark not defined.</b>
Πίνακας 7. Μέση ετήσια μεταβολή των Α.Ε.Π κατά κεφαλή, Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π, Φαρμακευτικές Δαπάνες, Δαπάνες ιδιωτικών πληρωμών (2010-) .....	<b>Error!</b>
	<b>Bookmark not defined.</b>
Πίνακας 8. Μέση Ετήσια Μεταβολή της Ανεργίας ,των Θανάτων από Ψυχικές Διαταραχές και των Ποσοστών Αυτοκτονίας (2000-2009)	<b>Error!</b>
	<b>Bookmark not defined.</b>
Πίνακας 9. Μέση Ετήσια Μεταβολή της Ανεργίας ,των Θανάτων από Ψυχικές Διαταραχές και των Ποσοστών Αυτοκτονίας (2010-) .....	<b>Error!</b>
	<b>Bookmark not defined.</b>
 <b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</b>	
Διάγραμμα 1 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (2002-2018). ....	83
Διάγραμμα 2 Μέση ετήσια μεταβολή του ΑΕΠ(2000-2009,2010-) .....	83
Διάγραμμα 3 Κατά κεφαλήν δαπάνες των νοικοκυριών (2000-2016).....	84
Διάγραμμα 4 Ανεργία (2000-2018).....	85
Διάγραμμα 5 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. ....	87
Διάγραμμα 6 Ρυθμός μεταβολής των δαπανών για την Υγεία από έτος σε έτος (2000-2016).....	89
Διάγραμμα 7 Μέση ετήσια μεταβολή των δαπανών Υγείας (2000-2009,2010-).....	90

Διάγραμμα 8 Μέση ετήσια μεταβολή των Μέσο όρων της ΕΕ και PIGS(2000-) .....	90
Διάγραμμα 9 Ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τις συνολικές δαπάνες υγείας (2000-2016) .....	94
Διάγραμμα 10 Φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2016) .....	95
Διάγραμμα 11 Φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο(2000-2016) .....	95
Διάγραμμα 12 Προσδόκιμο ζωής (2000-2016) .....	99
Διάγραμμα 13 Βρεφική Θνησιμότητα (2000-2016).....	100
Διάγραμμα 14 Πιθανά χρόνια απώλειας ζωής (2000-2015) .....	100
Διάγραμμα 15 Θάνατοι από Ψυχικές διαταραχές (2000-2015).....	102
Διάγραμμα 16 Αυτοκτονίες (2000-2015) .....	104
Διάγραμμα 17 Οι Ανεκπλήρωτες ανάγκες που δεν δηλώθηκαν (2008-2017) .....	107
Διάγραμμα 18 Οι Ανεκπλήρωτες Ανάγκες λόγω Κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής (2008-2017) .....	107
Διάγραμμα 19 Ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω έλλειψης χρόνου (2008-2017).....	108

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

Σχήμα 1 Οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα, 2003–2012. ..	28
Σχήμα 2 Δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, 2009-2012.....	33
Σχήμα 3 Η συχνότητα εμφάνισης νέων μολύνσεων από τον ιό HIV ανά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα, 2008–2012. Notes: IDU: χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών; MSM: άνδρες που έχουν σεξουαλική σχέση με άνδρες.....	43
Σχήμα 4 Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα, 2013.....	45

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΤΥ	Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΑΥ	Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας
ΚΕΝ	Κέντρο Ενοποιημένων Νοσηλίων
ΚΕΠΚΑ	Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΔΠΥ	Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας
ΟΝΕ	Οικονομική Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠΠΥ	Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΕΠ	Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών
ΤοΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

ΕΑΡ	Economic adjustment programme
EQLS	European Quality of Life Survey
EU-SILC	European union statistics on income and living Conditions
EU	European Union
IMF	International Monetary Fund

GDP	Gross domestic product
GP	General practitioner
HSE	Health service Executive
MoU	Memorandum of Understanding
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PHI	Private health insurance
VHI	Voluntary Health Insurance
WHO	World Health Organization
POP	Out of pocket payment

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 Εισαγωγή

Οι μεγάλες υφέσεις που αντιμετώπισαν από το 2007 οι ευρωπαϊκές οικονομίες επηρέασαν άμεσα τα μεγάλα οικονομικά κέντρα. Τα εθνικά δημόσια χρέη και η ανεργία αυξήθηκαν, ενώ τα δημόσια έσοδα και το μέσο οικογενειακό εισόδημα μειώθηκαν. Στο πλαίσιο της ευρύτερης Ευρωπαϊκής συμφωνίας για την ανάγκη μείωσης των δημοσίων ελλειμμάτων επιχειρήθηκε η εφαρμογή δέσμης πολιτικών, οι οποίες χαρακτηρίζονταν από παρεμβάσεις λιτότητας και περιελάμβαναν κατά κύριο λόγο περικοπές δημοσίων δαπανών. Αρκετές μελέτες έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια και τα επίσημα στοιχεία έχουν εντοπίσει ότι η υγεία και η πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας έχουν επηρεαστεί άμεσα από την κρίση, καθώς τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και οι μειώσεις των δαπανών κοινωνικής προστασίας συνδέονται ιστορικά με επιδείνωση των δεικτών υγείας και την ανεπαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα, η επίδραση των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόστηκαν έχει αναδείξει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της εθνικής πολιτικής υγείας, με σαφή προτεραιότητα στην προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και στην ύπαρξη ενός αποτελεσματικού εθνικού συστήματος υγείας με αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής (Κ.Σουλιώτης.κ.α,2018).

Σκοπός της εργασίας μας είναι να προσδιορίσουμε το βαθμό που η οικονομική κρίση επηρέασε τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και συγκεκριμένα των τεσσάρων Ευρωπαϊκών χωρών Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Ισπανία. Στόχος είναι η μελέτη και κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας για τον ουσιαστικό επαναπροσδιορισμό των συστημάτων υγείας.

Σ' αυτό το σημείο θα μπορούσε να τεθεί το εξής ερευνητικό ερωτήμα προς εξέταση : α) εάν και κατά πόσο η οικονομική κρίση επηρέασε τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας με αντίκτυπο στο Σύστημα Υγείας γενικότερα;

Στόχος των μεταρρυθμίσεων στο τομέα της δημόσιας υγείας ήταν να επιτευχθεί εξοικονόμηση κόστους και δαπανών.

Η μεθοδολογία προσέγγισης του αντικειμένου της διατριβής καθώς και οι τεχνικές συλλογής στοιχείων στηρίχθηκαν στην έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφική έρευνα.

Τέλος η διπλωματική μας εργασία αποτελείται από τρία κεφάλαια.

Στο δευτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην οικονομική κρίση στην Ευρώπη η οποία έκανε την εμφάνιση της και το αντίκτυπο που είχε στην κοινωνική, οικονομική ζωή και στην υγεία των πολιτών και την υγειονομική περίθαλψη. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που συνέβησαν λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή των Υγειονομικών Συστημάτων των τεσσάρων Ευρωπαϊκών χωρών που θα μελετήσουμε, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Ισπανία και οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν προκειμένου να αντιμετωπιστεί το υψηλό δημόσιο χρέος τους και να επιτευχθεί μείωση των δαπανών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο ακολουθεί η περιγραφική στατιστική ανάλυση για συγκεκριμένους οικονομικούς δείκτες και βασικούς δείκτες υγείας των πολιτών. Οι επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και την υγεία των πολιτών Η συλλογή των δεδομένων έγινε από βάση δεδομένων της Eurostat και OECD. Χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά στοιχεία των τελευταίων 18 ετών από το 2000 έως το 2018 για όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι Οικονομικοί δείκτες που περιγράφουμε είναι το ΑΕΠ κατά κεφαλή, οι Δαπάνες της Υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π, οι φαρμακευτικές δαπάνες, οι ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών και όσον αφορά τους βασικούς δείκτες της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού είναι οι εξής: οι Θάνατοι από Ψυχικές Διαταραχές, οι αυτοκτονίες, το προσδόκιμο ζωής, η βρεφική θνησιμότητα, τα πιθανά χρόνια απώλειας της ζωής, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις.



## **Κεφάλαιο 2**

### **Οικονομική κρίση**

#### **2.1 Οικονομική κρίση, λιτότητα και υγεία στην Ευρώπη**

Η Επιτροπή Ερευνών για την Χρηματοπιστωτική Κρίση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κρίση προκλήθηκε από την υπεραπλούστευση των επενδύσεων σε ενυπόθηκα δάνεια που βασίζονται σε αποτιμήσεις στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου, (μερικές φορές δόλια). Η άνοδος των επιτοκίων οδήγησε σε αδυναμίες των δανειοληπτών, με αποτέλεσμα αδυναμία των τραπεζών και συντριβή σε στεγαστικές και χρηματιστηριακές αγορές. Στις αρχές του 2008, 9 εκατομμύρια ιδιοκτήτες σπιτιών στις ΗΠΑ χρωστούσαν περισσότερο από την αξία της ιδιοκτησίας τους (Andrews, UchitelleL, 2013). Όλο και περισσότεροι ιδιοκτήτες σπιτιών ξεπέρασαν τα δάνεια τους και η αξία των χρεογράφων που χρεώνονται με στεγαστικά δάνεια κατέρρευσε (ObstfeldM, RogoffK, 2009). Επειδή πολλοί τίτλοι που εξασφαλίστηκαν με υποθήκη πωλήθηκαν στην Ευρώπη, αυτή η αναταραχή στον αμερικανικό στεγαστικό τομέα εξαπλώθηκε γρήγορα στις ευρωπαϊκές τράπεζες. Χώρες όπως η Ιρλανδία, η Ισπανία και η Ιταλία, οι οποίες είχαν αναπτύξει λεγόμενες φούσκες ακινήτων οι οποίες τροφοδοτήθηκαν εξίσου από τα τεχνητά χαμηλά επιτόκια (εν μέρει λόγω της ιδιότητας μέλους της Ευρωζώνης) ήταν μεταξύ των χειρότερων επιπτώσεων, καθώς η ζήτηση για στέγαση μειώθηκε ταυτόχρονα και οι τράπεζες κατέρρευσαν στη συνέχεια.

Η χρηματοπιστωτική κρίση οδήγησε σύντομα σε οικονομική κρίση. Το 2009, το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε σε πραγματικούς όρους σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) εκτός από την Πολωνία. Η μέση μείωση ήταν 4,3%, αλλά οι απώλειες κυμάνθηκαν από 1,9% στην Κύπρο μέχρι 17,7% στη Λετονία. Μεταξύ του 2007 και του 2010 η ανεργία αυξήθηκε αρκετά και με γρήγορους ρυθμούς, κατά 3% στην Πορτογαλία, τη Σλοβακία και τη Βουλγαρία, 4% στη Δανία, Ουγγαρία και Ελλάδα, 5% στην Ισλανδία, 9% στην Ιρλανδία, 12% στην Ισπανία και την Εσθονία, 13% στη Λετονία και 14% στη Λιθουανία (European Commission, 2013).

## **2.2.1 Ο αντίκτυπος της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης στην κοινωνική ζωή και την υγειονομική περιθαλψη στην Ευρώπη**

Στην περίοδο της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι το χάσμα της φτώχειας και της ανισότητας θα επιδεινωθεί, λόγω της μείωσης του συνολικού εισοδήματος (Kondo.N, 2012).Στοιχεία δείχνουν τη διεύρυνση του χάσματος μεταξύ πλουσίων και φτωχών που μπορεί να αποδοθεί στα μέτρα λιτότητας και στις επιλογές σταδιακής φορολογίας των κρατικών κυβερνήσεων. Ορισμένες ομάδες πληθυσμού, έχουν πληγεί σοβαρά, διότι τα αυστηρά μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης μείωσαν αρκετά την αγοραστική τους δύναμη. Η μείωση των συντάξεων και του εισοδήματος, η αύξηση των φόρων, το υψηλό κόστος βασικών αγαθών, όπως η θερμότητα, η ηλεκτρική ενέργεια, τα τρόφιμα και τα ενοίκια, ευθύνονται για την μειονεκτική θέση που βρίσκονταν ορισμένα νοικοκυριά (DoreMH, SinghRG, 2009).

Σημειώθηκε αύξηση των ποσοστών ανεργίας με αποτέλεσμα μεγαλύτερη φτώχεια καθώς και διεύρυνση της αδυναμίας πρόσβασης σε βασικές κοινωνικές υπηρεσίες. Η διακύμανση των επιπέδων ανεργίας δείχνει σαφώς τη σχέση μεταξύ ύφεσης και αυξημένης ανεργίας, είτε σε λιγότερο είτε σε περισσότερο πληγείσες χώρες, δηλ. 5-8% στην Αυστρία και τις Κάτω Χώρες, σε 30-35% στην Ελλάδα και τη Σλοβακία (ILO,2012).Τα ποσοστά ανεργίας των νέων υπερβαίνουν το 20% σε πολλές από τις πληγείσες χώρες και το Σεπτέμβριο του 2012 είχαν σημειώσει δραματική αναλογία άνω του 55% στην Ελλάδα και την Ισπανία (Eurostat,2012).

Η άνοδος της ανεργίας συνδέεται με σημαντική αύξηση των θανάτων από εκ προθέσεως βία. Σε μια δημοσιευμένη μελέτη σε 26 ευρωπαϊκές χώρες σημειώνεται ότι κάθε αύξηση κατά 1% στην ανεργία συνδέεται με αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% στις ηλικιακές ομάδες <65 ετών (Stuckler.D.et al, 2009). Επίσης, οι ψυχικές διαταραχές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, η κατάχρηση καπνού και οινοπνεύματος, καθώς και η χαμηλής ποιότητας κατανάλωση τροφίμων αυξάνονται μαζί με την ανεργία (Economidou.A.et al, 2008).

Τα προγράμματα "λιτότητας" που εφαρμόστηκαν με περικοπές των παροχών και στις υπηρεσίες υγείας, επηρέασαν τα άτομα με χαμηλό εισόδημα. (McInerney.M.et al, 2012).

### **2.2.2 Επιδράσεις στα συστήματα υγείας**

Έχει γίνει αρκετή προσπάθεια για να διερευνηθεί πώς η υγεία μπορεί να επηρεαστεί από την οικονομική κρίση (Cylus.J.et al, 2012).Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής όταν αντιμετωπίζουν δημοσιονομική κρίση, ενδέχεται να υποστούν πίεση για τη διατήρηση, μείωση ή αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία (Mladovsky.P.et al, 2012).Οι αλλαγές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία μπορούν να εμπλέκουν διάφορα μέσα πολιτικής (ή συνδυασμούς αυτών) που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της παροχής δημόσιας χρηματοδότησης.

Μια μελέτη (Mladovsky.P.et al, 2012) σχετικά με την απόκριση των συστημάτων υγείας στην παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση (από τον Μάρτιο ή τον Απρίλιο του 2011), έδειξε ότι οι χώρες της Ευρώπης ανταποκρίθηκαν στην χρηματοπιστωτική κρίση με διάφορους τρόπους. Εντός της ΕΕ, ορισμένες χώρες (π.χ. Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ιταλία, Λιθουανία, Σλοβακία) ήταν πολύ καλύτερα προετοιμασμένες σε σχέση με άλλες λόγω των φορολογικών μέτρων που εγκρίθηκαν πριν από την κρίση. Αυτές οι χώρες ήταν σε θέση να επικεντρωθούν σε αντικυκλικές πολιτικές, όπως η διατήρηση των χρηματοοικονομικών αποθεματικών που προορίζονταν για την υγεία ή η σύνδεση των κρατικών εισφορών προς τις οικονομικά ανενεργές ομάδες με τα κέρδη των προηγούμενων ετών (WHO, 2011).Σε άλλες χώρες, οι προϋπολογισμοί για την υγεία προστατεύονταν (Βέλγιο, Δανία) ή πάγωσαν (στο Ηνωμένο Βασίλειο, αν και οι πραγματικές δαπάνες μειώθηκαν, σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της κυβέρνησης), ενώ άλλοι τομείς παρουσίασαν περικοπές (Mladovsky.Pet al, 2012) .

Σε ορισμένες κυβερνήσεις όπως της Αυστρίας, της Λετονίας, της Πολωνίας και της Σλοβενίας ενίσχυσαν τη θέση τους στις διαπραγματεύσεις τιμών με φαρμακευτικές εταιρείες, ενώ η Δανία, η Ελλάδα, η Λετονία, η Πορτογαλία και η Σλοβενία επιτάχυναν την αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών τους τομέων. Ορισμένες χώρες μείωσαν (π.χ. την Κύπρο, την Ελλάδα, την Ιρλανδία, τη Λιθουανία, την Πορτογαλία, τη Ρουμανία) ή πάγωσαν (π.χ. Αγγλία, Σλοβενία) τους μισθούς στους επαγγελματίες υγείας ή μείωσαν το ποσοστό αύξησης των μισθών (π.χ. Δανία) (Mladovsky.P.et al, 2012). Αυτές οι πολιτικές θα μπορούσαν να επιδεινώσουν τις μισθολογικές ανισορροπίες μεταξύ ή εντός των χωρών, γεγονός που θα μπορούσε να αυξήσει τη διαρροή επιστημόνων υγείας.

Έτσι, σε μερικές χώρες, ορισμένες υπηρεσίες αφαιρέθηκαν από το πακέτο παροχών υγείας.Σε ορισμένες χώρες επεκτάθηκαν τα οφέλη για ομάδες χαμηλού εισοδήματος (π.χ. Μολδαβία) (Mladovsky.P.et al, 2012). Ωστόσο, ορισμένες χώρες ειδικότερα, η Τσεχική

Δημοκρατία, η Δανία, η Εσθονία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Λετονία, οι Κάτω Χώρες, η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Σλοβενία σε απάντηση της κρίσης μείωσαν την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης θεσπίζοντας ή αυξάνοντας τα τέλη χρήσης για ορισμένες υπηρεσίες υγείας.

Η εισαγωγή ή η αύξηση των τελών χρήσης περίθαλψης μπορεί να επιδεινώσει τα αποτελέσματα της υγείας και να οδηγήσει στην αυξημένη χρήση δωρεάν υπηρεσιών.

Ορισμένες χώρες αύξησαν τους φόρους για το αλκοόλ ή τον καπνό, ή και τα δύο. Πίσω από τέτοια μέτρα είναι συχνά ένας συνδυασμός κινήτρων όπως η αύξηση των εσόδων και η προώθηση της υγείας (Makela.P.et al, 2009, Davies.SC, 2012).

### **2.2.3 Επιπτώσεις στη υγεία**

Στοιχεία που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της ύφεσης στην υγεία έδειξαν ότι η οικονομική ύφεση μπορεί να έχει ελάχιστες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία στις χώρες με υψηλό εισόδημα και ακόμη ότι η θνησιμότητα μπορεί να μειωθεί όταν η οικονομία επιβραδυνθεί και να αυξηθεί όταν επιταχυνθεί η οικονομία (Ruhm.CJ, 2002,2006,2008 Joyce.T, 1993).

Παρόλο που τα στοιχεία αυτά θεωρήθηκαν αντίθετα από ορισμένους ερευνητές (Catalano.R, 2005), μια εξήγηση που δόθηκε είναι ότι οι οικονομικές δυσκολίες οδηγούν στη βελτίωση της συμπεριφοράς στην υγεία παρέχοντας αυξημένο ύπνο και ελεύθερο χρόνο που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας (π.χ. άσκηση) και οι άνθρωποι να βελτιώσουν την διατροφή τους και να μειώσουν την χρήση αλκοόλ (επειδή έχουν λιγότερα χρήματα) και οδηγούν λιγότερο (με αποτέλεσμα λιγότερους θανάτους από οδικά τροχαία ατυχήματα).

Έρευνα των Stuckler.et al, (2009), για τις οικονομικές διακυμάνσεις στην Ευρώπη, έδειξε ότι η επιδείνωση της απασχόλησης και άλλων οικονομικών δεικτών (ΑΕΠ ανά άτομο, ώρες εργασίας και εναλλακτικά μέτρα ανεργίας) επηρέασαν διαφορετικά τη θνησιμότητα από συγκεκριμένες αιτίες. Η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συσχετίστηκε με αυξήσεις στις αυτοκτονίες και τις δολοφονίες, αλλά με μειώσεις στους θανάτους από την οδική κυκλοφορία, ενώ αύξηση 3% ή περισσότερο συνδέθηκε με την αύξηση των θανάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Οι επιπτώσεις της ανερχόμενης ανεργίας δεν

ήταν ομοιόμορφες και θα μπορούσαν να μειωθούν σημαντικά από την κοινωνική προστασία.

Στοιχεία που δείχνουν ότι η ανεργία επηρεάζει αρνητικά την υγεία μπορούν να αντληθούν από μεμονωμένες έρευνες. Σύμφωνα με τους (Paul.K,et al, 2009) η εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων σε άνεργους (34%) είναι παραπάνω από διπλάσια από εκείνη των απασχολουμένων (16%) και οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία ήταν λιγότερες σε χώρες με συστήματα με ισχυρή προστασία της απασχόλησης από χώρες με φτωχή προστασία της απασχόλησης. Η κακή υγεία σε ομάδες ανέργων είναι εν μέρει αποτέλεσμα των μειωμένων χρηματοοικονομικών πόρων (Creed.P.et al, 1999) επειδή η απώλεια του εισοδήματος μπορεί να οδηγήσει σε κακή διατροφή και ενδεχομένως σε εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι Martikainen και Valkonen (1996) έδειξαν ότι, οι άνεργοι έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από τους αντίστοιχους μισθωτούς.

Οι Morris και συνεργάτες (1994) ανέφεραν ότι η διάρκεια της ανεργίας σχετίζεται με αύξηση του κίνδυνου θνησιμότητας. Η ανεργία συνδέεται με αυξημένες ανθυγιεινές συμπεριφορές και επηρεάζει την ψυχική υγεία, που οδηγεί σε αυξημένες ψυχολογικές διαταραχές και αυξημένο κίνδυνο ψυχοσωματικών ασθενειών και αυτοκτονιών (Creed.P.et al, 1999, Moser.KA, 1986, Junankar.PN, 1991).

Σύμφωνα με έρευνες για την υγεία των Αμερικανών κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Ύφεσης έδειξαν ότι, παρόλο που οι αυτοκτονίες έγιναν πιο συχνές, η συνολική θνησιμότητα μειώθηκε (από μειώσεις στις λοιμώδεις νόσους και τα τροχαία ατυχήματα) (Stuckler.D, 2012).

Μια συστηματική ανασκόπηση (SuhrckeM.etal,2011) έδειξε επιδείνωση των αποτελεσμάτων των μολυσματικών ασθενειών κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, ως αποτέλεσμα της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης, της περιορισμένης πρόσβασης στην περίθαλψη ή της κακής διατήρησης της θεραπείας.

Η διατήρηση των δαπανών σε άλλους τομείς μπορεί να είναι εξίσου σημαντική με τη διαφύλαξη των προϋπολογισμών για την υγεία. Μια μελέτη των (Stuckler.D.et al, 2010) κατά τη διάρκεια 25 ετών των επιλεγμένων χωρών στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης έδειξε ότι αύξηση ύψους 100 US\$ ανά άτομο ετησίως στις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας συνδέθηκε με μείωση κατά 1,19% της θνησιμότητας από

κάθε αιτία. Σε χώρες που δαπανούν λιγότερα από 70 δολάρια ανά άτομο στην υγεία π.χ. την Ισπανία και τις χώρες που προσχώρησαν στην ΕΕ από το 2004 (κυρίως Ανατολική Ευρώπη), η επιδείνωση της οικονομίας συσχετίζεται με την αύξηση της αυτοκτονίας. Όμως, στη Φινλανδία και τη Σουηδία, όπου δαπανήθηκαν τουλάχιστον 300 δολάρια ανά άτομο, η οικονομική αλλαγή δεν είχε εμφανή βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στη συνολική υγεία του πληθυσμού. Αυτά τα ευρήματα σχετίζονταν ιδιαίτερα με τις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας και όχι με τις δαπάνες της γενικής κυβέρνησης. Οι αυξημένες δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας μειώνουν σημαντικά τη θνησιμότητα από ασθένειες που συνδέονται με τις κοινωνικές συνθήκες (όπως οι θάνατοι που συνδέονται με το αλκοόλ).

Σύμφωνα με τους (Yur'yev.A.et al, 2011) σχετικά με την κοινωνική πρόνοια και τις αυτοκτονίες στην Ευρώπη έδειξε ότι οι υψηλές κοινωνικές δαπάνες μείωσαν τη θνησιμότητα από την αυτοκτονία και ότι η εμπιστοσύνη του πληθυσμού στην παροχή κοινωνικής πρόνοιας είχε προληπτικό αποτέλεσμα σε σχέση με την αυτοκτονία. Η οικονομική αλλαγή οδηγεί σε πρόσθετες απειλές για την ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της ανεργίας, της απώλειας εισοδήματος και της αύξησης του χρέους των νοικοκυριών. Εκτός από την εξασφάλιση πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, οι κίνδυνοι αυτοί μπορούν να μετριαστούν με προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και οικογενειακής στήριξης (WahlbeckK.et al, 2012).

### **2.2.3.1 Αλλαγές στην υγεία**

Οι οικονομικές, κοινωνικές, δημογραφικές συνέπειες στις χώρες που πλήττονται από την οικονομική ύφεση θα καταστούν εμφανής μακροχρόνια. Ωστόσο ορισμένα αποτελέσματα, είναι ήδη σαφή. Η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών έχει αυξηθεί στην Ελλάδα και την Ισπανία, και η γενική υγεία και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη έχουν επιδεινωθεί στην Ελλάδα (Kentikelenis.A.et al, 2011, Gili.M.et al, 2013).

Τα πιο ευάλωτα άτομα είναι εκείνα των χωρών που αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες περικοπές στους δημόσιους προϋπολογισμούς και την αύξηση της ανεργίας. Τόσο η απώλεια θέσεων εργασίας όσο και ο φόβος της απώλειας θέσεων εργασίας έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Η μείωση του εισοδήματος, οι αυξανόμενες

ιδιωτικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και οι περικοπές στις υπηρεσίες αποτρέπουν την έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών (Reichert.A.et al, 2011).Τέτοιες επιδράσεις έχουν παρατηρηθεί στην Ελλάδα,στην Ισπανία και στην Πορτογαλία.Στην Ιρλανδία, οι επιπτώσεις στην υγεία είναι μέχρι στιγμής ασαφείς, αλλά η υγειονομική κάλυψη των ασθενών ηλικίας άνω των 70 ετών έχει μειωθεί (δικαίωμα για ιατρικές κάρτες, οι οποίες επιτρέπουν στους κατόχους πρόσβαση σε ορισμένες υπηρεσίες δωρεάν, έχουν αφαιρεθεί (για όσους έχουν υψηλά εισοδήματα), εισήχθησαν συνταξιοδοτικά τέλη για νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, τα οποία πιθανώς θα επηρεάσουν την πρόσβαση στην περίθαλψη (ThomasS.et al, 2012).

Η Ισλανδία ήταν μια από τις πρώτες ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν από τη χρηματοπιστωτική κρίση, ο δείκτης χρέους προς ΑΕΠ αυξήθηκε από 28% το 2007 σε 130% το 2011 και η αξία του νομίσματος μειώθηκε κατά 35% πριν από την αναστολή της διαπραγμάτευσης. Ωστόσο, η Ισλανδία απέρριψε την λιτότητα, αρνήθηκε να λογοδοτήσει για την ανευθυνότητα λίγων τραπεζιτών και επένδυσε στους ανθρώπους της, οι οποίοι, σύμφωνα με στοιχεία, είχαν πολύ λίγες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία.

## **2.2.4 Επιπτώσεις της κρίσης στη ζήτηση και στην προσφορά υγειονομικής περίθαλψης**

### **2.2.4.1 Ζήτηση υπηρεσιών Υγείας**

Η αύξηση της ζήτησης για τις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν οφείλεται μόνο στην αύξηση καταστάσεων που έχουν συνδεθεί με την κρίση. Σε πολλά κράτη μέλη, οι ασθενείς χρησιμοποιούν συχνά ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Λόγω της μείωσης του εισοδήματος των χρηστών ,ως αποτέλεσμα της κρίσης, μπορεί να οδηγηθούν να επιλέξουν υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, για να αποφύγουν τις ιδιωτικές πληρωμές ή τα προαιρετικά ασφάλιστρα ασφάλισης υγείας. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, μεταξύ 2009 και 2011 υπήρξαν αυξήσεις στις εισαγωγές ασθενών στο δημόσιο νοσοκομείο (αλλά μείωση στις επισκέψεις(GP) και μια σαφής μείωση στις εισαγωγές των ιδιωτικών νοσοκομείων. Η κρίση μπορεί να είχε αρνητικό αντίκτυπο στην πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες για ορισμένες ομάδες πληθυσμού (Kentikelenis.et al, 2011).

#### 2.2.4.2 Μειωμένη παροχή

Πολλές κυβερνήσεις της ΕΕ προσπάθησαν να εξισορροπήσουν τους δημόσιους προϋπολογισμούς. Οι (Mladovsky.etal, 2012b) παρουσιάζουν μια εκτεταμένη επισκόπηση και ανάλυση των επιπτώσεων στην πολιτική για την υγεία.

- Πρώτον, μερικές κυβερνήσεις μείωσαν την χρηματοδότηση για τη δημόσια φροντίδα μειώνοντας το μέγεθος του προϋπολογισμού, τη δημόσια συνεισφορά στην κοινωνική ασφάλιση ασθενείας ή το μέρος του κόστους της υπηρεσίας υγείας που καλύπτεται δημοσίως.
- Δεύτερον, ορισμένες κυβερνήσεις μείωσαν τον όγκο της δημόσιας χρηματοδότησης. Τα μέτρα περιελάμβαναν μείωση των υπηρεσιών που καλύπτονται από το πακέτο των υποχρεωτικών ασφαλιστικών παροχών, τη μειωμένη κάλυψη του πληθυσμού ως προς τον αριθμό των πολιτών, η παράταση των επιτρεπόμενων χρόνων αναμονής.
- Τρίτον, οι κυβερνήσεις προσπάθησαν να μειώσουν το κόστος της δημόσιας χρηματοδότησης. Αυτό περιλαμβάνει μειωμένες πληρωμές προς τους παρόχους, μείωση του προσωπικού και αναδιάρθρωση ή συντονισμό της περίθαλψης.

Μειώθηκαν οι ευκαιρίες απασχόλησης στις χώρες καταγωγής, οπότε την εκροή ιατρικού προσωπικού στις πληγείσες χώρες (Eurofound, 2013), με αποτέλεσμα τη μείωση της διαθεσιμότητας ειδικευμένου προσωπικού.

Η μακροχρόνια τάση αύξησης των δημόσιων δαπανών υγείας στην ΕΕ σταμάτησε. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σε ένα ή περισσότερα έτη από το 2007 σε 18 από τα 28 κράτη μέλη. Σε χώρες με υψηλές δημόσιες δαπάνες για την υγεία, μπορεί να υπήρχε περιθώριο να αμβλυνθούν αυτές οι μειώσεις και να αποφευχθεί ο επίσημος αντίκτυπος στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Μειώσεις σημειώθηκαν σε χώρες με χαμηλές και υψηλές δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Το γεγονός ότι χώρες με περιορισμένους προϋπολογισμούς επηρεάστηκαν ιδιαίτερα προκαλεί ανησυχία για την μείωση της πρόσβασης και τη μείωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ. Όπως και με τις μεταβολές της ζήτησης, οι μεταβολές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία δεν μπορούν να αποδοθούν εξ ολοκλήρου στην κρίση. Άλλα αίτια αποτελούν π.χ οι μακροχρόνιες προσπάθειες μετατόπισης των δαπανών προς τον ιδιωτικό τομέα (Montanari και Nelson, 2013).



### 2.2.4.3 Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για ιδιώτες

Η Eurostat, μέσω του EU-SILC, ζητά από τα κράτη μέλη να συλλέγουν ετήσια στοιχεία σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότεροι πολίτες στην ΕΕ (93,3% στην ΕΕ27) ανέφεραν ότι δεν έχουν καλύψει τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης το 2011. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες που δεν δηλώθηκαν, στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου είναι κάτω από το μέσο όρο της Ε.Ε και η Ισπανία εμφανίζει αύξηση από το 2013 μέχρι το 2017 από 89% σε 96%, αντίστοιχα. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει ανεπιθύμητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω του υψηλού κόστους αυξήθηκε από το 2011 και μετά (Eurostat, 2018c). Σε επίπεδο ΕΕ, σε ορισμένες χώρες το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες έχει αυξηθεί. Συγκεκριμένα, η Ελλάδα παρουσίασε αύξηση κατά 50% στην αναφορά ανεπιθύμητων ιατρικών αναγκών μεταξύ 2007 και 2011, (Kentikelenis et al, 2011). Σε πολλές χώρες, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας αυξήθηκαν τόσο στους άνεργους όσο και στους απασχολούμενους. Σε ορισμένες χώρες, η αύξηση αυτή συγκεντρώθηκε μεταξύ ανέργων (Πίνακας 1).

*Πίνακας 1: Χώρες με αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας*

<b>Κατηγορίες απασχόλησης</b>	<b>Χώρες</b>
<b>Άνεργοι μόνο</b>	Austria, Czech Republic, Latvia, Sweden, UK
<b>Άνεργοι και εργαζόμενοι</b>	Belgium, Denmark, Finland, France, Greece, Malta, Spain
<b>Εργαζόμενοι μόνο</b>	Slovakia

**Πηγή:** Ανάλυση του Eurofound σχετικά με τα μακροοικονομικά δεδομένα EU-SILC, η οποία καταρτίστηκε από την Eurostat (2013).

Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού το 2016 ανέφερε ότι δεν είχαν καμία μη ικανοποιημένη ανάγκη φροντίδας για οικονομικούς λόγους, γεωγραφικούς λόγους ή χρόνους αναμονής, βάσει του EU-SILC. Ωστόσο, στην Εσθονία και την Ελλάδα, τουλάχιστον το 10% του πληθυσμού ανέφερε ορισμένες ανεκπλήρωτες

ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, με το βάρος να κυμαίνεται κυρίως σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος, ιδιαίτερα στην Ελλάδα (OECD, 2018).

Σχεδόν ένας στους πέντε Έλληνες με το χαμηλότερο εισόδημα ανέφερε ότι δεν είχε κάποια ιατρική περίθαλψη όταν το χρειάζονταν κυρίως για οικονομικούς λόγους. Στην Εσθονία, ο κύριος λόγος για τους οποίους οι άνθρωποι αναφέρουν ανεπιθύμητες ανάγκες φροντίδας οφείλεται σε μεγάλους χρόνους αναμονής. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη και οδοντιατρική περίθαλψη μειώθηκαν κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ από το 2015. Ωστόσο, το χάσμα των αναγκών ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης που δεν καλύπτονται μεταξύ των φτωχών και των πλούσιων ανθρώπων παρέμεινε το ίδιο: οι άνθρωποι με το χαμηλότερο εισόδημα εξακολουθούν να έχουν πενταπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής φροντίδας από ό,τι άνθρωποι με υψηλότερο εισόδημα και είναι έξι φορές περισσότερες οι πιθανότητες να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης (OECD, 2018). Είναι πιο συνηθισμένο οι άνθρωποι να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, παρά να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες. Η αύξηση των δυσκολιών στη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη δεν συνεπάγεται πάντοτε αύξηση των αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών σε υγειονομική περίθαλψη, καθώς οι άνθρωποι ενδέχεται να εξακολουθήσουν να λαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και αν είναι δύσκολο να το πράξουν.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Το Ελληνικό σύστημα Υγείας

#### 3.1 Βασικά στοιχεία του Ελληνικού συστήματος υγείας

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό. Βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Χαρακτηρίζεται ως μικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησης του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος προέρχεται από την φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί στόχοι ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας( Χλέτσος.Μ, 2011,σελ.110).

Το υπουργείο υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τη γενική φορολογία, κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα προέρχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και από ασφαλιστικούς φορείς ( Χλέτσος.Μ,2011,σελ 111).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι τα εξής: (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007, σελ.111)

- μικτό σύστημα
- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας
- η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και τη κοινωνική ασφάλιση
- οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΥΠΕ)

- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία,
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία,
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών,
- το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα,

Τα βασικά πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι(Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007, σελ.111):

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας
- πλήρη κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς.
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων ,πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- άτυπες πληρωμές,προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών

Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές νομοθετικές πρωτοβουλίες για την εφαρμογή ενός αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, που θα οδηγούσε στην ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση και αντιμετώπιση των διαφόρων τοπικών αναγκών και προβλημάτων του συστήματος, ιδίως με το Χάρτη Υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό και

τη χρηματοδότηση. Από τον ιδρυτικό νόμο 1937/1983 προβλεπόταν η ίδρυση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ), τα οποία δεν εφαρμόστηκαν τελικά. Με διαδοχικούς νόμους ιδρύθηκαν, αρχικά, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ, Ν. 2889/2001), τα οποία στη συνέχεια μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ, Ν. 3106/2003) και, τελικά, σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ, Ν. 3329/2005). Οι νόμοι αυτοί δεν είχαν σταθερή στόχευση και έδειξαν προχειρότητα στο σχεδιασμό, έλλειψη μακροπρόθεσμης στρατηγικής και πραγματικής βούλησης για αποκέντρωση. Σε μια περαιτέρω οπισθοδρόμηση, ο αριθμός τους μειώθηκε από 17 σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Ν. 3527/2007) και τελευταία επιχειρείται η μετάθεση των αρμοδιοτήτων τους στην τοπική αυτοδιοίκηση (Ν. 3852/2010), αφού προηγουμένως είχαν αποσιλωθεί αυτές προς όφελος αφ' ενός του κέντρου και αφ' ετέρου των εποπτευόμενων φορέων υγείας. Όπως γίνεται φανερό από την ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της περιφερειακής οργάνωσης του ΕΣΥ, παρόλο που ο αρχικός σχεδιασμός ήταν η αποκέντρωση, η απόλυτη εξάρτηση από την κεντρική εξουσία και η αδυναμία αυτοτελούς χρηματοδότησης κατέστησαν τελικά τις διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών υπηρεσίες με διεκπεραιωτικό, συμβουλευτικό και ατελή εποπτικό ρόλο χωρίς αποφασιστικές αρμοδιότητες, με αποτέλεσμα υπό τις σημερινές συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας να είναι αμφίβολο εάν ωφελεί και η διατήρησή τους ως ανεξάρτητων από τις Διοικητικές Περιφέρειες Οργανισμών (Μ.Καλογεροπούλου, 2013).

Κύριο χαρακτηριστικό του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα ήταν η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και μεγάλου εύρους ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Στο τομέα της υγείας υπήρχαν περίπου 30 ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρείχαν ασφαλιστική και υγειονομική κάλυψη και λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους. Κάθε ένα υπόκειντο σε διαφορετική νομοθεσία και πολλές φορές υπήρχαν διαφοροποιήσεις ως προς το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής των παροχών. Συνέπεια να προκύπτουν ανισότητες στη πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών (Πολύζος, Ν, 2013, σελ 156).

Με τις μεταρρυθμίσεις όμως της περιόδου 2011-12, η αρμοδιότητα των ταμείων ασφάλισης πέρασε στο Υπουργείο Υγείας, ενώ συγχωνεύτηκαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) σε έναν ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής

Υπηρεσιών Υγείας(ΕΟΠΥΥ) με την προοπτική να ενταχθούν σε αυτόν και άλλα ταμεία (Πολύζος,Ν,2013,σελ 156).

Δύο έτη μετά την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ η κυβέρνηση παρουσίασε 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). Η κυβέρνηση μεταφέρει τις δομές του ΕΟΠΥΥ στην ευθύνη του ΕΣΥ και τις εντάσσει στην ευθύνη της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας (ΥΠΕ)( Δ.Νιάκας, 2014).

Παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έχουν καταβληθεί έως τώρα, πρέπει να αντιμετωπιστούν ορισμένες βασικές πηγές αναποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας: ειδικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα, η έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού και η έλλειψη χρηματοδότησης. Μια άλλη πρόκληση είναι η έλλειψη διοικητικής ικανότητας για την εισαγωγή διοικητικών μεταρρυθμίσεων και η παρακολούθησή τους. Τα κενά στη ροή πληροφοριών μεταξύ διαφόρων κρατικών φορέων, η μεταβολή των τεχνικών δεξιοτήτων και η έλλειψη ουσιαστικής αξιολόγησης των επιδόσεων ενθαρρύνουν περαιτέρω την αντίσταση στην αλλαγή.

Η αδυναμία να επιφέρει αλλαγές ήταν πάντα ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του Ελληνικού συστήματος υγείας, που προκλήθηκε από πολιτικές συνθήκες, έλλειψη διαφάνειας και ουσιαστική αντίσταση από τους ενδιαφερόμενους της ιατρικής. Ακόμη και το 2017, οι πολιτικοί παράγοντες, οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων και τα ενδιαφερόμενα μέρη φαίνεται να διαφωνούν θεμελιωδώς σχετικά με τις αξίες του συστήματος υγείας και την κατεύθυνση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που περιπλέκει περαιτέρω την εφαρμογή τους.

Η οικονομική κρίση έχει επισημάνει την ανάγκη ριζικής αναδιάρθρωσης του Ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης προς τον δηλωμένο στόχο του να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας δίκαια και δωρεάν. Στο πλαίσιο αυτό, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας θα πρέπει να επανεξετάσουν έξι προτεραιότητες:

- εξασφάλιση δίκαιης πρόσβασης στις υπηρεσίες ·

- βελτίωση της ενδυνάμωσης των πολιτών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες που χρειάζονται και τις επιλογές θεραπείας τους ·
- αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας προς ένα σύστημα βασισμένο στον ασθενή, σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- βελτίωση των προληπτικών υπηρεσιών και αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου στην υγεία του πληθυσμού.
- αυξανόμενη αποκέντρωση και περιφερειοποίηση της λήψης αποφάσεων και της παροχής και
- αύξηση της λογοδοσίας του τομέα της υγείας.

Υπάρχει επίσης ανάγκη επανεξέτασης και προώθησης ενός δημόσιου διαλόγου σχετικά με τον προϋπολογισμό για την υγεία, ο οποίος δεν πρέπει να θεωρείται ως οικονομικό βάρος αλλά ως αναπτυξιακό εργαλείο, με επίκεντρο την αντιμετώπιση όχι μόνο της οικονομικής διάστασης αλλά και της ευημερίας των πολιτών. Με άλλα λόγια, η επαναφορά των κοινωνικών αξιών στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός νέου παραδείγματος για την αειφόρο ανάπτυξη του (C.Economou, 2017).

### **3.2 Το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν από την οικονομική κρίση**

Πριν από την επερχόμενη κρίση, το Ελληνικό σύστημα υγείας εμφάνιζε αρκετά προβλήματα. Ήταν ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν προετοιμασμένο για να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού (WHO, 2015).

Στο Ελληνικό Σύστημα υγείας πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και την εφαρμογή των μνημονιακών δεσμεύσεων ίσχυαν τα εξής (Ευμορφίδου, 2009):

- Το κράτος είχε τον πρώτο λόγο, σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών
- Το κράτος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούσε τον κύριο παραγωγό υπηρεσιών υγείας

- Οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούσαν και ως αγοραστές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν ήταν επαρκής και δεν συμβάδιζε με την κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συνεχώς ελλείμματα στο σύστημα υγείας
- Η κατανομή και πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες ήταν άνιση μεταξύ των πολιτών.

Το σύστημα υγείας ήταν αντιμέτωπο, ήδη, με προβλήματα και η οικονομική κρίση που εμφανίστηκε οδήγησε στη διόγκωση τους και η χώρα οδηγήθηκε να συνάψει συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο στις 23 Απριλίου 2010, για την εφαρμογή ενός μνημονίου με το οποίο η Ελλάδα μπορούσε να δανειστεί χρήματα από τον «Μηχανισμό Στήριξης» (ESM/EFSF). Η συμφωνία απαιτούσε την λήψη ορισμένων μέτρων από διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος υγείας, με σκοπό την ανάπτυξη (Vrachatis and Papadopoulos, 2012).

### 3.3 Το Ελληνικό σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης

Οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν από το 2010 καθορίστηκαν από τους εταίρους δηλ. ΔΝΤ, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, Ευρωπαϊκή Επιτροπή κλπ. , όμως ορισμένες από αυτές είχαν προταθεί στο παρελθόν. Οι συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις επικεντρώθηκαν στις επιχειρησιακές, οικονομικές και διαχειριστικές διαστάσεις και τα μέτρα εφαρμόστηκαν για το περιορισμό του κόστους με τη μορφή περικοπών (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2:** Τα Μέτρα των μνημονίων για το υγειονομικό σύστημα από το 2010 έως σήμερα

<b>1<sup>ο</sup> ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΜΑΙΟΣ 2010</b>	
Νόμος 3868/2010	<p>«Αναβάθμιση του ΕΣΥ και λοιπές διατάξεις»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Απογευματινή λειτουργία των Νοσοκομείων</li> <li>• Ολοήμερη λειτουργία των Νοσοκομείων</li> </ul>



Νόμος 3892/2010	«Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων»
Νόμος 3918/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύσταση ΕΟΠΥΥ</li> <li>• Ένταξη των Νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ</li> <li>• Σύσταση Συντονιστικής Επιτροπής προμηθειών</li> <li>• Μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακευτικών</li> <li>• Επιστροφές από φαρμακευτικές επιχειρήσεις (rebate)</li> </ul>
<b>2<sup>ο</sup> ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΜΑΡΤΙΟΣ 2012</b>	
Νόμος 4052/2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαίρεση της επικράτειας σε 7 ΥΠΕ</li> <li>• Ενοποίηση των Νοσοκομείων του ΕΣΥ</li> <li>• Εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος λογιστικής στα Νοσοκομεία</li> </ul>
Νόμος 4046/2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφαρμογή Clawback και Rebate</li> </ul>
Μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηλεκτρονική συνταγογράφηση</li> <li>• Συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία και όχι την ονομασία του φαρμάκου</li> <li>• Θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων</li> <li>• Εισαγωγή συστήματος τιμών αναφοράς/θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων</li> <li>• Αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο 10% στα φαρμακευτικά προϊόντα μέχρι 25% στα φάρμακα γενικής χρήσης και των χρόνιων ασθενών</li> <li>• Πρόσθετη δαπάνη 1€/συνταγή</li> <li>• Στόχος το 50% των φαρμάκων να είναι γενόσημα</li> </ul>
Νοσοκομεία  Νόμος 4118/2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Είσπραξη- αύξηση αντιτίμου στα Ε.Ι των Νοσοκομείων από 3€ σε 5€</li> <li>• 25€ ανά εισαγωγή στο Νοσοκομείο</li> <li>• Συμμετοχή 50% για τους αγρότες για την χρήση Ιδιωτικών Νοσηλευτικών Μονάδων</li> <li>• Μετονομασία των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (ΚΕΝ) - τιμολόγηση</li> <li>• Αύξηση της κινητικότητας του προσωπικού Υγείας</li> <li>• Μείωση των αποδοχών και αναλογία 1/5 σε συνταξιοδοτήσεις - προσλήψεις του ΕΣΥ</li> </ul>
Νόμος 4238/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύσταση του ΠΕΔΥ</li> <li>• Θέσπιση Οικογενειακού Ιατρού, καθιέρωση ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας</li> <li>• Κλείσιμο των πολυιατρείων του ΕΟΠΠΥ και μετατροπή τους σε ΚΥ αστικού τύπου</li> </ul>
Νόμος 4368/2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελεύθερη Πρόσβαση των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας</li> </ul>
Νόμος 4486/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύσταση των ΤΟΜΥ</li> </ul>

Στην Ελλάδα, την περίοδο 2009-2011, η συνολική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε κατά 4,4 δις.ευρώ ή κατά 18,9% (από τα 23,2 στα 18,8 δις.ευρώ) (OECD, 2012). Συγκεκριμένα, η εξέλιξη της δαπάνης κατά κατηγορία υπηρεσιών υγείας (% του ΑΕΠ) για το 2011 είχε ως εξής: η ενδονοσοκομειακή δαπάνη κυμάνθηκε στα 6,9 δις.ευρώ (3,3% του ΑΕΠ), η φαρμακευτική δαπάνη και τα υγειονομικά αναλώσιμα στα 5,4 δις.ευρώ (2,6 % του ΑΕΠ), η εξωνοσοκομειακή δαπάνη και τα διαγνωστικά κέντρα στα 5,1 δις.ευρώ (2,4% του ΑΕΠ), ενώ οι λοιπές υπηρεσίες (διοίκηση τομέα υγείας, πρόληψη) στα 1,4 δις.Ευρώ (0,7% του ΑΕΠ) (OECD, 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ήταν 2,914 δολάρια για το 2010, χαμηλότερη κατά 11% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (3,473 δολάρια σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης) και σε παρόμοιο επίπεδο με άλλες χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας ήταν το ίδιο έτος χαμηλότερη κατά 27% από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα αντανakλάται και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης. Την περίοδο 2009-2011 η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη όπως και η δαπάνη μισθοδοσίας και προμήθειας υγειονομικού και λοιπού υλικού, μειώθηκε δραστικά κατά 33,5%. Συνολικά η δαπάνη των νοσοκομείων του ΕΣΥ μειώθηκε μεταξύ 2009 και 2011 κατά 14,7%. Υποχώρηση έως και 20% παρουσίασε και η ζήτηση των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας το 2011. Σημαντική μείωση κατά 39% παρουσίασε η εγχώρια αγορά ιατροτεχνολογικών προϊόντων την τριετία 2010-2012 (Πολύζος, Ν, 2014, σελ. 142).

Το ακαθάριστο χρέος της κυβέρνησης ανήλθε στο 170% του ΑΕΠ το 2011 και οι προβλέψεις του ΔΝΤ ήταν 171% το 2012, 182% το 2013 και 180% το 2014 (ΔΝΤ, 2013). Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 5% του ΑΕΠ το 2015. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat το 2015, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης για την υγεία προερχόταν από ιδιωτικές δαπάνες (41%), ακολουθούμενη από τον κρατικό προϋπολογισμό (29%). Η περίθαλψη στα νοσοκομεία ήταν ο κύριος τομέας των δαπανών, με το 40,5% των δαπανών για την υγεία (το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ). Περαιτέρω 26% δαπανήθηκαν για φαρμακευτικά και ιατρικά προϊόντα, ενώ το 21% των δαπανών για την υγεία διατέθηκαν για εξωτερική περίθαλψη. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία προορίζονταν για τους παρόχους υπηρεσιών νοσοκομειακής

νοσηλείας και για φαρμακευτικά προϊόντα (14% και 13% αντίστοιχα), ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες για εξωτερική περίθαλψη αντιπροσώπευαν το 10% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Στο πλαίσιο του δραστικώς μειωμένου ΑΕΠ από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, οι δαπάνες μειώθηκαν σημαντικά. Οι δαπάνες αυτές μεταφράζονται σε κατά κεφαλήν ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP) US \$ 2204, το οποίο είναι το χαμηλότερο μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ πριν από το 2004 και περίπου τα δύο τρίτα του μέσου όρου για τα 28 κράτη μέλη το 2018 (ΕΕ28). Το ανώτατο όριο δημόσιας δαπάνης 6% του ΑΕΠ, που καθορίστηκε στο πρώτο ΕΑΡ (economic adjustment programme-πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής) της χώρας, εξακολούθησε να εφαρμόζεται το 2017 (Eurostat, 2018b).

Σε εθνικό επίπεδο, ο τομέας της υγείας επηρεάζεται από τις μακροοικονομικές εξελίξεις και τους παράγοντες που καθορίζουν με τη σειρά τους τη ζήτηση για ιδιώτες και δημόσιες υπηρεσίες υγείας αλλά και την αγορά του φαρμάκου. Οικονομικοί παράγοντες όπως το εισόδημα, οι τιμές υπηρεσιών, το επίπεδο ασφάλισης επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας (Πολύζος, Ν, 2014, σελ. 142).

Λόγω της οικονομικής κρίσης η υγεία των πολιτών επιβαρύνεται οπότε δημιουργείται μια αύξηση της ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας. Παρατηρήθηκε ότι κατά τις περιόδους που υπάρχει ελάττωση των εισοδημάτων των πολιτών δημιουργείται η τάση να απευθύνονται σε υπηρεσίες οι οποίες προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη. Επομένως η ζήτηση αυτή επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, (Μαλλιάρης, 1990).

Η λανθασμένη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ οδήγησε στη δημιουργία προβλημάτων που αφορούσαν τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών Ταμείων στο χώρο της Υγείας αφού ο προβλεπόμενος προϋπολογισμός δεν επαρκούσε (Νεκτάριος, 2010).

Ψηφίστηκε ο νέος νόμος Ν. 4238/2014, ο οποίος προέβλεπε την αλλαγή της φυσιογνωμίας και του ρόλου του ΕΟΠΠΥ από πάροχο και αγοραστή υπηρεσιών υγείας, μόνο σε αγοραστή τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας. Σκοπός ήταν η συγκέντρωση όλων των πόρων σε ένα φορέα, καλύτερη διαχείριση των δαπανών και να επέλθει αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων. Αυτή η αλλαγή του ΕΟΠΥΥ φαίνεται να οδηγεί στην αντικατάσταση του δημόσιου τομέα από τον ιδιωτικό, στα θέματα υπηρεσιών υγείας (D.Niakas, 2013).

Η είσοδος της χώρας στην οικονομική κρίση και η εφαρμογή των μνημονίων, οδήγησε να ψηφιστούν νόμοι με στόχο την μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας όπως η αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των νοσηλείων των δημόσιων νοσοκομείων, η ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας σύμφωνα με τον νόμο Ν. 3918/2011 και η παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών, από τον ΕΟΠΥΥ, σχετικά με τους παρόχους υγείας μέσω των εφαρμογών e-ΔΑΠΥ και e-prescription (Chouvarda & Maglaveras, 2015).

Έγιναν αλλαγές για την αύξηση των εσόδων, όπως η εφαρμογή του clawback σύμφωνα με την οποία καθορίζεται ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι οφείλουν να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που ξεπερνούν αυτό το ανώτατο ποσό. Επίσης εφαρμόστηκε το rebate με αυτό γίνεται υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας και των φαρμακοποιών και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Νόμος 4046/2012).

Ένα άλλα μέτρο που εφαρμόστηκε ήταν το Health Voucher με στόχο την αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, με αυτό δίνεται το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με εισόδημα μικρότερο των 15.000 ευρώ ετησίως και της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων σύμφωνα με τους ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014.

Το 2016 με το Ν. 4368/2016 θεσπίστηκε για πρώτη φορά τόσο σε ανασφάλιστους όσο και σε ευάλωτες ομάδες το δικαίωμα να έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης και το 2017 με το Ν. 4486/2017 η μεταρρύθμιση στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η οργάνωση του τομέα της υγείας είναι ένα από τα βασικότερα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονες κοινωνίες, ενώ ταυτόχρονα συνιστά έναν από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας, συνεισφέροντας σημαντικά στην απασχόληση και στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ). Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από διαχρονικά αυξητική τάση τόσο της δαπάνης για την υγεία όσο και της φαρμακευτικής δαπάνης. Μετά το 2010 παρατηρείται μείωση στις δαπάνες. Αιτίες αυτού του φαινομένου αποτελούν η αύξηση και η γήρανση του πληθυσμού, καθώς και η δυνατότητα

αντιμετώπισης (με καινοτόμα φάρμακα) ασθενειών που στο παρελθόν ήταν αδύνατο. Ωστόσο οι δημογραφικές αλλαγές μεταβάλλουν την τυπολογία των ασθενειών και αποτελούν απειλή για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγχρόνως, η ηλικιακή δομή της χώρας άλλαξε. Το ποσοστό των πολιτών άνω των 65 ετών αύξηθηκε ταχύτατα από 16,6% το 2000 σε 18,8% στο τέλος της δεκαετίας και το 2015 ήταν το υψηλότερο από το αντίστοιχο της ΕΕ των 15 (Σχήμα 1), ενώ τα ποσοστά γεννήσεων ήταν χαμηλά, σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και η μετανάστευση που σχετίστηκε με την κρίση αποτελούσε μια πρόσθετη επιβάρυνση (Πολύζος,Ν,2014 ,σελ.156)

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένο για αυτές τις δημογραφικές μεταβολές (Υπουργείο υγείας ΕΣΠΑ 2014-2020).Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του τομέα της υγείας ήταν η αβεβαιότητα τόσο από την πλευρά της ζήτησης όσο και από την πλευρά της προσφοράς (Πολύζος,Ν, 2014,σελ 156) .Δυστυχώς, οι μεταρρυθμίσεις σε αρκετές περιπτώσεις εφαρμόστηκαν γρήγορα, χωρίς να εξετάζονται οι ενδεχόμενες παρενέργειες. Παρόλα αυτά αρκετά από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν θετικά, όπως η τυποποίηση του οφέλους για την υγεία για τους πολίτες, καινούργιοι τρόποι παρακολούθησης για τη διαχείριση νοσοκομείων, ένα σύστημα πληρωμών για νοσοκομειακή περίθαλψη, ισχυρό και διαφανές σύστημα προμηθειών και η ανάπτυξη μεθόδων ηλεκτρονικής υγείας.

Αυτό που είναι απαραίτητο είναι να εφαρμοστεί ένα πιο σαφές ,ολοκληρωμένο και πιο καλά σχεδιασμένο πλάνο μεταρρύθμισης της υγείας, που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και στην κατανομή των πόρων. Υπάρχουν όμως σημαντικά εμπόδια της μεταρρύθμισης όπως η αντίσταση των ενδιαφερόμενων, η έλλειψη διοικητικών ικανοτήτων και η γραφειοκρατία του δημόσιου συστήματος υγείας (WHO,2015).

### **3.4 Οι αδυναμίες του Ελληνικού Υγειονομικού συστήματος και οι επιδράσεις της κρίσης στο Σύστημα Υγείας και την Υγεία στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες της Ευρώπης που επηρεάστηκε από την παγκόσμια οικονομική κρίση. Η Ελλάδα υφίσταται μια διαδικασία διαρθρωτικής μεταρρύθμισης με την Τρόικα και το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής της. Η διαδικασία αυτή έρχεται σε αντίθεση με τις προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας, οι οποίες παρεμποδίστηκαν από την

ισχυρή αντιπαράθεση των ενδιαφερομένων και την αδυναμία διοικητικής ικανότητας (Economou, 2010).

Στην Ελλάδα η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση εμφανίστηκε με τη μορφή κρίσης χρέους. Ήδη το 2008, η Ελληνική οικονομία παρουσίαζε αρκετά οικονομικά προβλήματα. Ωστόσο, η αποκάλυψη ανακριβειών σε στατιστικούς δείκτες που κοινοποιήθηκαν στην Eurostat κατέστησε τη χώρα το επίκεντρο των διεθνών χρηματοπιστωτικών αγορών (Strupczewski, 2010). Μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα το έλλειμμα του προϋπολογισμού για το 2009 αναθεωρήθηκε από την αρχική πρόβλεψη 6% στο τελικό 15,7% του ΑΕΠ. Η οικονομία άρχισε να βρίσκεται υπό λεπτομερή παρακολούθηση, οι οργανισμοί υποβάθμιζαν επανειλημμένα την πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας και το κόστος δανεισμού από τις αγορές άρχισε να αυξάνεται, η απόδοση των δεκαετών ομολόγων της ελληνικής κυβέρνησης αυξήθηκε από 5,8% το Μάιο του 2009 σε μέγιστο 12,1% ένα χρόνο αργότερα. Όταν ξεκίνησε η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε με μια οργάνωση που ήταν ξεπερασμένη. Με αποτέλεσμα, το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να εμφανίζει πολλές ανεπάρκειες (Davaki&Mossialos,2005, Economou, 2010) οι οποίες περιελάμβαναν:

- υψηλό βαθμό συγκέντρωσης στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και διοικητικών διαδικασιών
- οι μη βέλτιστες διαχειριστικές δομές που δεν διέθεταν επαρκή συστήματα διαχείρισης πληροφοριών και συχνά στελεχώνονταν από προσωπικό χωρίς επαρκείς διαχειριστικές δεξιότητες
- έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού και περιορισμένη διαχειριστική και διοικητική ικανότητα
- άνιση και ανεπαρκής κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων
- κατακερματισμένη κάλυψη πληθυσμού
- η απουσία ενός συστήματος παραπομπής και αποτελεσματικών μηχανισμών φύλαξης ·
- ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες
- υψηλές πληρωμές OOP (out of pocket payments)
- άνιση περιφερειακή κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών υγείας ·
- η υπανάπτυξη των μηχανισμών εκτίμησης των αναγκών και των μηχανισμών καθορισμού προτεραιοτήτων
- μηχανισμοί σταδιακής χρηματοδότησης

- ένα αναχρονιστικό σύστημα αναδρομικών επιστροφών
- απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης της τεχνολογίας της υγείας.

Το παλαιό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εμφάνιζε μεγάλο αριθμό ταμείων και παρόχους με ποικιλία οργανωτικών και διοικητικών δομών που προσέφεραν υπηρεσίες που δεν ήταν επαρκώς συντονισμένες. Ως αποτέλεσμα να υπάρχει διαφορετική κάλυψη του πληθυσμού και ποσοστά εισφορών, διαφορετικά πακέτα παροχών και χωρίς αποτελεσματική λειτουργία που οδήγησαν σε μεγάλη συσσώρευση χρεών.

Τα Ελληνικά νοικοκυριά ήρθαν αντιμέτωπα με μια πρωτόγνωρη κατάσταση. Στα τέλη του 2009 η οικονομία επιδεινώθηκε, με συνέπεια την εφαρμογή αρχικά ήπιων μέτρων λιτότητας. Η ανεργία άρχισε να αυξάνεται από το 2009 και εξής μετά από αρκετά χρόνια που εμφάνιζε μείωση. Οι μισθοί και οι συντάξεις του δημόσιου τομέα άρχισαν να μειώνονται όπως και οι αποταμιεύσεις των νοικοκυριών, από 185 δισ. ευρώ στο τέλος του 2009 σε 138 δισ. ευρώ στο τέλος του 2011 (Τράπεζα της Ελλάδος, 2013).

Τον Μάιο του 2010 υπογράφηκε η πρώτη συμφωνία διάσωσης, δόθηκαν στη Ελλάδα 110 δισ. Ευρώ, με 80 δισ. Ευρώ από τις κυβερνήσεις της Ευρωζώνης και τα υπόλοιπα από το ΔΝΤ. Ο δανεισμός των χρημάτων συνδέονταν με την εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων σε προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της πρώτης συμφωνίας δεν ήταν τα αναμενόμενα από τα προγράμματα προσαρμογής τα οποία απέτυχαν σχετικά με την επίτευξη πρωτογενών πλεονασμάτων, τη μείωση του χρέους και την ενίσχυση της ανάπτυξης και οι προβλέψεις για τους οικονομικούς δείκτες βρέθηκαν σε χειρότερα επίπεδα. Η οικονομική κατάσταση επιδεινώθηκε από την μεγάλη αύξηση της ανεργίας, έσοδα δεν μπόρεσαν να επιτευχθούν με αποτέλεσμα πρόσθετες δημοσιονομικές απαιτήσεις. Οι άμεσοι φορολογικοί συντελεστές, ο ΦΠΑ και πλήθος έμμεσων φόρων αυξήθηκαν. Η Τρόικα εφάρμοσε αντισταθμιστικά μέτρα για να επιτευχθούν οι δημοσιονομικοί στόχοι, καθώς η ύφεση μεγάλωνε. Έτσι από το 2010, η Ελλάδα εφάρμοσε εκτεταμένα μέτρα λιτότητας, με στόχο την μείωση των δημόσιων δαπανών, ενώ από το 2008 μέχρι το 2012 σημειώθηκε σωρευτική μείωση του ΑΕΠ κατά 17,4% (Ματσαγκάνης, 2012).

Το 2012 δύο ακόμη μνημόνια συμφωνίας υπογράφηκαν. Το Φεβρουάριο του 2012, όταν η χώρα διαπραγματευόταν για τη δεύτερη σύμβασή σε περίπτωση πτώχευσης, η απόδοση

των 10ετών ομολόγων της κυβέρνησης ανήλθε στο πρωτοφανές ποσοστό 29,4%, καταλήγοντας τελικά σε μια νέα υπογραφή ΜΣ κατά τη διάρκεια του 2012 τον Μάρτιο και τον Νοέμβριο. Τον Ιανουάριο του 2013, η απόδοση των δεκαετών ομολόγων εξακολουθούσε να είναι πολύ υψηλή 11,1% (Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, 2013). Το ακαθάριστο χρέος της κυβέρνησης ανήλθε στο 170% του ΑΕΠ το 2011 και οι προβλέψεις του ΔΝΤ ήταν 171% το 2012, 182% το 2013 και 180% το 2014 (ΔΝΤ, 2013). Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 5% του ΑΕΠ το 2015. Αν και ιστορικά το ποσοστό αυτό δεν είχε ξεπεράσει ποτέ τον μέσο όρο της ΕΕ και έφθασε στο ανώτατο σημείο του 6,6% το 2010. Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν σε 6,7 δισ. Ευρώ μεταξύ του 2009 και του 2015 και προήλθαν σε μεγάλο βαθμό από μειώσεις στη χρηματοδότηση των κονδυλίων SHI (OECD, 2018b).

Το 2015, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για την υγεία ήταν 59% (το τέταρτο χαμηλότερο στην ΕΕ), ενώ το υπόλοιπο 41% αποτελούσε ιδιωτικές πληρωμές. Τα υψηλά επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, κυρίως με τη μορφή πληρωμών OOP, ήταν πάντα χαρακτηριστικό του Ελληνικού συστήματος υγείας και συνέχισαν να είναι υψηλά ακόμη και κατά την οικονομική κρίση. Το 2015, η Ελλάδα είχε το πέμπτο υψηλότερο μερίδιο των πληρωμών OOP μεταξύ των χωρών της ΕΕ, που αντιπροσωπεύουν το 35% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Ταυτόχρονα, η Ελλάδα είχε ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα δημόσιας δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών της γενικής κυβέρνησης μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας της ΠΟΥ (OECD, 2018b).

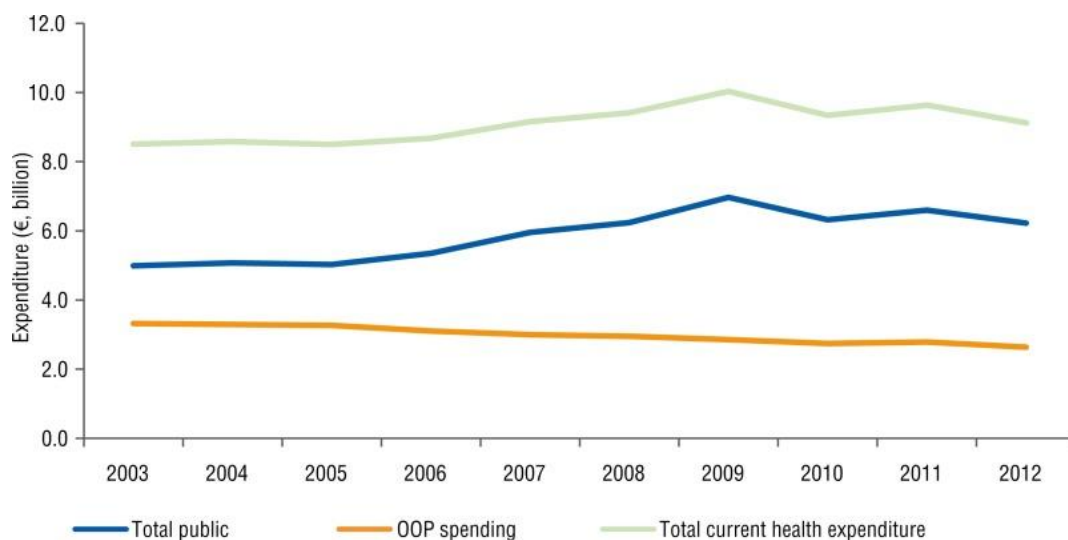
Οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα υπογραμμίστηκαν στο ΕΑΡ ως τομέας στον οποίο μπορούσαν να γίνουν σημαντικές μειώσεις. Καθορίστηκε ανώτατο όριο δηλώνοντας ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 2,44 δισ. Ευρώ το 2013, τα 2 δισ. Ευρώ το 2014 και τα 1,94 δισ. Ευρώ το 2015-2017. Σε περίπτωση υπέρβασης των ορίων, θα χρησιμοποιούνται μηχανισμοί clawback για την εξισορρόπηση του προϋπολογισμού. Μια εκτιμώμενη μείωση κατά 39,4% (2,7 δισ. Ευρώ) στις φαρμακευτικές δαπάνες εξωτερικών ασθενών, κυρίως στις δαπάνες των ταμείων SHI, σημειώθηκε μεταξύ 2009 και 2014. Το 2012, οι δημόσιες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση (33,4%), από € 5,39 δισ. το 2011 (περίπου 2,6% του ΑΕΠ) σε € 3,59 δισ. το 2012 (ή 1,9% του ΑΕΠ). Μεταξύ 2011 και 2015, οι



δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες μειώθηκαν κατά 56,4%, φθάνοντας τα 2,35 δις. Ευρώ, οι οποίες υπερέβησαν τον στόχο του ΕΑΡ(OECD, 2018b).

Σε ότι αφορά το σύστημα υγείας, οι βασικές υποχρεώσεις των μνημονίων 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 αλλαγές που θα έκαναν το δημόσιο σύστημα υγείας περισσότερο αποδοτικό (D.Niakas, 2014). Η αδυναμία περιορισμού του κόστους ήταν εμφανής (Σχήμα 3). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000, τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν σταθερά. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 8,6% του ΑΕΠ το 2003 σε 9,9% το 2009, παρά το γεγονός ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ) στην Ελλάδα ήταν ήδη πάνω από το μέσο όρο για την ΕΕ (8,06% το 2003 και 8,92% το 2009) (Eurostat, 2013). Οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης αυξήθηκαν από 59,5% στο 70,3% των συνολικών δαπανών για την υγεία την ίδια περίοδο. Χαρακτηριστικό του Ελληνικού συστήματος υγείας ήταν τα υψηλά επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, κυρίως με τη μορφή πληρωμών OOP, τα οποία συνέχισαν να είναι υψηλά (Πίνακας 3). Οι πληρωμές αυτές αντιπροσώπευαν περίπου το 35% των συνολικών δαπανών για την υγεία συνίστανται σε άμεσες πληρωμές και ρυθμίσεις κατανομής του κόστους. Η κάλυψη δεν υπήρχε (ή ήταν περιορισμένη) για ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών εκτός της βασικής (π.χ. οδοντιατρική περίθαλψη). Η έλλειψη κεφαλαίων για πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε συνδυασμό με υπερπροσφορά ιατρών που προκαλούσαν ζήτηση είχε ως συνέπεια τα υψηλά επίπεδα άμεσων πληρωμών (Goranitis, Siskou & Liaropoulos, 2014).

Οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκαν επίσης κατά 80%, από 293 ευρώ κατά κεφαλήν το 2003 σε 528 ευρώ το 2010 με περισσότερο από το 77% των δαπανών καλύπτονταν από δημόσιο χρήμα (ΟΟΣΑ, 2013). Παράλληλα, η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες ήταν σημαντικά μικρότερη (29%), ενώ η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη εκτιμάται σε 326 ευρώ το 2003 και 420 ευρώ το 2010 (ΟΟΣΑ, 2013).



Σχήμα 1. Οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα, 2003–2012.

Πηγή: OECD, 2013.

Στον πίνακα παρατηρούμε ότι κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000, τόσο οι δημόσιες δαπάνες παρουσίασαν αυξητική τάση με κορύφωση το 2009 7% και στη συνέχεια εμφάνισαν μείωση φτάνοντας το 5.9% το 2012, όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν αύξηση. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 8,6% του ΑΕΠ το 2003 σε 9,9% το 2009, παρά το γεγονός ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ) στην Ελλάδα ήταν ήδη πάνω από το μέσο όρο για την ΕΕ (8,06% το 2003 και 8,92% το 2009).

Η δυσκολία ελέγχου της αύξησης των δαπανών μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους λόγους, όπως η έλλειψη ελέγχου των επενδύσεων και της κατανομής των πόρων και οι συνεχείς επιδοτήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό για την κάλυψη ελλειμμάτων των νοσοκομείων. Επίσης συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των ελλειμμάτων ορισμένων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Economidou, 2010).

Πίνακας 2. Τάσεις των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, 2003–2012.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
THE per capita (US\$ PPP)	2,029	2,090	2,352	2,606	2,722	2,998	2,977	2,624	2,614	2,380
THE (€ billions)	14.7	15.9	16.4	18.1	20.4	22.0	23.2	20.8	20.2	17.7
THE (% GDP)	8.6	8.3	8.2	8.3	8.8	9.1	9.9	9.3	8.9	9.2
Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία (€ billions)	8.6	9.4	9.7	11.2	13.3	14.6	16.1	14.0	13.8	12.0
Δημόσιες δαπάνες για την υγεία (% THE)	59.5	58.8	58.8	61.5	64.9	66.1	70.3	68.5	66.7	68.0

Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία (% όλες οι κυβερνητικές δαπάνες)	11.7	11.1	12.8	13.2	12.3	13	12.9	12.4	11.4	11.4
VHI (% THE)	2.3	2.5	2.5	2.4	2.4	2.5	1.9	2.6	2.9	2.9
ΟΟΡ δαπάνες (% THE)	38.2	38.7	38.8	36.1	32.8	31.4	27.6	28.5	30.2	28.8

**Πηγή:** Eurostat 2013

Ο κατακερματισμός των χρηματοδοτικών μηχανισμών μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών ιατρών δημιούργησε προκλητή ζήτηση από τον προμηθευτή. Ο υψηλός αριθμός ιατρών της χώρας ενίσχυσε την υπερπροσφορά υπηρεσιών (η Ελλάδα έχει την υψηλότερη συγκέντρωση ιατρών μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ) και την έλλειψη ελέγχου των ιδιωτών ιατρών. Επίσης, η βιομηχανία φαρμάκων δημιούργησε κίνητρα για ζήτηση και οι γιατροί συνταγογραφούσαν περισσότερα φαρμακευτικά προϊόντα από ό, τι χρειαζόταν. Μελέτες δείχνουν ότι η υπερπροσφορά υπηρεσιών από ιδιώτες γιατρούς συνέβαλε σε υψηλότερο ετήσιο κατά κεφαλήν ποσοστό για ιατρικές επισκέψεις σε σύγκριση με εκείνες στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και σε υψηλό αριθμό φαρμακευτικών συνταγών (Kaitelidou.et al, 2012b) .

Σύμφωνα με τον Liaporoulo (2012) μεγάλη ανησυχία προκάλεσε η αύξηση των δαπανών για την υγεία στις αναπτυγμένες χώρες και ο έλεγχος αυτής και η καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων αποτελούσε σημαντικό στόχο των πολιτικών για την υγεία. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η Ελλάδα απέτυχε να ελέγξει τις δαπάνες για την υγεία: από το 2000 έως το 2009 και το έλλειμμα του προϋπολογισμού έφθασε τα 50 δισ. Ευρώ.

Το σύστημα υγείας είχε ανάγκη από πιο αποτελεσματικό σχεδιασμό και συντονισμό, καλύτερη ικανότητα διαχείρισης και επαρκείς μηχανισμούς για την εκτίμηση των αναγκών (Economou,2010).Κατά τους Liaporoulos.et al, 2008 τα νοσοκομεία που λειτουργούσαν από το ΕΣΥ δεν είχαν διαφανή και ακριβή παρακολούθηση των δαπανών τους και τα ελλείμματα έπρεπε να τα καλύπτει συχνά το κράτος. Επιπλέον,η υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών συνυπήρχε με την ανεπαρκή παροχή ιατρών και νοσοκόμων. Η έλλειψη ενός λειτουργικού συστήματος παραπομπής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της ανώτερης περίθαλψης και των προβληματικών μηχανισμών τιμολόγησης και αποζημίωσης των παρόχων οδήγησε σε δυσκολίες στο συντονισμό της περίθαλψης, μεγάλες πληρωμές

ΟΟΡ και υψηλή παρά-οικονομία, εμποδίζοντας το σύστημα να παρέχει δίκαιη χρηματοδότηση και πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Οι δημόσιες δαπάνες για τη υγεία έφθασαν το υψηλότερο σημείο 13,2% το 2006 ( Δαπάνες για την υγεία, ΟΟΣΑ 2013, Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ για την Ευρώπη 2014). Μετά την εισαγωγή των μέτρων λιτότητας, η Ελλάδα είχε έναν από τους χαμηλότερους δείκτες στην ΕΕ έως το 2012, 11,5% συγκριτικά με τον μέσο όρο της ΕΕ κατά 15%. Μεταξύ 2009 και 2012, οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δις. Ευρώ (23,7%). Συγκεκριμένα, κατά την ίδια τετραετία, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία σημείωσαν πτώση κατά 25,2% ή 4 δισεκ. Ευρώ (Πίνακας 3). Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία από το 2010 και μετά ακολούθησε τη συνολική συρρίκνωση της Ελληνικής οικονομίας από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Το 2015, η Ελλάδα δαπάνησε το 8,4% του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη. Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανήλθαν σε 6,7 δισεκατομμύρια ευρώ μεταξύ του 2009 και του 2015 (C.Economou, 2017).

Το μνημόνιο συμφωνίας απαιτούσε περικοπές στις νοσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες. Οι συνολικές δαπάνες για τον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα (μόνο για νοσηλεία, χωρίς υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών) μειώθηκαν κατά 8% από 7 δις ευρώ το 2009 σε 6,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2012 (ELSTAT, 2014), μέσω εξοικονομήσεων νοσοκομειακών προμηθειών (ιατρικές προμήθειες, κ.λπ.) και με όρους του Μνημονίου Συμφωνίας που όριζαν περικοπές στους μισθούς και τα οφέλη του υγειονομικού προσωπικού. Οι τάσεις των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη από το 2009 έως το 2012 παρουσιάζονται στον (Πίνακα 4).

*Πίνακας 3. Δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης ανά τομέα στην Ελλάδα, 2009–2012*

	2009			2010			2011			2012		
	€ billion	% THE	% GDP	€ billion	% THE	% GDP	€ billion	% THE	% GDP	€ billion	% THE	% GDP
Κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης	8.45	36.44	3.66	7.62	36.72	3.43	7.99	39.64	3.83	8.2	46.31	4.24
Εκ των οποίων δημόσιες δαπάνες	6.97	30.06	2.89	6.00	28.91	2.7	6.29	31.21	3.02	6.43	36.31	3.33
Εξωτερικές δαπάνες για την υγεία	6.51	28.08	2.82	5.63	27.13	2.53	5.24	26	2.51	3.88	21.91	2.01

Εκ των οποίων δημόσιες δαπάνες	2.60	11.21	1.13	2.24	11.76	1.01	2.24	11.11	1.07	1.74	9.83	0.90
Φαρμακευτικά και άλλα μη ιατρικά (εξωτερικές) δαπάνες	6.56	28.29	2.84	5.95	28.67	2.68	5.48	27.19	2.63	4.46	25.19	2.31
Εκ των οποίων δημόσιες δαπάνες	5.20	22.43	2.25	4.55	21.93	2.05	4.00	19.85	1.92	2.95	16.66	1.53

**Πηγή:** Eurostat, 2013

Επίσης σημειώθηκε πτώση κατά 32% (€ 2,1 δισ.) στις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες (εξωτερικών ασθενών) προς όφελος των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, τα οποία χρηματοδοτούν αυτές τις δαπάνες. Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση κατά 43,2% από 5,2 δισ. Ευρώ (περίπου 2,25% του ΑΕΠ) το 2009 σε 2,95 δισ. Ευρώ (ή 1,53% του ΑΕΠ) το 2012.

Στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας παρατηρήθηκαν μειώσεις των εσόδων. Η αιτία ήταν η αύξηση της ανεργίας και της μερικής απασχόλησης, καθώς και η μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού. Τα έσοδα από την κοινωνική ασφάλιση μειώθηκαν από 30,7 δισ. Ευρώ το 2008 σε 24,4 δισ. Ευρώ το 2013 (ELSTAT, 2014). Επίσης οι όροι του MoU είχαν στόχο τον περιορισμό της συνεισφοράς του κράτους στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης των κρατικών υπαλλήλων. Οι συνεισφορές των δημόσιων υπαλλήλων ήταν 2,55% του ακαθάριστου εισοδήματός τους και κάθε δαπάνη που υπερέβαινε τα συνολικά έσοδα από εισφορές επιδοτήθηκε μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Από την 1η Ιανουαρίου 2011, το ποσοστό εισφορών των εργοδοτών (δηλ. το ποσοστό εισφοράς του κράτους) στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων διαμορφώθηκε στο 5,1% των μισθών των δημοσίων υπαλλήλων, ενώ η συνεισφορά των συνταξιούχων του ταμείου σταδιακά αυξήθηκε από 2,55% έως 4% το 2013.

Οι πληρωμές OOP αυξήθηκαν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία από 27,6% το 2009 σε 28,8% το 2012 ( Πίνακας 3), το 2015 ανήλθαν στο 35%, Οι πληρωμές OOP αποτελούσαν το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής χρηματοδότησης για την υγεία (C.Economou, 2017). Η παραοικονομία, συμπεριλαμβανομένων των ανεπίσημων πληρωμών, αντιπροσωπεύε μεγάλο κομμάτι των πληρωμών για τα OOP (περίπου 30%) και ήταν ενδεικτική της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Οι πληρωμές αυτές παρόλο

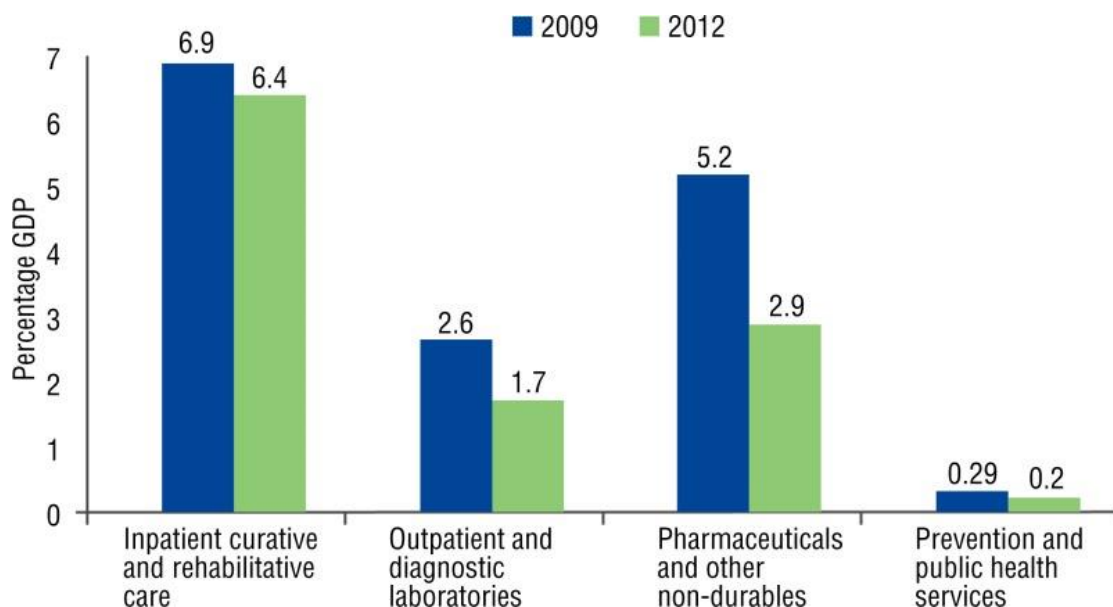
που ήταν πολύ συχνές για την υποστήριξη ανεπαρκών προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη, ήταν η χειρότερη επιλογή χρηματοδότησης του τομέα της υγείας καθώς προκαλούσαν ανισότητες που επηρέαζαν κυρίως τις φτωχές και ευάλωτες ομάδες (Liaropoulos et al, 2008, Kaitelidou.et al, 2009. ).

Παρατηρήθηκε αύξηση του της προαιρετικής ιδιωτικής ασφάλισης VHI (voluntary health insurance) μεταξύ 2003 και 2012 (Πίνακας 3), αν και αυτό είναι χαμηλό συγκριτικά με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ (Siskou.et al, 2009). Ορισμένοι παράγοντες εξηγούν την απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν για επιπλέον ασφάλιση, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής ύφεσης, των κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων (π.χ.χαμηλό μέσο εισόδημα των νοικοκυριών), της υψηλής ανεργίας και της υποχρεωτικής και πλήρους κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση.

Οι κρατικές δαπάνες που αφορούσαν την πρόληψη και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας μειώθηκαν περίπου 13%, παρόλο που ήταν ήδη ανεπαρκής στην Ελλάδα. Ενώ η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη για αυτές τις υπηρεσίες στα κράτη μέλη της ΕΕ ήταν € 75,8 το 2009, το ποσό για την Ελλάδα ήταν € 26,2, με περαιτέρω περικοπές να μειωθούν σε € 23,1 το 2012 (ΟΟΣΑ, 2013). Ομοίως, οι δαπάνες για δημόσιες θεραπευτικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών στην Ελλάδα ήταν 2,7 φορές πιο χαμηλές από τις μέσες τιμές της ΕΕ για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες (ΟΟΣΑ, 2013).

Συμπερασματικά, ο (Πίνακας 4) παρουσιάζει τη συνολική μείωση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ 2009 και 2012. Έγιναν μειώσεις όχι μόνο στις συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία αλλά και στο δημόσιο μερίδιο των δαπανών αυτών (συμπεριλαμβανομένων των δαπανών από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας, κατά 29,3% μεταξύ 2009 και 2012).

Οι αλλαγές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανά υποτομέα για αυτή την περίοδο παρουσιάζονται στο Σχήμα 4. Είναι σαφές ότι παρατηρούνται μειώσεις σε νοσοκομειακές νοσηλευτικές φροντίδες (7%), περίθαλψης εξωτερικών ασθενών (34,6%) και φαρμάκων και άλλων ιατρικών υπηρεσιών (44,2%).



Σχήμα 2. Δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, 2009-2012.

Πηγή: OECD, 2013

Μέχρι το 2011, το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας μέσω των ταμείων κάλυπτε περίπου το 100% του πληθυσμού. Η συγχώνευση σχεδόν όλων των ταμείων και η δημιουργία ενός ενοποιημένου ταμείου είχαν προταθεί σε αρκετές μεταρρυθμίσεις από το 1968 αλλά ποτέ δεν υλοποιήθηκαν. Η κατάσταση άλλαξε το 2011 με τη δημιουργία του νέου Οργανισμού Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) .

Μέσω του ΕΟΠΥΥ μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού προοριζόταν να καλυφτεί (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενα άτομα και συνταξιούχους), με την προϋπόθεση της ύπαρξης μόνο βραχυπρόθεσμης ανεργίας. Κατά τη διάρκεια όμως της βαθιάς κρίσης η αύξηση της ανεργίας ήταν μεγάλη, η οποία έφτασε το 27,3% το 2013. Σύμφωνα με την νομοθεσία, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αποτελεσματικά μόνο τους ανέργους για μέγιστο διάστημα δύο ετών, οδηγώντας σε αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων. Το Υπουργείο Εργασίας εκτίμησε ότι περίπου 2 εκατομμύρια ανασφάλιστοι άνθρωποι δεν είχαν επίσημη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, το Υπουργείο Υγείας εισήγαγε το Σεπτέμβριο του 2013 το πρόγραμμα "Voucher για την υγεία" για τα ανασφάλιστα άτομα και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους και τους παρείχε πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, επισκέψεις σε συμβεβλημένους γιατρούς, εγκαταστάσεις του ΕΣΥ και υπηρεσίες που παρέχονταν από συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα. Τα δελτία υγείας είχαν διάρκεια τεσσάρων μηνών

και δεν μπορούσαν να ανανεωθούν. Το πρόγραμμα κάλυψε περίπου 230.000 ανασφάλιστους πολίτες μέχρι το τέλος του 2014.

## **2.5 Παροχές**

Τον Ιούνιο του 2011, τα πακέτα παροχών των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης αναθεωρήθηκαν προκειμένου να παρέχουν τις ίδιες αποζημιώσεις σε όλα τα ταμεία, στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Αυτό το γεγονός συνέπεσε με τη σταδιακή διοικητική συγχώνευση των υγειονομικών τμημάτων των μεγάλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου και ΤΑΥΤΕΚΟ), που κάλυπταν μισθωτούς, γεωργούς, αυτοαπασχολούμενους, δημόσιους υπαλλήλους, ναυτικούς και εμπορικούς ναυτικούς, αντίστοιχα) στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Ένα βασικό χαρακτηριστικό τους ήταν η μείωση των παροχών που δικαιούνταν οι ασφαλισμένοι..

### **3.5.1 Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**

Από το 2011, εφαρμόστηκε η αύξηση του τέλους χρήσης από € 3 σε € 5 στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Επιπλέον, ο νόμος 4093/2012 εισήγαγε τα € 25 για εισδοχή σε κρατικό νοσοκομείο από το 2014 και 1€ για κάθε συνταγή που εκδόθηκε στο πλαίσιο του ΕΣΥ (τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και στα νοσοκομεία). Λόγω της έντονης αντίδρασης των επαγγελματιών της υγείας και διαφόρων άλλων ενδιαφερομένων σύντομα το τέλος εισδοχής στο νοσοκομείο ανακλήθηκε και σχεδιάστηκε να αντικατασταθεί με επιπλέον φόρο στα τσιγάρα. Οι χρεώσεις των χρηστών σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες καταργήθηκαν για κάποιες ομάδες που ήταν ευάλωτες (διαβητικοί και παραλήπτες μοσχεύματος έχουν προστεθεί στη λίστα). Οι αυξήσεις των συνδρομών για φάρμακα για συγκεκριμένες ασθένειες παρουσιάζονται στον ( Πίνακα 5). Οι μέσες μηνιαίες φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν μεταξύ του 2012 και του 2013, παρά τις μειώσεις των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως στις αυξήσεις στα επίπεδα κατανομής κόστους από τον Οκτώβριο του 2012. Γενικά, ο μέσος όρος κατανομής κόστους για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013. Είναι ενδιαφέρον ότι μόνο 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων χορηγήθηκε με συγχρηματοδότηση 0% το 2013 έναντι 13% το 2012 (Siskou.et al, 2013).



Πίνακας 4. Αυξήσεις στη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος για συγκεκριμένες ασθένειες στην Ελλάδα.

Ασθένειες	Αύξηση συμμετοχής του ασθενή στο κόστος
Alzheimer's disease, dementia, epilepsy, angiopathy, Buerger's disease, diabetes type 2, Charcot's disease	Από 0% to 10%
Coronary heart disease, hyperlipidemia, rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, lupus, vasculitis, spondyloarthritis, scleroderma, chronic obstructive pulmonary disease, pituitary adenomas, osteoporosis, Paget's disease, Crohn's disease, cirrhosis	Από 10% to 25%
Pulmonaryhypertension	Από 0% to 25%
Haemodialysis	Δεν υπάρχουν συμπληρωμές για φάρμακα που θεραπεύουν ειδικά την ασθένεια, πριν οι ασθενείς απαλλάσσονταν από συμπληρωμές για όλα τα φάρμακα

Σύμφωνα με το νόμο 2883/2012, τα τέλη χρήσης για διαγνωστικές εξετάσεις στα δημόσια νοσοκομεία καταργήθηκαν ακόμη και για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας που προηγουμένως χρησιμοποιούσαν το 25%.

### 3.6 Από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ

Σύμφωνα με τον Εconoμου (2010) οι μεταρρυθμίσεις, κυρίως εκείνες που στόχευαν στο κατεστραμμένο και άνισο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, θεωρήθηκαν αναγκαίες πολύ πριν από την κρίση. Σύμφωνα με τις διατάξεις του πρώτου Μνημονίου Συμφωνίας, ο Νόμος 3863/2010 όριζε ένα νέο πλαίσιο για τη λειτουργία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας, το οποίο προέβλεπε:

- το διαχωρισμό των κλάδων υγείας των ευρύτερων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από τη διαχείριση των συντάξεων ·
- τη συγχώνευση αυτών των ταμείων υγείας προκειμένου να απλουστευθεί το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας φέρνοντας όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγεία στο πλαίσιο του

Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και

- τη σύσταση του Συμβουλίου Συντονισμού Υγείας.

Η σημαντικότερη μεταρρύθμιση ήταν η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και η διοικητική συγχώνευση των κλάδων υγείας των κυριότερων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης σε ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας. Προσπάθεια έγινε για μεγαλύτερη αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Τον Ιούνιο του 2010, η νέα κυβέρνηση θέσπισε νόμο για τη δημιουργία μιας νέας αρχιτεκτονικής για τους δήμους και τις περιφέρειες (γνωστό ως Σχέδιο Καλλικράτη). Το Σχέδιο Καλλικράτη δημιούργησε 13 περιφέρειες για την αντικατάσταση 76 νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων και 1034 δήμοι μειώθηκαν σε λιγότερους από 370. Οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές αναμενόταν να διαδραματίσουν πολύ μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση ανθρώπινων πόρων στο ΕΣΥ και στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας. Οι προσπάθειες αυτές είτε εφαρμόστηκαν είτε αποδυναμώθηκαν σημαντικά.

Το Φεβρουάριο του 2014 στο Ελληνικό κοινοβούλιο ψηφίστηκε νομοθεσία για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, δημιουργώντας το Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο συντονίζονταν από τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές. Στόχος ήταν οι εγκαταστάσεις να λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα. Επίσης ο νόμος προέβλεπε την καθιέρωση συστήματος παραπομπής βασιζόμενο στον οικογενειακό ιατρό. Η αποτελεσματικότητα αυτού θα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ισχυρή εφαρμογή.

Δύο έτη μετά την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος ήταν από την δημιουργία του ένας ελλειμματικός οργανισμός από την έλλειψη των αναγκαίων εσόδων, (τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κατέβαλαν τις εισφορές της υγείας λόγω οικονομικής αδυναμίας στον τομέα των συντάξεων) η κυβέρνηση παρουσίασε μια νέα μεταρρύθμιση. Αποφάσισε να διαχωρίσει την ζήτηση-χρηματοδότηση από την προσφορά-παροχή μετατρέποντας τον ΕΟΠΥΥ σε αποκλειστικό χρηματοδότη χωρίς προσφορά υπηρεσιών υγείας. Μεταφέρθηκαν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που είχε ιστορικά αναπτύξει το ΙΚΑ (πολυϊατρεία και εργαστήρια), στο δημόσιο και στο Υπουργείο Υγείας με την δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Η κυβέρνηση μετέφερε τις δομές του ΕΟΠΥΥ στην ευθύνη του ΕΣΥ και τις εντάσσει στην ευθύνη της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας (ΥΠΕ) (Niakas.D, 2014).

Για τους εργαζόμενους (νοσηλευτές, τεχνολόγοι, διοικητικό προσωπικό) δεν αλλάζουν πολλά πράγματα και οι εργασιακές τους σχέσεις παραμένουν ίδιες. Αντίθετα για τους γιατρούς επιλέγεται αλλαγή των εργασιακών σχέσεων και εντάσσονται προσωρινά, όσοι δέχτηκαν να έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο νέο Περιφερειακό Εθνικό Δίκτυο Υγείας. Υπάρχουν αντιδράσεις και ένας αριθμός γιατρών δεν θέλησε να ενταχθεί. Από τους 5.000 περίπου ιατρούς, οι μισοί δεν εντάσσονται στο νέο σύστημα ή προσφεύγουν στα δικαστήρια, τα οποία με προσωρινές διαταγές τους δικαιώνονται. Συνέπεια αυτού ήταν για ένα μήνα τα ιατρεία του πρώην ΕΟΠΥΥ να παραμείνουν κλειστά και ένα χρόνο μετά την μεταρρύθμιση του ΠΕΔΥ να υπολειτουργούν, εφόσον υπήρχαν προβλήματα στελέχωσης στις νέες δομές και η δραστηριότητα τους μειώθηκε σημαντικά σε σχέση με το παρελθόν. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός της ζήτησης (ΕΟΠΥΥ) από την προσφορά (ΕΣΥ και ιδιωτικός τομέας) θα οδηγούσε σε αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, αφού ήταν πιθανό ότι οι δομές του νέου ΠΕΔΥ θα υπολειτουργούσαν λόγω μείωσης του προσωπικού και οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ θα αναγκάζονταν να χρησιμοποιούν κυρίως υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και των γιατρών που ήταν συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και αποζημιώνονταν κατά πράξη. Αυτό σήμαινε 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 οδηγούσε σε αύξηση των δαπανών και αφετέρου μπορούσε να αποδειχθεί και λιγότερο αποδοτικό (Niakas.D, 2014).

Το θεσμικό πλαίσιο πάνω στο οποίο στηρίζεται πλέον η Π.Φ.Υ. είναι ο ν. 4486/2017, ο οποίος μεταρρυθμίζει το πρότερο ισχύον νομικό καθεστώς και τις δομές λειτουργίας της. Κύριο καινοτόμο χαρακτηριστικό του νόμου αποτελεί η θεσμοθέτηση της πιλοτικής λειτουργίας των ΤΟ.Μ.Υ. και η εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού στο Ε.Σ.Υ.. Με τον νόμο αυτό καταργούνται τα Π.Ε.Δ.Υ. και όλες οι δομές εντάσσονται υπό τη σκέπη του Ε.Σ.Υ.

Ένα νέο σχέδιο πρωτοβάθμιας περίθαλψης που στοχεύει στη δημιουργία πρώτων επαφών, αποκεντρωμένων τοπικών μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης οι οποίες παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο. Στελεχώνονται από ολιγάριθμες διεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες ονομάζονται *Ομάδες Υγείας* (Οικονόμου,2018). Προδρομικός νόμος για τις ΤΟ.Μ.Υ. είναι ο 4461/23-03-17 με τον οποίο θεσπίζονται οι

Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ) (ν.4461/2017- ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017) τον οποίο ακολουθεί η Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ3Α/Γ.Π.οικ.43718/2017. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) στελεχώνονται από τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ). Η ανάπτυξη του Σχεδίου αναμένεται να διαρκέσει τρία χρόνια, από το 2017 έως το 2020.

Με την λειτουργία τους επιδιώκεται ο εξορθολογισμός στη ζήτηση των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας, μέσω της ανακατεύθυνσης της, από τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στόχος η αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με τις νέες δομές της ανασχεδιασμένης Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Υ. επιδιώκεται η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις δημόσιες παροχές Υγείας, η πρόληψη και η φροντίδα των ασθενών για χρόνια νοσήματα, η πάγια κάλυψη αναγκών, όπως η κατ' οίκον φροντίδα και οι εμβολιασμοί (Υπουργείο Υγείας, 2018) πρόκειται για ολιστική, δωρεάν, καθολική φροντίδα υγείας και με επαρκή διοικητική στελέχωση και κάλυψη των αναγκών των πολιτών σε επίπεδο Π.Φ.Υ.

Κατά την διάρκεια της κρίσης η πολιτική υγείας αντί να επικεντρωθεί σε συγκράτηση του κόστους και την βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας με την διασφάλιση της ίσης πρόσβασης σε όλους και στους ανασφάλιστους, οι επιχειρούντες δράσεις και μέτρα ήταν μάλλον προς την αντίθετη κατεύθυνση. Έτσι 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 υπολειπόμενα ΠΕΔΥ και από εκεί στις τριμελείς επιτροπές διαχείρισης των ανασφαλιστών στα νοσοκομεία, η οποία είχε επιλεγεί ως η απάντηση για ίση πρόσβαση, δεν φαίνεται να βελτίωσε την κατάσταση (Niakas.D, 2014).

### **3.7 Πρόσβαση σε υπηρεσίες**

Η πρόσβαση στην περίθαλψη, αποτελεί βασικό στόχο του στρατηγικού σχεδίου «Ευρώπη 2020» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014). Σε περίοδο κρίσης, οι μειωμένοι πόροι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της αυξημένης ζήτησης, του αυξημένου χρόνου αναμονής, των αυξημένων ιδιωτικών πληρωμών και της μειωμένης δυνατότητας να πραγματοποιούν άτυπες πληρωμές (Morgan&Astolfi, 2013).

Από ανεπίσημα στοιχεία από προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης προκύπτει ότι οι χρόνοι αναμονής για τη λήψη υπηρεσιών δημόσιας υγείας αυξήθηκαν. Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσίευσε εταιρεία έρευνας αγοράς, το 19% των ερωτηθέντων στην έρευνα ανέφερε σημαντικά προβλήματα πρόσβασης σε δημόσια νοσοκομεία λόγω αναμονής και 28% του δείγματος δήλωσαν ότι δεν μπορούσαν να αγοράσουν τα φάρμακά τους λόγω συνεχιζόμενων απεργιών φαρμακοποιών κατά τη διάρκεια του 2011 (Tripsa.et al, 2012).

Σχετικά με τα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών υγείας, τα αποτελέσματα ήταν μικτά. Βρέθηκε ότι η χρήση των δημόσιων υπηρεσιών, σε σχέση με τις ιδιωτικές, είχε αυξηθεί. Για παράδειγμα, το 2010 αυξήθηκε κατά 24% η πρόσβαση των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία (με μέση διάρκεια διαμονής 4,25 ημέρες) σε σύγκριση με το 2009 και αύξηση κατά 6% στις εισαγωγές ασθενών (με μέση διάρκεια παραμονής 4,13 ημερών) καταγράφηκε το 2011 σε σχέση με το 2010 (Ministry of Health and Social Solidarity, 2012a,b)

Είναι πλέον σαφές ότι η οικονομική κρίση επιδείνωσε τα υπάρχοντα προβλήματα. Μία μελέτη διαπίστωσε σοβαρά κενά στη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την αποδοχή των υφιστάμενων υπηρεσιών (Economou, 2015). Οι συνολικές περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία και τα αυξημένα τέλη χρήσης οδήγησαν σε σημαντική αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης των ασθενών Αυτό συνδέθηκε με την απώλεια κάλυψης λόγω ανεργίας, η οποία έπληττε περίπου 2,5 εκατομμύρια άτομα ή το ένα τέταρτο του πληθυσμού και μειωμένο εισόδημα των νοικοκυριών. Ως αποτέλεσμα, σημειώθηκε σημαντική αύξηση της ανεκπλήρωτης ανάγκης για ιατρική εξέταση σύμφωνα με την έρευνα EU-SILC (Eurostat, 2018a,c). Το 2016, η Ελλάδα αποδείχθηκε ότι είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο ανεκπλήρωτων αναγκών στην ΕΕ, με το 14% των ερωτηθέντων να μην έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες όταν χρειάζεται.

Επιπλέον, υπήρχε μεγάλη ανισότητα μεταξύ της ικανότητας των φτωχότερων πληθυσμιακών ομάδων να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες σε σύγκριση με τις πλουσιότερες, καθώς η οικονομική προστασία, ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων, ήταν εξαιρετικά αδύναμη (C.Economou, 2017).

### **3.8 Επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα του νοσοκομειακού τομέα**

Σύμφωνα με τους Kaitelidou.et al, 2012a σχετικά με την απόδοση των δημόσιων νοσοκομείων κατά τα πρώτα έτη της ύφεσης διαπιστώθηκε ότι, παρά τις σοβαρές προσπάθειες περιορισμού του κόστους, μόνο το 28% των 90 νοσοκομείων που αναλύθηκαν βρέθηκε να λειτουργεί αποτελεσματικά. Μεταξύ των βέλτιστων πρακτικών που χρησιμοποιήθηκαν ήταν πολιτικές προμηθειών, ηλεκτρονικές δημοπρασίες, διαγωνισμοί και επαναδιαπραγμάτευση συμβάσεων με ορισμένους προμηθευτές. Το 2011, τα γενικά νοσοκομεία επικεντρώθηκαν μόνο στις προσπάθειες περιορισμού του κόστους, οι οποίες, στην πραγματικότητα, δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Οι δαπάνες μειώθηκαν περίπου 680 εκατομμύρια ευρώ (από το 2009 έως το 2011), αλλά αυτό οφείλονταν κυρίως σε περικοπές των «εύκολα προσδιορισμένων προμηθειών» όπως ήταν τα φαρμακευτικά, τα ορθοπεδικά ή τα ιατρικά είδη. Δύο ακόμη μελέτες παρουσίασαν παρόμοια ευρήματα, υπογραμμίζοντας ότι τα δημόσια νοσοκομεία κατάφεραν να μειώσουν τον προϋπολογισμό τους αλλά ταυτόχρονα να μην αυξήσουν σημαντικά τα αποτελέσματά τους (Katharakis.et al, 2013, Tsavalias, 2013).

Σύμφωνα με τον νόμο 3868/2010 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ολοήμερη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων όλων των δημόσιων νοσοκομείων προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να αντιμετωπιστεί η αυξημένη ζήτηση καθώς και να αυξηθούν τα έσοδα . Ενώ ο δεύτερος στόχος εκπληρώθηκε € 100 εκατ., η μείωση του αριθμού των επισκέψεων στα δημόσια νοσοκομεία είναι δύσκολο να ερμηνευθεί., μπορεί να υποδεικνύει ότι η πολιτική δεν πέτυχε τον πρώτο στόχο, δηλαδή την αύξηση της πρόσβασης (WHO, 2015).

### **3.9 Επιπτώσεις στην υγεία**

Η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κατάσταση υγείας, κυρίως λόγω της μείωσης των δημόσιων δαπανών και του εισοδήματος των νοικοκυριών (Musgrove, 1995, Stuckler.et al, 2009).Στην Ελλάδα και τα δύο μειώθηκαν σημαντικά και οι συνέπειες της κρίσης και της λιτότητας στην υγεία έγιναν εμφανή, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες.

Οι πρώτες επιπτώσεις της κρίσης σημειώθηκαν στην αυτοαναφερόμενη υγεία, ψυχική υγεία και λοιμώδη νοσήματα. Οι μελέτες αυτοαξιολόγησης της υγείας χρησιμοποιώντας ένα δείκτη αναφοράς πριν από την κρίση έδειξαν αύξηση του επιπολασμού των ατόμων που αναφέρουν την υγεία τους ως κακή και που συνέδεσαν αυτήν την εξέλιξη με την οικονομική κρίση (Kentikelenis.et al, 2011,Zavras.et al, 2012,Vandoros.et al, 2013). Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στους ανθρώπους που ανέφεραν ανεκπλήρωτες ιατρικές και οδοντιατρικές ανάγκες (Kentikelenis.et al, 2011).

Σύμφωνα με τον Durkheim (2006) η ψυχική υγεία ήταν ιδιαίτερα ευάλωτη στις μεγάλες οικονομικές διακυμάνσεις και τα διαθέσιμα στοιχεία αποκαλύπτουν ανησυχητικές τάσεις. Παρατηρήθηκε αύξηση κατά 45% στις αυτοκτονίες μεταξύ 2007 και 2011 (ELSTAT, 2013).

Το 2014, το έργο Hydrria διαπίστωσε ότι η αυτοαναφερόμενη επικράτηση της χρόνιας κατάθλιψης στην Ελλάδα ήταν περίπου το 7% του πληθυσμού, ενώ οι γυναίκες το ανέφεραν τέσσερις φορές συχνότερα από τους άνδρες (Hydrria, 2016). Μια άλλη μελέτη αναφέρει μια αύξηση στην αυτοαναφερόμενη επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008 σε 8,2% το 2011 σε 12,3% το 2013 (Economou. Et al, 2016a). Η γενική επιδείνωση της γενικής ψυχικής υγείας έχει σημειωθεί από το 2010 και συνδέεται με την απότομη αύξηση των ποσοστών ανεργίας και τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Drydakis, 2015) από την έναρξη της κρίσης. Έχουν αναφερθεί επίσης ανησυχίες σχετικά με την ψυχική υγεία των παιδιών, για παράδειγμα, ο αριθμός των παιδιών που έχουν υποστεί κακή μεταχείριση ή παραμέληση και έχουν γίνει δεκτά για προστασία του παιδιού στο μεγαλύτερο Ελληνικό παιδιατρικό νοσοκομείο αυξήθηκε από 81 σε 170 περιπτώσεις μεταξύ 2011 και 2014 (Kolaitis & Giannakopoulos, 2015).

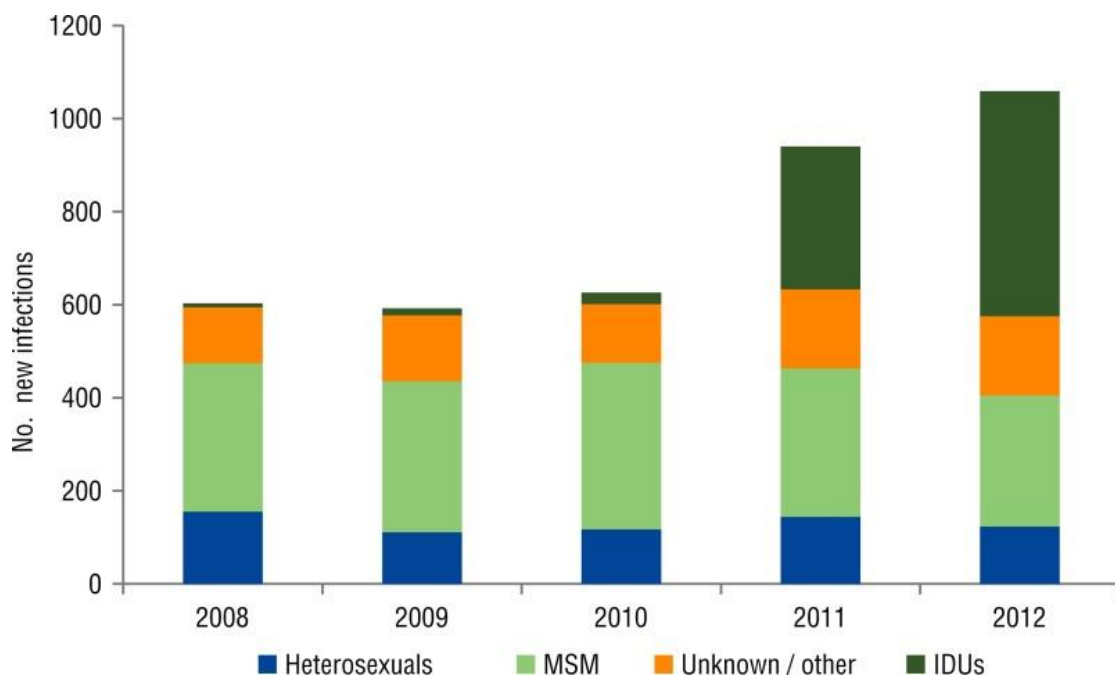
Το ποσοστό αυτοκτονιών στην Ελλάδα ήταν μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ (5,0 ανά 100 000 κατοίκους έναντι ενός μέσου όρου της ΕΕ των 11,3 το 2014). Παρόλα αυτά, το ποσοστό βρίσκεται στο υψηλότερο επίπεδο από τότε που άρχισαν οι εγγραφές στη δεκαετία του '70, με αυξήσεις που ξεκίνησαν το 2008 και συνδέονται με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (Economou.et al, 2016b,Papaslanis.et al, 2016). Η θνησιμότητα από επιθέσεις αυξήθηκε και στην Ελλάδα από το 2007 το ποσοστό του 1,1 ανά 100.000 κατοίκους το 2014 είναι σημαντικά υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ των 0,7 (C.Economou, 2017).

Η υγεία των παιδιών έχει επίσης επηρεαστεί. Τα στοιχεία δείχνουν αύξηση των βρεφών με χαμηλό βάρος κατά το 19% μεταξύ 2008 και 2010 (ΟΟΣΑ, 2013), η οποία μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού (UNICEF,2013). Η μακροχρόνια μείωση της παιδικής θνησιμότητας αντιστράφηκε, με αύξηση κατά 43% την ίδια περίοδο (Eurostat, 2013).

Οι μολυσματικές ασθένειες έχουν εξαπλωθεί σε περιόδους οικονομικής αναταραχής (Stuckler,King&Basu,2008) και σύμφωνα με ερευνητές του Ελληνικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, η Ελλάδα «υποφέρει από δυσανάλογα μεγάλη επιβάρυνση νοσηρότητας και θνησιμότητας από την αρχή της οικονομικής κρίσης (Bonovas&Nikolopoulos, 2012).

Η κρίση και οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν έχουν επηρεάσει ιδιαίτερα την υγεία των ευπαθών ομάδων (Rechel.et al, 2011).Παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης λοιμώξεων από τον ιό HIV, όπου οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών αποτελούν την κύρια κινητήρια δύναμη για την αύξηση (Σχήμα.4).Αυτό το γεγονός συνδέεται άμεσα με την κρίση, καθώς η διαθέσιμη χρηματοδότηση για την πρόληψη του HIV και οι υπηρεσίες θεραπείας περιορίστηκαν. Η κατανομή των συριγγών και των προφυλακτικών μειώθηκε μεταξύ του 2009 και του 2010. Ωστόσο, σε ανταπόκριση με την έξαρση, ο αριθμός των διανεμημένων συριγγών αυξήθηκε από 7 ανά χρήστη ενέσιμου ναρκωτικού ετησίως το 2010 σε αναμενόμενο 45 το 2012. Ενώ πρόκειται για ευπρόσδεκτη αύξηση , εξακολουθεί να είναι πολύ χαμηλότερο από το ελάχιστο των 200 που προτείνεται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (2012).





Σχήμα 3. Η συχνότητα εμφάνισης νέων μολύνσεων από τον ιό HIV ανά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα, 2008–2012. Notes: IDU: χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών; MSM: άνδρες που έχουν σεξουαλική σχέση με άνδρες.

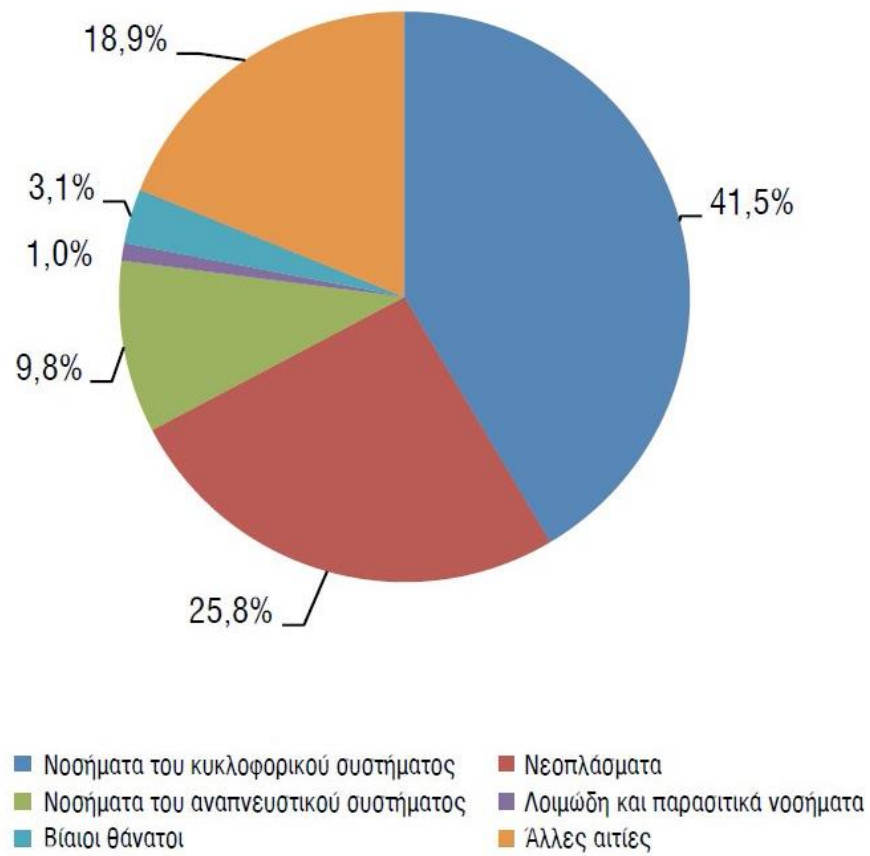
**Πηγή:** Ευρωπαϊκό κέντρο πρόληψης και ελέγχου των ασθενειών, 2012 ΚΕΕΛΠΝΟ 2013.

Σε πιο θετικό επίπεδο, τα τροχαία ατυχήματα και οι σχετιζόμενοι τραυματισμοί και θάνατοι βρίσκονταν σε απότομη πτώση, καθώς οι άνθρωποι μεταβαίνουν σε εναλλακτικούς, οικονομικότερους τρόπους μετακίνησης ή χρησιμοποιούσαν λιγότερα αυτοκίνητα. Μεταξύ 2008 και 2010, οι τραυματισμοί από οδικά ατυχήματα μειώθηκαν κατά 23,5% και οι θάνατοι κατά 37% (Michas&Micha, 2013). Οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα υπερβαίνουν κατά πολύ τον μέσο όρο της ΕΕ (8,6 και 5,8 ανά 100.000, αντίστοιχα) (Eurostat, 2018b).

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ 2015, τα συχνότερα αίτια θανάτων στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης ήταν 41,5% νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, 25,8 % νεοπλασματικές παθήσεις, 18,9% άλλες αιτίες, 9,8 νοσήματα του αναπνευστικού, 3,1% βίαιοι θάνατοι και 1,0% λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (Σχήμα 6). Με βάση τα στοιχεία της Eurostat (2018b) για το 2014, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και του εγκεφαλικού επεισοδίου, παρέμειναν η μεγαλύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, που αποτελούσε περίπου το 40%

όλων των θανάτων. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια ήταν υπεύθυνη για το 11% όλων των θανάτων, ενώ η θνησιμότητα για όσους δεν είχαν συμπληρώσει την ηλικία των 65 ετών ήταν σταθερά υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (28,4 και 19,2 ανά 100 000 το 2014 αντίστοιχα). Η Ελλάδα έχει παρουσιάσει τη μικρότερη βελτίωση της πρόωρης θνησιμότητας από την ισχαιμική καρδιοπάθεια μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, παρουσιάζοντας χειρότερη από την αναμενόμενη πιθανότητα λόγω των παρατεινόμενων προτύπων στους παράγοντες του τρόπου ζωής (υψηλό ποσοστό καπνίσματος, υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας κλπ.) (Hirte.et al, 2008, WHO Regional Office for Europe, 2016b). Η θνησιμότητα από εγκεφαλικό επεισόδιο στην Ελλάδα αποτελεί περίπου το 13% όλων των θανάτων, με τους θανάτους των ατόμων κάτω των 65 ετών να είναι ίσοι με τον μέσο όρο της ΕΕ (8,7 ανά 100.000 το 2014).

Ο καρκίνος παραμένει η δεύτερη αιτία θνησιμότητας στην Ελλάδα, αντιπροσωπεύοντας το ένα τέταρτο όλων των θανάτων, με ποσοστά ελαφρώς χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ. Για τους άνδρες, οι συχνότερες αιτίες θανάτου στην κατηγορία αυτή είναι ο καρκίνος του πνεύμονα (32%), ακολουθούμενος από καρκίνο του προστάτη (10%) και καρκίνο του παχέος εντέρου (9%). Για τις γυναίκες, οι συχνότερες αιτίες είναι ο καρκίνος του μαστού (18%), του πνεύμονα (12%) και του παχέος εντέρου (11%). Η Ελλάδα έχει μεταξύ των υψηλότερων ποσοστών θνησιμότητας για άνδρες από καρκίνο του πνεύμονα στην ΕΕ (62 ανά 100 000, με τον μέσο όρο της ΕΕ 54)(C.Economou, 2017).



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, 2015

Σχήμα 4. Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα, 2013.

### **3.10 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και τα μέτρα λιτότητας των Θεσμών στην Υγεία και την Υγειονομική περίθαλψη στη Πορτογαλία**

#### **3.10.1 Πορτογαλία**

Το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Πορτογαλία αποτελείται από ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης κάθε ένα από αυτά συνδέεται με το Υπουργείο Υγείας και με τους ίδιους τους ασθενείς. Το Υπουργείο Υγείας συντονίζει όλες τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης και τη χρηματοδότηση της παροχής δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης.

Το Πορτογαλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τρία υποσυστήματα υγείας: το NHS, ειδικά δημόσια και ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης για ορισμένα επαγγέλματα ή εταιρείες (υποσυστήματα υγείας) και το ιδιωτικό PHI. Εκτός από την κάλυψη ασφάλισης υγείας που παρέχεται από το NHS, περίπου το 25% του πληθυσμού καλύπτεται από ένα υποσύστημα υγείας ή το PHI. Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 16% του πληθυσμού καλύπτεται από ένα υποσύστημα υγείας (ERS, 2016c) και το 2015 καλύπτεται από ατομική ή ομαδική ιδιωτική ασφάλιση υγείας (ASF, 2016) περισσότερα από 2,7 εκατομμύρια άτομα (περίπου 25,8% του πληθυσμού). Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται είτε απευθείας είτε με σύμβαση με ιδιωτικούς ή δημόσιους παρόχους (και σε ορισμένες περιπτώσεις με συνδυασμό και των δύο).

Το 2005, ένα υποσύστημα που λειτουργούσε στον δημόσιο τομέα ενσωματώθηκε στο κύριο υποσύστημα, το ADSE (Assistência à Doença dos Servidores do Estado), για τους δημόσιους υπαλλήλους.

Στον ιδιωτικό τομέα, τα σημαντικότερα υγειονομικά υποσυστήματα είναι: το υποσύστημα υγείας για τους υπαλλήλους του ιστορικού τηλεπικοινωνιακού φορέα Portugal Telecom (Portugal Telecom Associação de Cuidados de Saúde, PT-ACS), για τους υπαλλήλους ταχυδρομικών υπηρεσιών στο Correios de Portugal και για τις τραπεζικές υπηρεσίες και τους συνδεδεμένους ασφαλιστικούς υπαλλήλους (Serviços de Assistência Médico-Social), που έχουν συσταθεί από τις αντίστοιχες ενώσεις τους σε περιφερειακή βάση. Υπάρχουν επίσης μερικά ακόμη μικρότερα ταμεία. Ορισμένα από τα ταμεία συνδέονται και διευθύνονται από τα συνδικάτα και διοικούνται από τα διοικητικά συμβούλια των εκλεγμένων μελών.

Μέχρι το 2013, το Υπουργείο Οικονομικών είχε τον έλεγχο του μεγαλύτερου υποσυστήματος Υγείας ADSE, το οποίο ήταν υποχρεωτικό για όλους τους δημόσιους υπαλλήλους μέχρι το 2009. Από το 2009, οι δημόσιοι υπάλληλοι μπορούσαν εύκολα να αποχωρήσουν από το ADSE. Το 2015, η ADSE μεταφέρθηκε στο Υπουργείο Υγείας (Decree-Law No.152/2015, of 7 August 2015). Ωστόσο, το 2017, η ADSE μετατράπηκε σε δημόσιο ίδρυμα με ειδικό καθεστώς και συμμετείχε στη διοίκηση (Decree-Law No. 7/2017, of 9 January 2017) και μετονομάστηκε σε Ινστιτούτο Προστασίας και Βοήθειας για την Ασθένεια (Instituto de Protecção Assistênciana Doença). Το ADSE βρίσκεται υπό την έμμεση διαχείριση τόσο του Υπουργείου Υγείας όσο και του Υπουργείου Οικονομικών. Το εν λόγω υποσύστημα, το οποίο δημιουργήθηκε το 1963, κάλυπτε περισσότερο από το 10% του πληθυσμού, με 1,25 εκατομμύρια εγγεγραμμένους δικαιούχους το 2015 (ERS, 2016c).

Οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης ασκούν κυρίως συμπληρωματικό ρόλο στο ΕΣΥ. Ο ιδιωτικός τομέας παρέχει κυρίως διαγνωστικές, θεραπευτικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες, καθώς αποκατάσταση και νοσηλεία ( J.Almeida Simões.et al, 2017).

Η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008 είχε σημαντικό αντίκτυπο στην Ευρώπη και η Πορτογαλία δεν αποτελούσε εξαίρεση. Μετά από αρκετά χρόνια ασθενούς οικονομικής ανάπτυξης (μέση αύξηση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) κατά 0,8% μεταξύ 2001 και 2010), η Πορτογαλική οικονομία παρουσίασε ύφεση το 2009, το 2011 και το 2012 (Perelman, Felix & Santana, 2015). Η οικονομική επιβράδυνση συνδυάστηκε με μια σταθερή αύξηση της ανεργίας και μια κρίση δημόσιου χρέους. Η Πορτογαλία δεν μπόρεσε να αναζητήσει χρηματοδοτική συνδρομή από την ΕΕ, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Maresso.et al, 2014). Ένα πρόγραμμα οικονομικής και δημοσιονομικής προσαρμογής συμφωνήθηκε μεταξύ των τριών αυτών διεθνών οργανισμών και της Πορτογαλικής κυβέρνησης τον Μάιο του 2011 υπογράφοντας ένα μνημόνιο συμφωνίας (μνημόνιο συμφωνίας, 2011 Augusto, 2012) με αντάλλαγμα ένα δάνειο ύψους 78 δισ. Ευρώ. Το μνημόνιο συμφωνίας καθόριζε διάφορα μέτρα πολιτικής που έπρεπε να υιοθετηθούν από την Πορτογαλική κυβέρνηση για την περίοδο 2011-2014, συμπεριλαμβανομένων: μιας σειράς απαιτήσεων λιτότητας, της μείωσης των δημόσιων δαπανών και της αύξησης των φορολογικών εσόδων για τη μείωση του δημοσιονομικού ελλείμματος καθώς και άλλων μέτρων για τη

σταθεροποίηση του χρηματοπιστωτικού τομέα μαζί με διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της εργασίας, των αγαθών, των υπηρεσιών και της στέγασης (Maresso et al, 2014). Το μνημόνιο συμφωνίας εξέτασε μέτρα και δράσεις στον τομέα της υγείας (Campos & Simões, 2014). Αυτά τα μέτρα αποτελούσαν συνδυασμό ενεργειών περιορισμού του κόστους και στρατηγικών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS) σε μόνιμη βάση (Barros, 2012).

Η υγειονομική περίθαλψη στην Πορτογαλία έπρεπε να εξοικονομήσει 670 εκατ. Ευρώ ως προϋπόθεση του μνημονίου συμφωνίας μεταξύ της Τρόικας και της Πορτογαλικής κυβέρνησης (Barros, 2012).

Παρόλο που η Πορτογαλία είναι μια από τις Ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, δόθηκε λιγότερη έμφαση στις συνέπειες της κρίσης για την υγεία και σε επακόλουθα μέτρα λιτότητας σε σύγκριση με άλλες χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Ιρλανδία. Η ύφεση της Πορτογαλίας ξεκίνησε το 2008. Παρά τη σύντομη ανάκαμψη το 2010, έχασε περισσότερο από το 6% του ΑΕΠ μεταξύ 2011 και 2013 (European Commission, 2016). Αναλύοντας τους κρατικούς προϋπολογισμούς από το 2005 έως το 2010, ο προϋπολογισμός του NHS αυξήθηκε σταθερά, τόσο σε απόλυτη τιμή όσο και σε αναλογία του ΑΕΠ, φτάνοντας στο ανώτατο σημείο του το 2010: περίπου 8,7 δισ. Ευρώ και 5,0% του ΑΕΠ. Το 2011 και το 2012, η τάση αντιστράφηκε και ο προϋπολογισμός του NHS το 2012 (7,5 δισεκ. Ευρώ) ήταν χαμηλότερος από αυτόν που καταγράφηκε το 2005 (7,6 δισεκ. Ευρώ). Αυτό σήμαινε ότι, κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Οικονομικής και Δημοσιονομικής Προσαρμογής, ο προϋπολογισμός του NHS επανήλθε στο επίπεδο που καταγράφηκε 8 έτη νωρίτερα. Το 2015 και το 2016, οι μεταφορές πιστώσεων προς το NHS ήταν περίπου 7,9 δισ. Ευρώ και τα δύο έτη (DGO, 2017).

Η κρίση συνοδεύτηκε από αυξημένα ελλείμματα (9,9% του ΑΕΠ το 2010)(IMF, 2014) και το δημόσιο χρέος, έφτασε στο 129% του ΑΕΠ το 2013 (Eurostat, 2015).

Το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας χρηματοδοτείται αρχικά από τη γενική φορολογία με ένα συνδυασμό δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης. Πριν από τη χρηματοπιστωτική κρίση, περίπου το 30% των συνολικών δαπανών ήταν ιδιωτικές, με σχεδόν το 25% αντιπροσώπευε ιδιωτικές πληρωμές. Οι ιδιωτικές πληρωμές ασθενών

αυξήθηκαν με την πάροδο του χρόνου, και κυρίως οι πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα (Barros,2011).Όλοι είχαν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που παρέχονταν από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) και από τη δεκαετία του 1990 έγιναν μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση κυρίως στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Πορτογαλία αυξήθηκαν σταθερά από 7,5% του ΑΕΠ το 1995 σε 10,4% του ΑΕΠ το 2010, πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ κατά 9,8% το 2010 (Barros,2011,J.Almeida Simões.et al, 2017).Η Πορτογαλία αύξησε τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, ιδίως στον δημόσιο τομέα..Η οικονομική ύφεση και τα μέτρα λιτότητας που απαιτήθηκαν από το πρόγραμμα οικονομικής και δημοσιονομικής προσαρμογής το 2011 ανέτρεψαν την τάση αυτή. Οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5% ετησίως σε πραγματικούς όρους το 2011 και το 2012 (OECD, 2014) σε αντίθεση με ετήσια αύξηση 1,8% την προηγούμενη δεκαετία, με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία να μειώνονται στο 9,5% του ΑΕΠ το 2014 (WHO, 2015).Οι δαπάνες ανά κεφαλή ανήλθαν σε 2.514 δολάρια ΗΠΑ το 2013, πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ των 3.453 US \$ (OECD, 2015). Ακόμη και μετά το Πρόγραμμα Οικονομικής και Δημοσιονομικής Προσαρμογής, η Πορτογαλία δαπάνησε το 2014 το ποσό των 2689,9 δολαρίων κατά κεφαλή (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης), δηλαδή κάτω του μέσου όρου της ΕΕ των 3.379 δολάρια ΗΠΑ ισοτιμία αγοραστικής δύναμης)..

Η οικονομική κρίση στην Πορτογαλία οδήγησε σε αλλαγές στις συνολικές δαπάνες για την υγεία. Η μείωση του ΑΕΠ κατά 5,4% μεταξύ 2010 και 2013 συνοδεύτηκε από μείωση κατά 12,4% των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά την ίδια περίοδο (INE, 2016a). Έτσι, η ανάλυση της συνολικής δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, η Πορτογαλία ήταν υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ το 2010, αλλά σύμφωνα με το μέσο όρο της ΕΕ το 2014. Μεταξύ του 2010 και του 2014, σημειώθηκε σημαντική μείωση των δαπανών της γενικής κυβέρνησης για την υγεία στην Πορτογαλία (-9,7%) (J.Almeida Simõe. et al, 2017).

Οι περισσότερες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία οφείλονται σε δαπάνες εκτός προϋπολογισμού, με τη μορφή συμμετοχής και άμεσων πληρωμών από πολίτες για φαρμακευτικά προϊόντα, εξετάσεις και διαβουλεύσεις εξωτερικών ασθενών.Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Πορτογαλία ήταν γενικά ελαφρώς

πτωτική λόγω του υψηλού μεριδίου των πληρωμών OOP και της μεγάλης εξάρτησης από τους έμμεσους φόρους.

Οι έμμεσοι φόροι επί των αγαθών και των υπηρεσιών αντιπροσώπευαν το 42,3% των συνολικών δημόσιων εσόδων το 2015, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 34,7% (INE, 2016ε).

Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν μετά το 2015, αν και με βραδύτερο ρυθμό από τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία, εκτός από το 2010 έως το 2015, όταν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ταχύτερα από τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Ένα μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης (περίπου το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών) είναι ιδιωτικό, κυρίως με τη μορφή πληρωμών OOP (συγχρηματοδοτήσεις και άμεσες πληρωμές από τον ασθενή) και, σε μικρότερο βαθμό, με τη μορφή ασφάλιστρων σε ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης. Το Πρόγραμμα Οικονομικής και Δημοσιονομικής Προσαρμογής έφερε μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης από το 2010 έως το 2015, με εξαίρεση το 2013. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες παρουσίασαν μια αυξανόμενη τάση από το 2010 έως το 2015. Οι πληρωμές OOP αυξήθηκαν από 24,6% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2010 σε 27,6% το 2015 (INE, 2016f).

Οι περικοπές του προϋπολογισμού συνέβησαν με διάφορους τρόπους (OECD 2013,2014).

- Το μοναδιαίο κόστος αναγκάστηκε να μειωθεί καθώς η κυβέρνηση διαπραγματεύτηκε χαμηλότερες τιμές για τα φάρμακα και περικοπή των μισθών των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.
- Έγιναν περισσότερες περικοπές στην πρόληψη, τη δημόσια υγεία και την έρευνα.
- Εφαρμόστηκαν μέτρα για τη μείωση της ζήτησης για περίθαλψη, κυρίως με την αύξηση των συνδρομών. Οι επισκέψεις σε γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχαν χρέωση € 5,00 το 2013, από € 2,25 το 2011. Οι αντίστοιχες αυξήσεις για συνήθειες νοσοκομειακές επισκέψεις ήταν από € 4,60 σε € 7,75 και για επισκέψεις έκτακτης ανάγκης από € 9,40 σε € 20,60 με πρόσθετες αμοιβές μέχρι € 50 για εξετάσεις και διάγνωση. Αυτές οι αξίες διατηρήθηκαν αυξημένες μέχρι το 2015, ακόμη και μετά τη λήξη του μνημονίου συμφωνίας.
- Περικοπή ορισμένων επιδοτήσεων φορολογικές ελαφρύνσεις για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.



Το μνημόνιο συνεννόησης μεταξύ της Τρόικας και της Πορτογαλικής κυβέρνησης απαιτούσε περικοπές στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να επιτευχθούν εξοικονομήσεις ύψους 550 εκατ. Ευρώ το 2012 και 375 εκατ. Ευρώ το 2013. Απαιτήθηκαν μέτρα για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, στους ακόλουθους τομείς:

**1. Χρηματοδότηση:** Επιβλήθηκε αύξηση των συνολικών συνδρομών του NHS (taxasmoderadoras), όπως α) υψηλότερων τελών, β) αναθεώρηση των κατηγοριών εξαίρεσης, και γ) αυτόματη τιμαριθμική αναπροσαρμογή των επιτοκίων συμπληρωμών με τον πληθωρισμό.

**2. Φαρμακευτικά προϊόντα και συνταγές:** Επιδιώχθηκε μείωση των δημόσιων δαπανών για τα φαρμακευτικά προϊόντα, έως 1,25% του ΑΕΠ το 2012 και περίπου 1% το 2013. Περιλαμβάνεται: α) η ενθάρρυνση της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων και λιγότερο ακριβών προϊόντων, β) η θέσπιση σαφών κατευθυντήριων γραμμών για τους ιατρούς σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική και γ) η απαίτηση ηλεκτρονικών συνταγών φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων που καλύπτονται από δημόσια αποζημίωση.

**3. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης:** Ενίσχυση τους προκειμένου να μειωθούν οι περιττές επισκέψεις σε ειδικούς, να μειωθεί το κόστος και να αυξηθεί η αποτελεσματική πρόβλεψη μέσω (α) ενός αυξημένου αριθμού Μονάδων Οικογενειακής Υγείας (Unidades deSaúdeFamiliar) με βάση ένα συνδυασμό μισθών και πληρωμών που σχετίζονται με την απόδοση και β) έναν μηχανισμό που θα εγγυάται μια πιο ομοιόμορφη κατανομή των οικογενειακών ιατρών σε ολόκληρη τη χώρα.

**4. Νοσοκομειακές υπηρεσίες:** Εξοικονομήσεις λειτουργικών δαπανών νοσοκομείων, με στόχο τη μείωση κατά 200 εκατ. Ευρώ το 2012 (100 εκατ.ευρώ το 2012 και 100εκατ.ευρώ ήδη το 2011), με έμφαση τον εξορθολογισμό στα κρατικά νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, τη μεταφορά μερικών νοσοκομειακών υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών σε μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τον αυστηρότερο έλεγχο, τις ώρες εργασίας και τις δραστηριότητες του προσωπικού και τη μείωση των δαπανών για την αντιστάθμιση υπερωριών (τουλάχιστον το 10% το 2012 και το 10% το 2013).

**5. Άλλες υπηρεσίες:** ζητήθηκαν απαιτήσεις για την ολοκλήρωση της ανάπτυξης ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και μείωση του κόστους μεταφοράς ασθενών κατά ένα τρίτο.

Η Πορτογαλική κυβέρνηση υποχρεώθηκε να δεσμευθεί να μειώσει το έλλειμμα στο 3% του ΑΕΠ έως το 2013, ενώ "ελαχιστοποίησε τις επιπτώσεις στις ευάλωτες ομάδες". (Kentikelenis.A.et al, 2014).

Τι συνέβη στην Πορτογαλία; την εποχή που παρατηρήθηκαν εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη, παρατηρήθηκε σημαντική μεταστροφή στις πηγές των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε από 69% σε 64% και, αντίστοιχα, οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν από 31% σε 36% μεταξύ 2010 και 2012. Η μετατόπιση αυτή ήταν πριν από την αύξηση των τελών χρήσης που εισήχθησαν το 2012 (Sakellarides.et al, 2014). Οι ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών (OOP) αποτελούσαν περίπου τα τρία τέταρτα των ιδιωτικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στην Πορτογαλία και μετά από μια σταθερή άνοδο κατά 448 ευρώ κατά κεφαλήν πριν από την κρίση μειώθηκαν σε 408 ευρώ κατά κεφαλήν το 2013. Μια έρευνα ασθενών για το 2012, η οποία περιελάμβανε 375 ασθενείς, διαπίστωσε ότι το 22,8% των ασθενών δεν αγόραζαν συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ τα οικονομικά προβλήματα αναφέρθηκαν ως ένας από τους κύριους λόγους (da CostaFA.et al, 2015). Οι πληρωμές OOP στην Πορτογαλία εκτιμάται ότι ήταν από τις υψηλότερες στην ΕΕ, αντιπροσωπεύοντας το 27,6% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2015 (INE, 2016f). Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Πορτογαλία είναι γενικά ελαφρώς πτωχική λόγω του υψηλού μεριδίου των πληρωμών OOP και της μεγάλης εξάρτησης από τους έμμεσους φόρους. Οι έμμεσοι φόροι επί των αγαθών και των υπηρεσιών αντιπροσώπευαν το 42,3% των συνολικών δημόσιων εσόδων το 2015, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 34,7% (INE, 2016e).

Μια άλλη μελέτη που συνδέει τις παρεμβάσεις φαρμακευτικής πολιτικής, όπως η εναρμόνιση των επιπέδων αποζημίωσης και οι εκστρατείες για την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, τη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων, διαπίστωσε αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων, αλλά και μείωση των συνολικών πωλήσεων, λόγω της μειωμένης πρόσβασης στα φάρμακα (Leopold.C.et al, 2014).

Μια μελέτη σχετικά με τον αντίκτυπο των τελών χρήσης και του κόστους μεταφοράς στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης διαπίστωσε ότι η αύξηση των OOPs δεν οδήγησε σε διαφορές στις επισκέψεις έκτακτης ανάγκης μεταξύ ασθενών που απαλλάσσονται και δεν εξαιρούνται από τις πληρωμές σε τρία Πορτογαλικά νοσοκομεία. Η απώλεια κοντινών

εγκαταστάσεων αποτελούσε σημαντικό παράγοντα για τη μείωση των επισκέψεων έκτακτης ανάγκης (Ramos.P.et al, 2015).

Προβλήματα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφέρθηκαν, με το 34,4% των ερωτηθέντων να μην έχουν πρόσβαση σε γενικό ιατρό, ποσοστό που αυξήθηκε σε 43,8% για τους χρήστες υγειονομικής περίθαλψης που γεννήθηκαν στο εξωτερικό (Hernández-Plaza.S.et al, 2014). Μεταξύ του 2011 και του 2013, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Πορτογαλίας (NHS) έχασε το 2,3% του εργατικού δυναμικού, συμπεριλαμβανομένου του 3,2% του νοσηλευτικού προσωπικού της. Αν και ο αριθμός των γιατρών του NHS αυξήθηκε κατά 3,8% την ίδια περίοδο (ACSS, 2013). Οι μισθοί τους, όπως και οι υπόλοιποι δημόσιοι υπάλληλοι, υπέστησαν περικοπές μεταξύ του 2011 και το 2013 και το τελευταίο τρίμηνο του 2014, μειώνοντας κατά 3,5% για τους μισθούς μεταξύ 1.500 και 2.000 ευρώ και έως 10% για μισθούς άνω των 4.165 ευρώ. Η αναλογία των νοσοκόμων προς τους γιατρούς υποχώρησε περαιτέρω μεταξύ του 2008 και του 2012, από 1.5 σε 1.4 (Correia.T, 2015). Επιπλέον, το κυβερνητικό διάταγμα 266-D/2012 αύξησε τις ώρες εργασίας την εβδομάδα από 35 σε 40, γεγονός που συνέβαλε στη μείωση των πληρωμών υπερωριών, κατά μέσο όρο περίπου 6,1% για τους ιατρούς και τους νοσοκόμους. Σε μια έρευνα που έγινε μεταξύ 3.448 γιατρών του NHS, το 65% ανέφερε έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού, προϊόντων στις εγκαταστάσεις τους και το 80% ανέφερε ότι οι περικοπές στον προϋπολογισμό του NHS έθεσαν σε κίνδυνο την ποιότητα και την πρόσβαση στην περίθαλψη (Gomes.C, 2014).

### **3.10.2 Επιπτώσεις της ύφεσης στην υγεία**

Σύμφωνα με την EUROSTAT, η ανεργία αυξήθηκε από 7,6% το 2008 σε 14% το 2011, φθάνοντας στο 17,3% το πρώτο τρίμηνο του 2013 αντανακλώντας τις επιπτώσεις της βαθιάς οικονομικής κρίσης στην Πορτογαλία και μειώθηκε στο 12,3% το τρίτο τρίμηνο του 2015 μετά την Ελλάδα, την Ισπανία, την Κροατία και την Κύπρο (Eurostat, 2016a). Επίσης, η ανεργία των νέων (ηλικίας κάτω των 25 ετών) στην Πορτογαλία αυξήθηκε από 28,2% το 2010 σε 38,0% το 2012 (Eurostat, 2016a). Το 2015, το ποσοστό αυτό ήταν 32,0% (μέσος όρος της ΕΕ 20,3%), κατατάσσοντας την Πορτογαλία μεταξύ των χωρών της ΕΕ με την υψηλότερη ανεργία των νέων μετά την Ισπανία, την Ελλάδα, την Κροατία, την Ιταλία και την Κύπρο (Eurostat, 2016a). Ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού αυξήθηκε από 24,4% σε 27,5% μεταξύ 2011 και 2013, η υλική στέρηση αυξήθηκε από 20,9% σε 25,5% με σοβαρή υλική στέρηση από 8,3% σε 10,9% (Eurostat,

2015). Το 2015, το 19,% του πληθυσμού ζούσε κάτω από το όριο της φτώχειας, που ορίζεται ως το 60% του μέσου εισοδήματος (5268 ευρώ το 2015). Οι διαφορές εισοδημάτων στην Πορτογαλία είναι υψηλές και έχουν μεγαλώσει κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Προσαρμογής (INE, 2016a). Το 2015, 5,2 εκατομμύρια άνθρωποι (58,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω) δραστηριοποιούνταν στην αγορά εργασίας, με τις γυναίκες να αντιπροσωπεύουν το 48,4% του εργατικού δυναμικού της χώρας (INE, 2016b). Σε σύγκριση με το τελευταίο τρίμηνο του 2010, στα τέλη του 2015 υπήρχαν 387.300 (-7,8%) λιγότεροι εργαζόμενοι, λόγω τόσο της ανεργίας όσο και της μετανάστευσης (INE, 2016b)

Σχετικά με τα ποσοστά αυτοκτονίας υπάρχει αβεβαιότητα με τα δεδομένα πριν από το 2014. Ωστόσο, οι κλήσεις προς τις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης από εκείνους με αυτοκτονικές σκέψεις αυξήθηκαν κατά 29,3% από το 2011 έως το 2012 (Madeira.M, 2013). Σύμφωνα με τον (Santana.P.et al, 2015) βρέθηκε σύνδεση μεταξύ αυτοκτονίας και επίπεδου υλικής στέρησης. Μελέτες δείχνουν ότι η ασθένεια που σχετίζεται με την ψυχική υγεία είναι πιο διαδεδομένη στην Πορτογαλία από ό,τι σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Augusto.GF, 2014, Almeida.JMCd.et al, 2013, Gusmão.R.et al, 2005). Η κατά κεφαλήν κατανάλωση αντικαταθλιπτικών ήταν η υψηλότερη μεταξύ 18 κρατών μελών της ΕΕ.

Οι λοιμώδεις νόσοι γενικά παρέμειναν υπό έλεγχο. Τα ποσοστά εμφάνισης φυματίωσης συνέχισαν να μειώνονται τα τελευταία χρόνια, φθάνοντας τα 22 ανά 100.000 το 2013. Οι πρόσφατα διαγνωσθείσες περιπτώσεις HIV μειώθηκαν συνολικά (15 ανά 100.000 πληθυσμού το 2011 και το 2012, 10 ανά 100.000 το 2013 και 11 ανά 100.000 2014), ενώ η κάθετη μετάδοση έφτασε τα 0,7 το 2013 και το 2014, αύξηση από 0,5 και 0,3 το 2011 και το 2012. Ωστόσο, τα ποσοστά επίπτωσης του HIV εξακολουθούν να είναι υψηλά σε σχέση με την υπόλοιπη ΕΕ, ενώ υπάρχουν ανησυχίες για το μέλλον. Η πρόληψη του HIV μειώθηκε, συμπεριλαμβανομένων λιγότερων συρίγγων (κυρίως διανεμημένων μέσω φαρμακείων) και διανομής προφυλακτικών, καθώς και περικοπές στα προγράμματα ανίχνευσης (DGS 2009, 2013).

Παρόλες τις αυξήσεις που επιβλήθηκαν για να μειωθούν οι μη επείγουσες και ακατάλληλες επισκέψεις, περίπου το 15% του Πορτογαλικού πληθυσμού δεν ήταν εγγεγραμμένο σε γενικό ιατρό και βασίζεται σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (Augusto GF, 2012). Τα τέλη χρήσης περιορίζονται στα 50 ευρώ ανά άτομο και εξαιρούνται άτομα

με χαμηλό εισόδημα, άτομα με αναπηρίες και άτομα με χρόνιες ασθένειες (εάν η επίσκεψη σχετίζεται με την ασθένειά τους), οι οποίοι απαλλάσσονται από τα τέλη (Barros.P, 2012). Τα παιδιά απαλλάσσονται από τα τέλη χρήσης στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, η ευημερία τους κινδύνευε επειδή οι δαπάνες για οικογενειακή υποστήριξη μειώθηκαν κατά 30% το 2011 και τον Ιανουάριο του 2012, 67.000 οικογένειες έχασαν την επιλεξιμότητα για παροχές παιδικής φροντίδας (Muižniek.N, 2012).

### **3.11 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ισλανδία**

Όταν η Αμερικανική αγορά ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων κατέρρευσε, οι Ισλανδικές τράπεζες αντιμετώπισαν τεράστιες απώλειες. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) κλήθηκε και πρότεινε ένα πακέτο διάσωσης με το οποίο η κυβέρνηση της Ισλανδίας θα αναλάμβανε την ευθύνη για τις απώλειες των τραπεζών, γεγονός που θα είχε ως αποτέλεσμα το 50% του εθνικού εισοδήματος μεταξύ 2016 και 2023 να καταβληθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Κάτω Χώρες. Διεξήχθη δημοψήφισμα και το 93% του πληθυσμού απέρριψε το πακέτο διάσωσης. Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου επικαλέστηκε την αντιτρομοκρατική νομοθεσία για να παγώσει τα Ισλανδικά περιουσιακά στοιχεία. Η Ισλανδία άφησε την αξία της κορώνας να καταρρεύσει, έτσι ώστε οι τιμές των εισαγωγών να επιταχυνθούν και πολλοί Ισλανδοί αντιμετώπισαν σημαντικές μειώσεις εισοδήματος. Ωστόσο, οι επιπτώσεις στην υγεία ήταν σχεδόν ανεπαίσθητες. Οι αυτοκτονίες δεν αυξήθηκαν. Όταν ξέσπασε η κρίση, η συχνότητα των καρδιακών προβλημάτων αυξήθηκε ελαφρά, αλλά αυτή η αιχμή υποχώρησε σύντομα (Guethjons dottir.GR.et al,2012). Μια εθνική έρευνα για την υγεία και την ευημερία έδειξε ότι η κρίση είχε ελάχιστες επιπτώσεις στην ευημερία του έθνους (Gudmunds dottir.D, 2013).

Πώς μπορεί να εξηγηθεί η απουσία δυσμενών επιπτώσεων;

- Η Ισλανδία αγνόησε τις οδηγίες του ΔΝΤ και επένδυσε στην κοινωνική προστασία. Πήραν ενεργά μέτρα για να επιστρέψουν οι άνθρωποι πίσω στην εργασία.
- Η διατροφή βελτιώθηκε. Οι Ισλανδοί άρχισαν να μαγειρεύουν κατ'οίκον περισσότερο (ειδικά τα ψάρια, ενισχύοντας το εισόδημα της χώρας).

- Η Ισλανδία διατήρησε τις περιοριστικές πολιτικές της για το οινόπνευμα, και πάλι σε αντίθεση με τις συμβουλές του ΔΝΤ.

### **3.12 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα Υγείας και την Υγεία στην Ιρλανδία**

Η κατάρρευση των υπερβολικά εκτεθειμένων τομέων της Ιρλανδίας στην αρχή της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης οδήγησε σε μια κρίση δημόσιου χρέους ως αποτέλεσμα να απαιτείται ένα πρόγραμμα χρηματοοικονομικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα). Επίσης με την αυξανόμενη ανεργία και τη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών, οι όροι της δανειακής συμφωνίας απαιτούσαν βαθιές περικοπές στις δαπάνες του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας, και ενθάρρυναν τις μεταρρυθμίσεις με σκοπό την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και εξοικονόμησης κόστους.

#### **3.12.1 Η προέλευση και οι άμεσες επιπτώσεις της κρίσης**

Ως μικρή ανοιχτή οικονομία, η Ιρλανδία ήταν ιδιαίτερα εκτεθειμένη, αυτό είχε ως συνέπεια να πληγεί από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση. Η πρόσβαση σε φθηνή πίστωση και η ανεπάρκεια της κυβερνητικής εποπτείας του χρηματοπιστωτικού τομέα οδήγησαν στην δημιουργία μιας μη βιώσιμης φούσκας ακινήτων. Στην παγκόσμια οικονομική κρίση το 2008, οδηγήθηκε στην εσωτερική τραπεζική κατάρρευση και την κατάρρευση του κατασκευαστικού τομέα. Με αποτέλεσμα το χρέος των ιδιωτικών τραπεζών να μετατραπεί σε κρατικό χρέος. Όσον αφορά τα έσοδα, η φορολογική βάση γίνεται όλο και περισσότερο από τους προκυκλικούς φόρους κατανάλωσης (Thomas, Ryan&Normand, 2010). Το αυξανόμενο χάσμα μεταξύ εσόδων και δαπανών αντανakλάται σε μια έντονα αυξανόμενη αναλογία χρέους προς ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) (Thomas.et al,2012). Μεταξύ του 2008 και του 2011, το ακαθάριστο εθνικό προϊόν της Ιρλανδίας μειώθηκε σχεδόν κατά 20% (CSO, 2012b).

#### **3.12.2 Κυβερνητικές αντιδράσεις στην κρίση**

Το κόστος δανεισμού συνέχισε να αυξάνεται: τον Νοέμβριο του 2010, οι αποδόσεις στο δείκτη αναφοράς 9ετούς ομολόγου της Ιρλανδίας έφθασαν στο 9% (Carswell, 2012). Τον

Νοέμβριο του 2010, η συνεχιζόμενη επιδείνωση των βασικών οικονομικών δεικτών και το απρόσιτο κόστος δανεισμού, με αποτέλεσμα η Ιρλανδία να αποδεχθεί ένα πρόγραμμα οικονομικής στήριξης από την Τρόικα αξίας 85 δις. Ευρώ για την περίοδο 2010-2013. Παρά την επιστροφή στις αγορές ομολόγων το 2013, οι οικονομικές προοπτικές παρέμειναν δυσοίωνες, με χαμηλές προβλέψεις ανάπτυξης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο (Duffy&Timoney, 2013), συνεχίστηκε η υψηλή ανεργία κατά 14% περίπου το 2012 (CSO, 2013b) και ένα μεγάλο, αν και ελαφρώς μειούμενο, λόγο χρέους/ΑΕΠ περίπου 120% (Department of Public Expenditure and Reform, 2012b, Duffy&Timoney, 2013)

### **3.12.3 Ευρύτερες συνέπειες**

Η ανεργία αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης, από 5% στο τέλος του 2007 σε λίγο λιγότερο από 14% στο τέλος του 2012. Το ποσοστό ανεργίας μεταξύ του νεότερου πληθυσμού ήταν ακόμη υψηλότερο, ενώ στο τέλος του έτους, η μακροχρόνια ανεργία (που ορίζεται ως άνεργος για περισσότερο από ένα χρόνο) αντιπροσώπευε το 60% περίπου της συνολικής ανεργίας (CSO, 2013b).

Επιπλέον, τα εισοδήματα των νοικοκυριών και τα ποσοστά φτώχειας επηρεάστηκαν, καθώς τα εισοδήματα μειώθηκαν κατά περισσότερο από 12% σε ονομαστικές τιμές, το ποσοστό του πληθυσμού που βιώνει δύο ή περισσότερα είδη καταναγκαστικής στέρησης π.χ. (χωρίς θέρμανση, ανίκανο να προσφέρει ζεστό γεύμα κ.λπ.) αυξήθηκε από 13,8% σε 24,5% για την περίοδο 2008 έως 2012. Ο πληθωρισμός στις τιμές για την υγεία είχε υπερβεί σταθερά τις τιμές των συνολικών τιμών και, λόγω της μεγάλης εξάρτησης από τις ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών στο Ιρλανδικό σύστημα υγείας, αυτό είχε δημιουργήσει πρόσθετη επιβάρυνση στα νοικοκυριά. Συγκεκριμένα, οι απότομες αυξήσεις των ασφαλιστών ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, σε συνδυασμό με την επιδείνωση των οικονομικών των νοικοκυριών, αντικατοπτρίστηκαν σε αυξανόμενο αριθμό που ακυρώνει την κάλυψη PHI κατά τη διάρκεια της κρίσης (CSO, 2013c).

### **3.12.4 Οι πιέσεις του συστήματος υγείας πριν από την κρίση**

Από την αρχή της δεκαετίας του 2000, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ραγδαία, αν και από μια πολύ χαμηλή βάση, και το κατά κεφαλήν επίπεδο είναι ευθυγραμμισμένο σε γενικές γραμμές με τις δαπάνες σε άλλες χώρες (OECD, 2012a).

Ωστόσο, κατά τα προηγούμενα 30 χρόνια, οι δαπάνες για την υγεία στην Ιρλανδία ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ (Wren, 2004).

Από το 2008 έγιναν σημαντικές περικοπές των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Ο συνολικός προϋπολογισμός για τη δημόσια υγεία το 2008 ήταν 15,4 δισ. Ευρώ, ενώ για το 2013 μόνο 13,6 δισ. Ευρώ (Department of Public Expenditure and Reform, 2012a, Thomas et al, 2012). Μεγάλη μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία έγινε μέσω περικοπών στον αριθμό προσωπικού και την αμοιβή του προσωπικού και μέσω της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας του συστήματος δημόσιας υγείας (Thomas&Burke, 2012). Τον Οκτώβριο του 2012 σημειώθηκε υπέρβαση των δαπανών δημόσιας υγείας (Department of Public Expenditure and Reform, 2012a) ύψους 360 εκατ. Ευρώ, αν και το ποσό αυτό μειώθηκε στα 75 εκατ. Ευρώ μέχρι το τέλος του 2012 (HSE, 2013d). Οι περικοπές στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία σημειώθηκαν στο πλαίσιο των υφιστάμενων πολιτικών δεσμεύσεων. Το 2011, η νέα κυβέρνηση συνασπισμού δεσμεύτηκε να εισαγάγει δωρεάν φροντίδα από γενικούς ιατρούς για όλους έως το 2015 και να εφαρμόσει μια καθολική, ενιαία υπηρεσία υγείας μέσω της καθολικής ασφάλισης υγείας (Government of Ireland, 2011a).

Από το 2005 έως το 2011, το κόστος υγειονομικής περίθαλψης αυξήθηκε περισσότερο από 20%, ενώ οι συνολικές τιμές αυξήθηκαν κατά περίπου 10% (Thomson, Jowett&Mladovsky, 2012). Αυτός ο πολύ υψηλός πληθωρισμός στην υγεία οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στη συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης, των τελών εξωτερικών ασθενών, των αμοιβών γιατρών και των τελών οδοντιατρικής περίθαλψης, τα οποία επιβάρυναν κυρίως το τμήμα του πληθυσμού με το πιο χαμηλό εισόδημα. Επιπλέον, τα ιδιωτικά ασφάλιστρα PHI (private health insurance) αυξήθηκαν κατά 22% το 2011 και κατά 16% το 2012 (CSO, 2012a, 2013a).

Περίπου το 14% των δημόσιων δαπανών για την υγεία στην Ιρλανδία ήταν δαπάνες για συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά προϊόντα (Gorecki et al, 2012). Οι δημόσιες δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκαν πολύ γρήγορα μετά το 2000, αλλά ορισμένα μέτρα αντέστρεψαν την τάση αυτή (Brick, Gorecki&Nolan, 2013) και (Gorecki et al, 2012), η τιμολόγηση και η αντικατάσταση ορισμένων φαρμάκων ψηφίστηκε το 2013 (Government of Ireland, 2013b). Ωστόσο, ήταν αργή η πρόοδος όσον αφορά την εφαρμογή πρόσθετων μέτρων μείωσης των δαπανών (Thomson, Jowett&Mladovsky, 2012) και από την σύγκριση των τιμών παραγωγής των κορυφαίων φαρμακευτικών



εταιρειών διαπιστώθηκε ότι οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων για διπλωματική ευρεσιτεχνία και οι γενικές φαρμακευτικές ουσίες ήταν υψηλότερες στην Ιρλανδία από ό, τι σε άλλα κράτη μέλη της ΕΕ (Brick, Gorecki&Nolan, 2013) .

Άλλοι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση των δαπανών ήταν συνήθως οι ανάγκες που δεν καλύπτονται (περιλαμβάνουν χρόνιες παθήσεις, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υπηρεσίες για παιδιά), αυξημένες προσδοκίες (που μπορεί να οδηγήσουν στη ζήτηση για ανεκπλήρωτες ανάγκες) (Dormont, Grignon&Huber (2006) και Normand (2011).

Μια κρίσιμη πηγή οικονομικής πίεσης στο Ιρλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν το σύστημα ιατρικών καρτών ,όπου τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα είχαν δωρεάν δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Με την αύξηση της ανεργίας και την πτώση των εισοδημάτων, το ποσοστό του πληθυσμού με ιατρικές κάρτες ήταν πλέον πάνω από 40%, από περίπου 30% το 2008 (D.McDaid.et al, 2009).

Η «Στρατηγική πρωτοβάθμιας περίθαλψης: μια νέα κατεύθυνση» του 2001 συνέστησε την καθιέρωση μιας διεπιστημονικής ομαδικής προσέγγισης για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (Department of Health and Children, 2001a), αλλά οι συστάσεις της δεν εφαρμόστηκαν σε μεγάλο βαθμό.Η πρόοδος στην ανάπτυξη των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν αργή (Comptroller and Auditor General, 2011, Department of Health, 2011, HSE, 2013g).Το αποτέλεσμα της φτωχής παροχής πρωτοβάθμιας και κοινοτικής φροντίδας ήταν η ύπαρξη μακρών λιστών αναμονής για ορισμένες υπηρεσίες (Oireachtas, 2012a).

Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων ήταν η πρώτη γραμμή ειδικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το «Όραμα για την Αλλαγή», η εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία που δημοσιεύθηκε το 2006, περιέγραψε ότι πρέπει να υπάρχουν 92 τέτοιες ομάδες με 1196 υπαλλήλους μέχρι το 2012 (Department of Health and Children, 2006). Ο στόχος για το Δεκέμβριο του 2012 ήταν ότι κανένα παιδί δεν θα περίμενε περισσότερο από ένα χρόνο για το πρώτο ραντεβού του. Ωστόσο, έως τον Δεκέμβριο του 2012, υπήρχαν 338 παιδιά που περίμεναν το πρώτο ραντεβού τους (HSE, 2012b). Ο κατάλογος αναμονής για αυτές τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων αυξήθηκε κατά 17% από τον Δεκέμβριο του 2011(HSE, 2012b).Τέτοια δεδομένα για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων δεν υπάρχουν, αλλά η ετήσια έκθεση του

Επιθεωρητή Ψυχικής Υγείας για το 2012 ανέφερε ότι οι υπηρεσίες ήταν στάσιμες και ίσως έχουν υποχωρήσει προς τα πίσω (Mental Health Commission, 2013).

Οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι ήταν ένας βασικός μηχανισμός για τη φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται στα σπίτια τους και κρατώντας τους εκτός νοσοκομείων και γηροκομείων, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων. Το 2008, 12,6 εκατομμύρια ώρες βοήθειας δόθηκαν σε 55.366 άτομα, ενώ το 2012 μόνο 9,8 εκατομμύρια ώρες σε 44.387 άτομα, αντανακλώντας τις περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες (HSE, 2008,2013g).

Ισχυρές πολιτικές πιέσεις υπήρξαν για τη μείωση των χρόνων αναμονής για τη θεραπεία για τους δημόσιους ασθενείς. Παρά τον ειδικό προϋπολογισμό για ένα ταμείο ανεξάρτητων αγορών θεραπείας από το 2002 και την ανανέωση της πολιτικής πίεσης μετά την εκλογή νέας κυβέρνησης την άνοιξη του 2011, οι αριθμοί που περίμεναν την νοσοκομειακή περίθαλψη παρέμειναν υψηλοί. Το HSE (Health Service Executive) δεσμεύτηκε στο στόχο ότι κανένας ενήλικας δεν θα έπρεπε να περιμένει περισσότερους από οκτώ μήνες για νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια θεραπεία μέχρι το τέλος Ιουνίου 2013. Δυστυχώς, οι αριθμοί συνέχισαν να αυξάνονται μέχρι το 2013 (HSE, 2013f), παρά τις υποσχόμενες μειώσεις των αριθμών στα τέλη του 2012/2013.

Η Ιρλανδία είναι η μόνη ευρωπαϊκή χώρα που δεν προσφέρει καθολική πρόσβαση στην ελεύθερη ή επιδοτούμενη περίθαλψη από τους GP, και το κόστος των ιδιωτικών πληρωμών GP είναι πολύ υψηλότερο από ό, τι σε άλλες χώρες (Thomson, Jowett & Mladovsky, 2012). Παρά την σχετικά μικρή συμβολή της στη συνολική χρηματοδότηση της υγείας στην Ιρλανδία, το HSE διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση συγκεκριμένων τύπων περίθαλψης, ιδίως της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης, επιδοτείται από το κράτος μέσω φορολογικών ελαφρύνσεων στα ασφάλιστρα και από την πρακτική της μη χρέωσης του συνολικού κόστους των ιδιωτικών κλινών στα δημόσια νοσοκομεία (Nolan & Wiley, 2000, O'Reilly & Wiley, 2010, Brick et al, 2012).

### **3.12.5 Μεταβολές στη δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας**

Οι προϋπολογισμοί από τον Οκτώβριο του 2008 προσπαθούν να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες, συμπεριλαμβανομένης της υγείας. Κατά τη διάρκεια της διάσωσης από την Τρόικα, τέθηκαν πιο αυστηρές παράμετροι και εποπτεία στις δαπάνες για την υγεία. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία μειώθηκαν κατά περίπου 9% σε ονομαστικές τιμές μεταξύ

2008 και 2012 και χρειάστηκαν μεγαλύτερες προσαρμογές για την περίοδο 2013-2014. Το σύστημα δημόσιας υγείας υπέστη μεγάλες περικοπές σε μια εποχή όπου οι οικονομικές πιέσεις από τις δημογραφικές αλλαγές και τις πολιτικές ανάγκες ήταν αρκετά ισχυρές.

Το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία που προέρχονταν από νόμιμες ή δημόσιες πηγές στην Ιρλανδία μειώθηκε σταδιακά από υψηλό 77% το 2004 σε 67% το 2011, σύμφωνα με τις τάσεις αύξησης των εξόδων των νοικοκυριών. Η οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε το 2008, οδήγησε σε μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Το 2015, το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 70%. Τα τελευταία χρόνια, οι δημόσιοι προϋπολογισμοί για την υγεία άρχισαν να ξαναζωντανεύουν. Η γενική φορολογία αποτελεί την κύρια πηγή εσόδων για το δημόσιο σύστημα. Αυτό συμπληρώνεται από την καθολική κοινωνική επιβάρυνση που επιβάλλεται στους αυτοαπασχολούμενους και τους εργαζομένους(OECD, 2017).

Οι δαπάνες ιδιωτικής υγείας συνέχισαν να αυξάνονται (Department of Health, 2012a), αλλά από το 2008 ο αριθμός των νοικοκυριών που αγόραζαν PHI μειώθηκε (Health Insurance Authority, 2013).

Η εθελοντική ασφάλιση υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών (που αντιπροσώπευαν το 12,3% και το 15,2% της συνολικής δαπάνης αντίστοιχα το 2015) αποτελούσαν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία. Οι ιδιωτικές πληρωμές εφαρμόζονται σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η οξεία περίθαλψη στα νοσοκομεία απαιτούσε αποζημίωση, με ανώτατο όριο τα 800 ευρώ ετησίως, όπως και οι επισκέψεις σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (100 EUR). Οι αποζημιώσεις για συνταγογραφούμενα φάρμακα εφαρμόζονται επίσης με ανώτατο όριο 144 ευρώ ανά νοικοκυριό και ανά μήνα. Ενώ οι GPs καθορίζουν τις δικές τους τιμές, η επίσκεψη κοστίζει κατά μέσο όρο πάνω από 50 ευρώ για όσους δεν έχουν Ιατρική Κάρτα ή Κάρτα Επίσκεψης GP. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ιρλανδία ήταν υψηλές, αλλά μειώθηκαν μετά την οικονομική κρίση. Το 2015, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ιρλανδία ανήλθαν σε 3.939 ευρώ σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ 2.797 ευρώ. Αυτό ισοδυναμούσε με το 7,8% του ΑΕΠ (OECD, 2017).

Το Ιρλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από φόρους, παρόλο που σχεδόν το ήμισυ του πληθυσμού αγοράζει επίσης προαιρετική ασφάλιση υγείας. Το

Υπουργείο Υγείας χορηγεί τον προϋπολογισμό για την υγεία, ο οποίος πηγαίνει κυρίως στο Executive Health Service (HSE). Το HSE έχει την επιχειρησιακή ευθύνη για την παροχή περίθαλψης σε δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας και μια σειρά κοινοτικών και κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας (OECD, 2017). Τα έσοδα από το δημόσιο αυξήθηκαν περισσότερο από την έμμεση φορολογία μετά το 2000, αν και το 2011, το ποσοστό των συνολικών κρατικών εσόδων από έμμεσους φόρους μειώθηκε κάτω από το επίπεδο του 2000, καθώς η κυβέρνηση επιχείρησε να σταθεροποιήσει τα οικονομικά της (Thomson, Jowett&Mladovsky, 2012). Πριν από την κρίση, η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία ήταν οριακά προοδευτική (Smith, 2010a). Ορισμένες αλλαγές στην πολιτική άμεσης φορολογίας έδειξαν ότι αυτή η πηγή έγινε πιο προοδευτική (Thomson, Jowett&Mladovsky, 2012). Ο (Smith, 2010a) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι έμμεσοι φόροι ήταν σταθεροί στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000.

### **3.12.6 Αλλαγές στην κάλυψη**

Στην Ιρλανδία η πιο σημαντική αλλαγή μείωσης του εύρους κάλυψης ήταν η κατάργηση το 2009 ,του αυτόματου δικαιώματος ιατρικής κάρτας για άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών (Brick.et al, 2010,Thomson,Jowett&Mladovsky, 2012).

Πολλοί άνθρωποι αγόραζαν PHI (private health insurance) ,που υποστηρίζεται μέσω γενναιάδωρης φορολογικής ελάφρυνσης. Η κάλυψη PHI αυξήθηκε σταθερά με την πάροδο του χρόνου, φθάνοντας στο ανώτατο ποσοστό του 51,4% του πληθυσμού το 2006, αλλά στη συνέχεια μειώθηκε σε 46,0% το 2012 (Health Insurance Authority,2013). Αρχικά σχεδιάστηκε για να προσφέρει κάλυψη για νοσοκομειακή περίθαλψη, πλέον πολλά σχέδια PHI προσφέρουν κάποια κάλυψη για GP και άλλα έξοδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ενώ όλοι δικαιούνται δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη με μέγιστο κόστος 800 ευρώ ετησίως, τα άτομα παίρνουν PHI για να αποκτήσουν ταχύτερη πρόσβαση στο δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα (Watson & Williams, 2001).

Κάτω από το σήμα της «καθολικής ασφάλισης υγείας», το δικαίωμα για κάρτες επίσκεψης GP πρόκειται να επεκταθεί σε ολόκληρο τον πληθυσμό μέχρι το 2015. Η πρώτη κίνηση για να επιτευχθεί αυτό ξεκίνησε με την εκπόνηση νομοθεσίας για την παροχή καρτών επίσκεψης GP σε εκείνους που καλύπτονται από ορισμένες ασθένειες (Éireann, 2012),αλλά καθυστέρησε λόγω νομοθετικών δυσκολιών (Cullen, 2013).

Επίσης, ο προϋπολογισμός για το 2013 ανακοίνωσε σχέδια για περιορισμό της επιλεξιμότητας για ιατρικές κάρτες για το 2013 (HSE, 2013b). Μεταξύ Σεπτεμβρίου 2013 και Μαρτίου 2014, αποσύρθηκαν 65.000 ιατρικές κάρτες. Υπήρξε τεράστια δημόσια και πολιτική δυσαρέσκεια, Ως απάντηση σε αυτό, σε συνδυασμό με την πολύ κακή επίδοση κυβερνητικών κομμάτων στις τοπικές και ευρωπαϊκές εκλογές τον Μάιο του 2014, η κυβέρνηση ανέστειλε τις αναθεωρήσεις όλων των διακριτικών ιατρικών καρτών. Επίσης, δεσμεύτηκαν να επεκτείνουν την πρόσβαση σε ιατρικές κάρτες με βάση την ανάγκη, όχι μόνο σε άτομα με οικονομικές δυσκολίες.

### **3.12.7 Αμοιβές των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας και στις πολιτικές ανθρώπινων πόρων**

Δεδομένου ότι οι αμοιβές αντιπροσώπευαν περίπου το 50% των συνολικών δαπανών για τη δημόσια υγεία (αλλά μπορούσαν να φθάσουν το 70% στα νοσοκομεία), η εξασφάλιση μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας αυτών των δαπανών μέσω μειώσεων του αριθμού, καθώς και η βέλτιστη αξιοποίηση του υπάρχοντος προσωπικού, είχε καταστεί βασικός μηχανισμός για τη μείωση του κόστους (Brick&Nolan, 2010).

Το υγειονομικό σύστημα υπόκειται σε αναστολή στις προσλήψεις και τις προαγωγές (από το 2009), αλλά με κάποιες εξαιρέσεις (ιατρικοί σύμβουλοι, φυσιοθεραπευτές κλπ.). Επίσης, έγιναν μειώσεις των αμοιβών και υπήρξαν προγράμματα παροχής κινήτρων για εκούσια συνταξιοδότηση. Ο αριθμός πλήρους απασχόλησης στο δημόσιο σύστημα υγείας μειώθηκε από 110.000 (ή σχεδόν 10%) από το 2007 και στο δημόσιο σύστημα υγείας υπάρχουν 101.000 εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης (HSE, 2013c). Εντούτοις, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με το κόστος της πρόσληψης προσωπικού αντικατάστασης και παρά τις προσπάθειες για μείωση του κόστους των υπηρεσιών, το HSE μείωσε τις δαπάνες του για το προσωπικό κατά 2% το 2012 (HSE, 2013d).

Εκτός από τους περιορισμούς όσον αφορά τους αριθμούς απασχολούμενων, εφαρμόστηκαν αλλαγές στα επίπεδα στελέχωσης, συνδυασμούς δεξιοτήτων και πρότυπα προγράμματα παρακολούθησης προσωπικού στο πλαίσιο των συμφωνιών δημόσιας υπηρεσίας 2010-2014 και 2013-2016 (επίσης γνωστές ως συμφωνίες του Croke Park και Haddington Road, αντίστοιχα). Σύμφωνα με αυτές τις συμφωνίες, το προσωπικό συμφωνεί σε μεγαλύτερη ευελιξία για να συμβάλει στην επίτευξη αποτελεσματικότητας με δέσμευση για περαιτέρω μείωση των αμοιβών και για μη υποχρεωτική απόλυση (έως

το 2016). Η συμφωνία του Haddington τέθηκε σε ισχύ από την 1η Ιουλίου 2013 και προέβλεπε περαιτέρω περικοπές μισθών για όσους κερδίζουν πάνω από 65.000 ευρώ ετησίως, πάγωμα στις προσαυξήσεις, αύξηση των ωρών εργασίας και μείωση των υπερωριών και άλλες πληρωμές ασφαλιστρών.

Στο πλαίσιο του νόμου για τα δημοσιονομικά μέτρα έκτακτης ανάγκης του δημοσίου συμφέροντος (FEMPI) του 2009, υπήρξαν μειώσεις των πληρωμών σε GPs, φαρμακοποιούς και οπτικούς κατά το 2009, 2010 και 2011 (Government of Ireland, 2009,2010,2011β) και περαιτέρω περικοπές για τους χειρουργούς και τους φαρμακοποιούς εισήχθησαν το 2012 και το 2013 (Department of Health, 2013).Εισήχθη χαμηλότερη αμοιβή κατά 30% για τους νέους υποψήφιους γιατρούς από την 1η Οκτωβρίου 2012 (HSE, 2012a). Τον Φεβρουάριο του 2014, δημοσιεύθηκε ένα σχέδιο νέας σύμβασης GP. Το σχέδιο έδινε μεγαλύτερη έμφαση στη δημόσια υγεία και τη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, καθώς και μια ρήτρα για τους GPs και η δυνατότητα να μειώσουν τα τέλη ανά πάσα στιγμή. Μετά από αρκετούς μήνες αποχής μεταξύ GPs και κυβέρνησης, και οι δύο πλευρές άρχισαν διαπραγματεύσεις για νέα σύμβαση τον Μάιο του 2014.

### **3.12.8 Μεταρρυθμίσεις του φαρμακευτικού τομέα**

Οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν σε μεγάλο βαθμό στη διασφάλιση των μειώσεων των τιμών, αντί να προσπαθούν να επηρεάσουν το μείγμα προϊόντων ή τον όγκο. Ο καθορισμός της τιμής αποζημίωσης για τις υπηρεσίες φαρμακείου στην Ιρλανδία ακολουθεί σύνθετη διαδικασία (Brick&Nolan, 2010, Brick.et al, 2010,Gorecki.et al, 2012, Brick,Gorecki&Nolan, 2013).Οι τιμές παραγωγής, το περιθώριο κέρδους στη χονδρική τιμή και στη λιανική τιμή ήταν καθορισμένες τα τελευταία έτη. Παρά τις μειώσεις αυτές και την νομοθεσία για την τιμολόγηση αναφοράς και την εισαγωγή των γενόσημων φαρμάκων (Government of Ireland, 2013b), έγιναν προσπάθειες να υιοθετηθούν άλλες πρωτοβουλίες για σημαντική μείωση του κόστους, όπως η ανταγωνιστική υποβολή προσφορών για μεγάλους όγκους στα εκτός διπλώματος ευρεσιτεχνίας προϊόντα.

Τον Οκτώβριο του 2013 έγινε μια νέα συμφωνία με τους παραγωγούς φαρμακευτικών προϊόντων που περιελάμβανε μείωση του κόστους αγοράς των φαρμάκων που καλύπτονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, καθώς και εξασφάλιση της παροχής νέων και

καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων. Αν και προοριζόταν για εξοικονόμηση 400 εκατομμυρίων ευρώ σε διάστημα τριών ετών, μια λεπτομερής ανάγνωση της συμφωνίας δείχνει ότι το νέο φαρμακευτικό κόστος εκτιμάται σε 210 εκατομμύρια ευρώ, με αποτέλεσμα καθαρή εξοικονόμηση μόνο 190 εκατομμυρίων ευρώ. Οι αρχικές εξοικονομήσεις της συμφωνίας δεν πραγματοποιήθηκαν το 2012 και οδήγησε στην ανάγκη για συμπληρωματικό προϋπολογισμό για την υγεία τον Δεκέμβριο του 2012 (Oireachtas, 2012b).

Μία νέα νομοθεσία για την τιμολόγηση αναφοράς και τη γενική υποκατάσταση δίνει στην HSE την εξουσία να χρησιμοποιεί πρόσθετα κριτήρια εκτός από τις συμφωνίες με τους κατασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων (π.χ. διαγωνισμοί, τιμές σε άλλες χώρες, κλπ.) για τον καθορισμό των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ιρλανδία. Παρόλο που πρόκειται για σημαντική εξέλιξη, ο αντίκτυπος της νέας νομοθεσίας στις μελλοντικές φαρμακευτικές δαπάνες ήταν αβέβαιος (Brick, Gorecki & Nolan, 2013).

### **3.12.9 Νοσοκομειακές υπηρεσίες**

Όσον αφορά τις υπηρεσίες οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης, το πρόγραμμα των Κυβερνήσεων περιελάμβανε τη δέσμευση να πληρώνουν τα νοσοκομεία ανάλογα με τη φροντίδα που παρέχουν και να τους παροτρύνουν να παρέχουν μεγαλύτερη φροντίδα (Government of Ireland, 2011a). Μέχρι το 2012, όλα τα δημόσια νοσοκομεία έλαβαν ετήσιες πιστώσεις του προϋπολογισμού σε αντάλλαγμα των επιπέδων δραστηριότητας των επιχειρήσεων που καθορίζονται στα ετήσια εθνικά σχέδια παροχής υπηρεσιών του HSE. Από το 2013, οι δημόσιοι νοσοκομειακοί πόροι θα διατίθενται βάσει των προβλεπόμενων δαπανών (HSE, 2013e).

Το πρόγραμμα της Κυβέρνησης περιελάμβανε δέσμευση για την ίδρυση όλων των δημόσιων νοσοκομείων ως ανεξάρτητων, μη κερδοσκοπικών καταπιστευμάτων (Government of Ireland, 2011a).

## **3.13 Συνέπειες για την απόδοση και την υγεία του συστήματος υγείας**

### **3.13.1 Πρόσβαση σε υπηρεσίες**

Ενώ υπάρχουν πολλές αποδείξεις σχετικά με τις ανισότητες στην υγεία και την αξιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ιρλανδία δεν υπάρχουν δημοσιευμένα

στοιχεία σχετικά με τις τάσεις από την έναρξη της κρίσης. Ωστόσο, στο πλαίσιο της μείωσης του εύρους και του ύψους της δημόσιας κάλυψης, είναι πιθανό τα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας να αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης (Thomson, Jowett & Mladovsky, 2012). Η Ιρλανδία δεν διαθέτει καθολική κάλυψη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία αποτελεί εμπόδιο πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές. Η μεγάλη αναμονή για τη δευτεροβάθμια φροντίδα είναι επίσης ένα σημαντικό ζήτημα. Παρόλο που στην Ιρλανδία υπάρχουν σημαντικά κενά στην κάλυψη, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν κάποια ανεκπλήρωτη ανάγκη για ιατρική εξέταση ήταν περίπου στο μέσο όρο της ΕΕ το 2015. Κατά μέσο όρο, το 2,8% του πληθυσμού της Ιρλανδίας ανέφερε ότι έχει χάσει την ιατρική περίθαλψη εξαιτίας του υψηλού κόστους, των αποστάσεων ή των χρόνων αναμονής, με το υψηλό κόστος να είναι ο κύριος λόγος (2,0%). Η εθελοντική ασφάλιση υγείας παίζει ένα σημαντικό ρόλο για την ταχύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη. Η Ιρλανδία διαθέτει μια σειρά διαφορετικών συστημάτων που καλύπτουν μια ποικιλία από υπηρεσίες για διάφορες ομάδες πληθυσμού. Το πακέτο για τους κατόχους της ιατρικής κάρτας είναι το πιο ολοκληρωμένο, συμπεριλαμβανομένης της δωρεάν περίθαλψης GP από έναν γιατρό συμβεβλημένο από το HSE. Ιδιαίτερα για όσους δεν διαθέτουν ιατρική κάρτα η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση υγείας, είναι σημαντική στην Ιρλανδία. Περίπου το 44% του πληθυσμού έχει κατά κύριο λόγο διπλή κάλυψη για ιδιωτική περίθαλψη τόσο σε δημόσια όσο και ιδιωτικά νοσοκομεία, καθώς και για ταχύτερη πρόσβαση των εξωτερικών ασθενών (OECD, 2017).

Στα νοσοκομεία, οι χρόνοι αναμονής ήταν ιδιαίτερα υψηλοί για τους εξωτερικούς ασθενείς όπου το 10% των ασθενών έπρεπε να περιμένουν περισσότερο από ένα χρόνο για να αποκτήσουν πρώτη πρόσβαση στις υπηρεσίες το 2015. Αλλά οι χρόνοι αναμονής ήταν επίσης πολύ υψηλοί για τις ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις, ανεξάρτητα από το αν αντιμετωπίζονται ως νοσοκομειακές ή ημερήσιες περιπτώσεις. Ως εκ τούτου, η ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσοκομείων ήταν το κύριο κίνητρο για τους ανθρώπους να αγοράσουν εθελοντική ασφάλιση υγείας. Η ύπαρξη χρόνων αναμονής μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από τη σχετικά χαμηλή διαθεσιμότητα κλινών στην Ιρλανδία. Τα σχετικά υψηλά ποσοστά νοσηλείας για περιστατικά που κανονικά θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα συνέβαλαν στην έλλειψη των διαθέσιμων κλινών (OECD, 2017).



Περισσότερο από το μισό πληθυσμό δεν έχει κάλυψη για επισκέψεις GP. Όλοι οι κάτοικοι δικαιούνται να λαμβάνουν ένα φάσμα υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο σύστημα, αν και υπήρχαν σημαντικές αποκλίσεις στην κάλυψη. Οι επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς καλύπτονται μόνο για το 47% του πληθυσμού που πληροί τις προϋποθέσεις είτε για ιατρικές κάρτες είτε για κάρτες επισκεψιμότητας GP. Οι κάτοχοι ιατρικής κάρτας λαμβάνουν δωρεάν πρόσβαση σε νοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς και φάρμακα με μειωμένο κόστος (OECD, 2017).

### **3.13.2 Επιπτώσεις στην υγεία**

Τα ποσοστά φτώχειας αυξήθηκαν στην Ιρλανδία από την αρχή της κρίσης. Αυτή η αύξηση θα έχει αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού, αν και δεν είναι ακόμη εμφανής στις περισσότερες στατιστικές για την υγεία. Υπάρχουν δύο πιθανές εξηγήσεις: πρώτον, ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της μείωσης των εισοδημάτων, της αύξησης της φτώχειας και της κακής υγείας και, δεύτερον, της καθυστέρησης στη δημοσίευση έγκαιρων στατιστικών για την υγεία. Τα δημοσιευμένα στοιχεία δείχνουν ότι η οικονομική κρίση δεν έχει συνδεθεί με αρνητικές επιπτώσεις στη θνησιμότητα. (Department of Health, 2012a, OECD, 2013, Eurostat, 2018). Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ιρλανδία ήταν 81,5 έτη το 2015, από 76,6 έτη το 2000 και ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ 80,6. Οι γυναίκες εξακολουθούν γενικά να ζουν περισσότερο από τους άνδρες, αλλά το χάσμα αυτό έχει μειωθεί. Τα οφέλη του προσδόκιμου ζωής είναι κυρίως αποτέλεσμα της σταθερής μείωσης των πρόωρων θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις. Ωστόσο, η ισχαιμική καρδιοπάθεια παραμένει η κύρια αιτία θανάτου, ακολουθούμενη από καρκίνο του πνεύμονα και άνοια (OECD, 2017).

Τα ποσοστά θνησιμότητας των ανδρών και των γυναικών συνέχισαν να μειώνονται, αν και όλα τα ποσοστά θνησιμότητας παρουσίασαν ελαφρά αύξηση από το 2010 έως το 2011, προτού σταθεροποιηθούν και πάλι το 2012. Τα ποσοστά θανάτου που οφείλονται σε εξωγενείς αιτίες μειώθηκαν κατά την περίοδο της κρίσης, μεγάλο μέρος αυτής της πτώσης οφείλεται στη σημαντική μείωση των θανάτων από τυχαίες αιτίες, ιδιαίτερα τα τροχαία ατυχήματα. Ενώ ο ρυθμός θανάτου από αυτοκτονίες παρέμεινε σχετικά σταθερός κατά την περίοδο 2008-2010 (OECD, 2013), στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των θανάτων από αυτοκτονία ανά 1000 κατοίκους; αυξήθηκε κατά την περίοδο 2007-2012, αν και το ποσοστό μειώθηκε μεταξύ 2011 και 2012 (CSO, 2013d).

Μια μελέτη στο Cork City εντόπισε θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης και της αυτοκτονίας (Arensman et al, 2012), ενώ αρκετές μελέτες έχουν αναλύσει τον αντίκτυπο των οικονομικών κρίσεων (και ιδιαίτερα της εμπειρίας της ανεργίας) και της ψυχικής υγείας (Delaney, Egan & O'Connell, 2011, Institute of Public Health in Ireland, 2011). Υπήρξε αύξηση των κλήσεων προς υπηρεσίες υποστήριξης ψυχικής υγείας. Ενώ η κατανάλωση καπνού μειώνεται σταθερά στην Ιρλανδία από το 2000, η κατανάλωση αλκοόλ άρχισε να μειώνεται με την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Department of Health, 2012a).

Ένας σημαντικός δείκτης της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού είναι η αυτοεκτίμηση της υγείας, η οποία αποδείχθηκε ότι αποτελεί καλό προγνωστικό παράγοντα της θνησιμότητας και της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης σε πολυάριθμες διεθνείς μελέτες (Idler & Benyamini, 1997, van Doorslaer et al, 2000, Burstrom & Fredlund, 2001).

Ενώ είναι εξαιρετικά δύσκολο να εξαχθούν αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ οικονομικής κρίσης και αποτελεσμάτων στην υγεία, συμπεριφορών ή ανισοτήτων σε επίπεδο πληθυσμού, οι παρατηρούμενες τάσεις είναι συνεπείς με εκείνες που διαπιστώθηκαν σε προηγούμενες αναλύσεις για άλλες χώρες. Σε γενικές γραμμές, δεν υπάρχει απλή απάντηση στο ερώτημα πώς η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία, τις συμπεριφορές και τις ανισότητες (Suhrccke, Stuckler & Leone, 2009, Suhrccke & Stuckler, 2012). Ωστόσο, η συσχέτιση σε ατομικό επίπεδο μεταξύ χαμηλότερου εισοδήματος, ανεργίας και κακής υγείας είναι καθιερωμένη (Suhrccke & Stuckler, 2012).

### **3.14 Η Ισπανία**

#### **3.14.1 Η Οργάνωση του Υγειονομικού συστήματος**

Η οργάνωση του συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει τις βασικές αρχές της οικουμενικότητας, της ελεύθερης πρόσβασης, της ισότητας και της οικονομικής δικαιοσύνης.

Το Ισπανικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τρία νομικά υποσυστήματα που συνυπάρχουν: το παγκόσμιο εθνικό σύστημα υγείας (Sistema Nacional de Salud, SNS), αμοιβαία ταμεία για τους δημόσιους υπαλλήλους, τις ένοπλες δυνάμεις και τους δικαστικούς (MUFACE, MUGEJU και ISFAS) και η παροχή βοήθειας για ατυχήματα

και επαγγελματικές ασθένειες, γνωστή ως "Collaborating Mutualities with the Social Security".

Το SNS βασίζεται στα θεμέλια ενός μοντέλου "Beveridge" και χρηματοδοτείται κυρίως από φόρους. Είναι οργανωμένο σε δύο επίπεδα - εθνικό και περιφερειακό - αντικατοπτρίζοντας τη διοικητική διαίρεση της χώρας. Οι αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας μεταφέρονται στις 17 αυτόνομες περιφέρειες (ACs), ενώ το εθνικό επίπεδο είναι υπεύθυνο, υπό τη διακυβέρνηση του Διαπεριφερειακού Συμβουλίου για το SNS, για ορισμένους στρατηγικούς τομείς, καθώς και για το γενικό συντονισμό του συστήματος υγείας και την παρακολούθηση της απόδοσης του συστήματος υγείας.

Δύο κύριοι παράγοντες του SNS είναι το Υπουργείο Υγείας και τα Τμήματα Υγείας (δηλαδή τα περιφερειακά υπουργεία Υγείας) τα 17 ACs που απαρτίζουν το κράτος. Το Ισπανικό υπουργείο Υγείας (MSSSI) διαδραματίζει κυρίως το ρόλο της διαχείρισης και του συντονισμού με τη βοήθεια του Interterritorial Council για το SNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, CISNS). Το CISNS είναι ένα συλλογικό όργανο διακυβέρνησης που αποτελείται από τα 17 περιφερειακά υπουργεία υγείας και το εθνικό υπουργείο υγείας που εκπροσωπείται από τον υπουργό Υγείας της Ισπανίας και υπουργούς περιφερειακής υγείας.

Το MSSSI λαμβάνει υποστήριξη από τέσσερις ειδικευμένους οργανισμούς: (α) ο Οργανισμός Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών, β) Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, γ) τον Οργανισμό για την προστασία των καταναλωτών, την ασφάλεια και τη διατροφή των τροφίμων και δ) το Ινστιτούτο Υγείας Carlos III (Υπουργείο Επιστημών και Ανταγωνιστικότητας), το οποίο συνδυάζει την αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας, τα ερευνητικά κέντρα, των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και του συντονισμού και της χρηματοδότησης της βιοϊατρικής έρευνας.

Η παροχή παρέχεται δωρεάν, με εξαίρεση τις φαρμακευτικές συνταγές εξωτερικών ασθενών και τις ορθοπεδικές προθέσεις. Από τον Ιανουάριο του 2002, όλες οι 17 AC και το Ινστιτούτο Υγείας (INGESA) έχουν οργανώσει και διαχειρίζονται δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες με επαρκή βαθμό αυτοδιοίκησης, ιδιαίτερα πριν από το 2010, όταν εφαρμόστηκαν τα πρώτα μέτρα σταθερότητας (Ministry of Finance, 2010a).

Ο ιδιωτικός τομέας αποτελεί σημαντικό παράγοντα στο Ισπανικό σύστημα υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας παρέχει εθελοντικά συστήματα ασφάλισης υγείας σε ιδιώτες. Αποτελεί

το εναλλακτικό δίκτυο για το 80% των ασφαλισμένων δημοσίων υπαλλήλων στο MF, παρέχει οδοντιατρική περίθαλψη και οφθαλμιατρική περίθαλψη που δεν καλύπτεται από το εθνικό σύστημα υγείας και, όπως παρατηρείται, είναι στενά συνδεδεμένο με τον δημόσιο τομέα, συγκεκριμένα στη νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη.

### **3.14.2 Οι Δαπάνες για την Υγεία**

Στην Ισπανία, οι δαπάνες για την υγεία ακολούθησαν την ανοδική τάση άλλων χωρών της Δυτικής ΕΕ μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η οποία οδήγησε σε περικοπές του προϋπολογισμού το 2010. Οι τρέχουσες κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία ανήλθαν σε 3182,50 δολάρια (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης) και 9,2% μερίδιο του ΑΕΠ το 2015.

Το μακροοικονομικό πλαίσιο από το 2010 στη χώρα χαρακτηρίζεται από την παγκόσμια οικονομική ύφεση, η οποία οδήγησε σε πολιτικές με στόχο τη μείωση των δημόσιων δαπανών. Μεταξύ του 2009 και του 2015, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 0,9 της εκατοστιαίας μονάδας του ΑΕΠ, δηλαδή μειώθηκαν κατά 5,3% - 68.870 εκατ. Ευρώ το 2009 σε 65.199 εκατ. Ευρώ το 2015, αν και από το 2015 παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν έως το 28,9% των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά την περίοδο 2009-2015 (σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ 23,8%), ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές αντιπροσωπεύουν το 23,9% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2015 ο μέσος όρος ήταν 16,7%). Οι ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών (OOP) οφείλονται κυρίως σε συνδρομές για φαρμακευτικά προϊόντα και σε συγκεκριμένα ιατρικά βοηθήματα.

Οι δαπάνες για την υγεία στην Ισπανία ακολούθησαν τη διεθνή ανοδική τάση μέχρι το 2009. Από τότε η τάση έχει αντιστραφεί, τόσο ως προς τις δαπάνες κατά κεφαλήν όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ. Πράγματι, μεταξύ του 2009 και του 2015, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 0,9 μονάδες του ΑΕΠ, δηλαδή μειώθηκαν κατά 5,3% - 68.870 εκατ. Ευρώ το 2009 σε 65.199 εκατ. Ευρώ το 2015 αν και παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση από το 2015. Το μεγαλύτερο μέρος των δημοσίων δαπανών για το 2015 έφτασε στο νόμιμο SNS το οποίο διαχειριζόταν οι ACs (92,4%), ενώ οι MFs (δημόσιοι υπάλληλοι, ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες) δαπάνησαν το 5,6% των δημοσίων δαπανών, οι υπηρεσίες που συνδέονται με τους δήμους πληρώθηκαν 1%, ενώ οι

υπόλοιπες υπηρεσίες της κεντρικής κυβέρνησης δαπάνησαν το 0,9% της συνολικής δημόσιας δαπάνης (MSSSI,2017g).

Ειδικότερα, τα δημόσια έσοδα σημείωσαν πτώση μεταξύ του 2007 και του 2009 (έως 6 μονάδες του ΑΕΠ), ενώ οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν από 38,9% του ΑΕΠ το 2007 σε 45,8% το 2009, για να αντιμετωπίσουν τις επιδοτήσεις ανεργίας και άλλες κοινωνικές δαπάνες. Ως συνέπεια αυτής της δυναμικής, το έλλειμμα το 2009 έφθασε το 11% του ΑΕΠ. Από το 2011, το δημόσιο έλλειμμα μειώθηκε ως συνέπεια των περιορισμών στις δημόσιες δαπάνες και, σε μικρότερο βαθμό, στα αυξανόμενα δημόσια έσοδα (Ministry of Finance, 2014). Ωστόσο, αυτή η νέα δυναμική δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει το σωρευτικό δημόσιο χρέος, το οποίο το 2016 ήταν σχεδόν ισοδύναμο με το ισπανικό ΑΕΠ (Eurostat, 2017a).

Οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης για την υγεία στην Ισπανία (69,8% των συνολικών δαπανών για την υγεία). Τα δημόσια κονδύλια προέρχονται κυρίως από γενικούς φόρους και οι ACs διαχειρίζονται τους περισσότερους πόρους δημόσιας υγείας (92,2% των δαπανών δημόσιας υγείας και 64% των συνολικών δαπανών για την υγεία).

Στο πλαίσιο της εκ του νόμου εθνικής υγειονομικής υπηρεσίας, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ACs χρηματοδοτείται μέσω γενικής φορολογίας, μέχρι το 94,5% των δημόσιων πόρων. Από την άλλη πλευρά, οι μισθολογικές συνεισφορές και οι εργοδοτικές εισφορές που καλύπτουν τους τραυματισμούς από την εργασία και τις επαγγελματικές ασθένειες ανέρχονται σε 2,1% των ταμείων υγείας. Οι συνταγές για εξωτερικά ιατρεία και ορισμένες συμπληρωματικές υπηρεσίες στο πακέτο παροχών είναι οι μόνες υπηρεσίες υγείας των οποίων το κόστος μοιράζονται οι ασθενείς. Στην πράξη, οι συμπληρωμές επηρεάζουν επί του παρόντος τις φαρμακευτικές συνταγές εξωτερικών ασθενών και τις ορθοπεδικές προθέσεις. Όσον αφορά την ιδιωτική χρηματοδότηση, οι πληρωμές προέρχονται από ένα συνδυασμό πληρωμών OOP (συγχρηματοδοτήσεις και άμεσες πληρωμές) και από ιδιωτική ιατρική ασφάλιση. Οι ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών (OOP) ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία αυξήθηκαν έως το 2010 (από 23,5% σε 22,1%) και ακολούθως αυξήθηκαν και πάλι (έως 23,9% το 2015) (MSSSI, 2017g).

Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσωπεύουν το 71,1% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Αυτό το ποσοστό μειώθηκε από το 1995 έως το 2005 (από 72,2% σε 70,6%), αυξήθηκε μεταξύ 2005 και 2010 (έως 74,4%) και μειώθηκε και πάλι μέχρι το 2015 (71,1%).

Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία (ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία) από το 2010 αυξήθηκαν στο 28,9% το 2015. Η εθελοντική ασφάλιση υγείας, ως μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, αυξήθηκε από το 1995 έως το 2005 (12,1% έως 18,9%), μειώνοντας στη συνέχεια και φθάνοντας το 14,9% το 2015.

Το 2015, η Ισπανία επένδυσε 9,3% του ΑΕΠ της στην υγεία. Το επίπεδο αυτό ήταν παρόμοιο με τις άλλες χώρες του NHS, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (9,9%) και η Ιταλία (9%), αν και απέχει πολύ από τα επίπεδα της Σουηδίας (11%) και από χώρες με μοντέλα όπως η Γαλλία ή η Γερμανία, με υψηλότερα ποσοστά ΑΕΠ για την υγεία (11,1% και 11,2% αντίστοιχα). Με τη σειρά τους, η κατά κεφαλήν δαπάνη στην Ισπανία, σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης ΗΠΑ \$ 3183 το 2015, βρίσκεται λίγο κάτω από το Ηνωμένο Βασίλειο 4.100 και την Ιταλία 3.400 και πάνω από την Ελλάδα 2.200 και την Πορτογαλία 2.800 (WHO, 2017b).

Το μερίδιο του δημόσιου τομέα στις τρέχουσες δαπάνες για την υγεία το 2015 (71%) ήταν χαμηλότερο από ό, τι στη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιταλία (84%, 80% και 75% αντίστοιχα) κατά το έτος αυτό. Η Γαλλία και η Γερμανία παρουσίασαν επίσης υψηλότερες τιμές (79% και 84% αντίστοιχα). Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, ως ποσοστό των δαπανών της γενικής κυβέρνησης, ήταν 15% το 2015. Το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλότερο από τα στοιχεία για τη Γερμανία, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γαλλία (21,4%, 18,4%, 18,3% και 15,3% αντίστοιχα). Τα ποσοστά στην Ιταλία και την Πορτογαλία ήταν χαμηλότερα από ό, τι στην Ισπανία (13,4% και 12,3% αντίστοιχα) (WHO, 2017b).

Όταν κατανέμονται οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, το υψηλότερο ποσοστό είναι για την περίθαλψη στα νοσοκομεία, η οποία το 2015 ανήλθε σε 54,5% της συνολικής υγειονομικής περίθαλψης. Η εξωτερική περίθαλψη αντιπροσώπευε το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στις δαπάνες, δηλαδή το 15,4% το 2015 και το φαρμακευτικό προϊόν στην τρίτη θέση στο 14,1%. Σε ό, τι αφορά τη χρηματοδότηση κάθε υπηρεσίας, ενώ η κρατική περίθαλψη και η δημόσια υγεία χρηματοδοτούνται κυρίως από τους κρατικούς προϋπολογισμούς (92,4% και 96,1% αντιστοίχως), η χρηματοδότηση για άλλες

υπηρεσίες κατανέμεται κυρίως από τους κρατικούς προϋπολογισμούς και τη χρηματοδότηση των ΟΟΡ.

Σύμφωνα με τις Στατιστικές Δαπανών για τη Δημόσια Υγεία, υπήρξε μείωση κατά 12,2% των δαπανών δημόσιας υγείας μεταξύ 2009 και 2015 (περίπου 3671 εκατ. Ευρώ σε τιμές αγοράς), που ισοδυναμεί με 0,6% μείωση του ΑΕΠ από το 2009 (MSSSI, 2015c, MSSSI, 2017h). Τα επίσημα στοιχεία δείχνουν ότι η μείωση οφείλεται σε μείωση προσωπικού, φαρμακευτικών και επενδυτικών δαπανών. Οι δαπάνες προσωπικού μειώθηκαν κατά 2.433 εκατ. Ευρώ (8,0%) μεταξύ του 2009 και του 2015, αντανakλώντας τη μείωση των μισθών και του εργατικού δυναμικού. Οι φαρμακευτικές δαπάνες εξωτερικών ασθενών παρουσίασαν μείωση κατά 2890 εκατομμύρια ευρώ (21,5%) μεταξύ του 2009 και του 2015, αντανakλώντας τη μείωση κατά 4,3% του όγκου των συνταγών (σχεδόν 4,4 εκατομμύρια) και κατά 19,2% της μέσης τιμής ανά συνταγή (MSSSI, 2017i). Συγκρίνοντας τις φαρμακευτικές δαπάνες πριν και μετά το 2012 (όταν τα φαρμακευτικά οφέλη τροποποιήθηκαν από το RDL 16/2012), παρατηρήθηκε μείωση κατά περισσότερο από 18,7% (περίπου 1944 εκατ. Ευρώ λιγότερα το 2014 σε σύγκριση με το 2011) (González.López-Varcárcel&Barber, 2017).

### **3.14.3 Η Ανεργία**

Η ανεργία έχει γίνει ένα σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό πρόβλημα από την αρχή της κρίσης. Η Έρευνα Εργατικού Δυναμικού (Encuesta de Población Activa) έδειξε δραματική αύξηση της ανεργίας από 1,8 εκατομμύρια ανέργους το 2007 (περίπου 8% του ενεργού πληθυσμού) σε περισσότερα από 6 εκατομμύρια άνεργους (συνολικό ποσοστό ανεργίας 26,09%) το 2013. Τα στοιχεία μειώθηκαν σιγά με ποσοστό ανεργίας 18,9% (4,32 εκατομμύρια άτομα) το τρίτο τρίμηνο του 2016 (INE, 2017c). Αν και η ανεργία έχει επηρεάσει όλες τις ομάδες εργασίας, στους νέους τα στοιχεία ήταν χειρότερα. Έτσι, από το 2007 το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε μέχρι το 2015, από 21,7% σε 48,0%. Τα στοιχεία του 2016 δείχνουν ελαφρά μείωση με ποσοστό ανεργίας 44,9%. Όσον αφορά το φύλο, η ανεργία είναι ελαφρώς υψηλότερη για τις γυναίκες και η διαφορά έχει διευρυνθεί ελαφρά κατά τη διάρκεια των ετών, δηλαδή το 2009 η διαφορά ήταν 17,9% για τους άνδρες έναντι 18,1% για τις γυναίκες και το 2016 η διαφορά ήταν 19,6% έναντι 21,4% αντιστοίχως (Eurostat, 2017b).

Η σημερινή βελτίωση του συνολικού αριθμού των επιπέδων ανεργίας συνδέεται εν μέρει με μια εθνική μεταρρύθμιση του εργατικού δικαίου (Royal Decree-Law (RDL) 3/2012), με κύριο αποτέλεσμα την γενίκευση των θέσεων μερικής απασχόλησης στις περισσότερες περιπτώσεις χαμηλής ποιότητας (UGT,2017), αποδίδοντας την αποκαλούμενη «υποτίμηση των μισθών», πράγμα που συνεπάγεται την οικονομική ανεπάρκεια για την κάλυψη των δαπανών των νοικοκυριών που εξακολουθούν να επιβαρύνουν το ιδιωτικό χρέος.

#### **3.14.4 Η Κάλυψη της Υγείας**

Μέχρι το 2012, η κάλυψη του SNS ήταν σχεδόν καθολική (99,5%) και εξασφάλιζε αρκετά ολοκληρωμένο πακέτο παροχών σε όλους τους πολίτες. Το δικαίωμα ήταν ανεξάρτητο από το εργασιακό καθεστώς και τον προσωπικό πλούτο και μόνο το 0,5% του πληθυσμού παρέμεινε εκτός κάλυψης.

Νέα νομοθεσία εκδόθηκε για τη ρύθμιση των συνθηκών κάλυψης, το πακέτο παροχών και τη συμμετοχή των ασθενών στη χρηματοδότηση SNS. Παρά τους περιορισμούς του προϋπολογισμού που συνδέονταν με την οικονομική ύφεση, το σύστημα υγείας παρέμεινε σχεδόν καθολικό. Το πακέτο παροχών κατατάσσεται σε δύο τύπους υπηρεσιών: το κοινό πακέτο με τρεις υποκατηγορίες - βασική δέσμη, συμπληρωματική δέσμη και παρεπόμενες υπηρεσίες - κοινή στις 17 περιφερειακές υπηρεσίες που συνθέτουν το SN S και της συμπληρωματικής δέσμης, που αποφασίζεται από τις ACs όταν αποδειχθεί η οικονομική βιωσιμότητα.

Από την άλλη πλευρά, η κάλυψη των αλλοδαπών κατοίκων διέπεται από το νόμο 4/2000 (και την επικουρική νομοθεσία), από τα δικαιώματα και τις ελευθερίες των αλλοδαπών στην Ισπανία και από την κοινωνική ενσωμάτωσή τους. Ως εκ τούτου, οι μη Ισπανοί πολίτες που διαμένουν στην Ισπανία θα μπορούσαν να ακολουθήσουν διαφορετικές διαδρομές δικαιωμάτων, ανάλογα με την ιδιότητα του πολίτη και το διοικητικό νομικό καθεστώς. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό: α) τα άτομα που διαμένουν και εργάζονται μόνιμα στην Ισπανία έλαβαν το ίδιο δικαίωμα που απολάμβαναν οι Ισπανοί, β) οι πολίτες της ΕΕ και οι πολίτες από χώρες με διμερείς συμφωνίες δικαιούνταν να λαμβάνουν τις παροχές, μολονότι παρέμειναν ασφαλισμένοι σύμφωνα με τα εθνικά ασφαλιστικά τους συστήματα και (γ) μόνο οι εγγεγραμμένοι μη καταχωρημένοι μετανάστες με ετήσιο εισόδημα ίσο ή χαμηλότερο από τον ελάχιστο διεπαγγελματικό μισθό απολάμβαναν πλήρους δικαιώματος.



Το RDL 16/2012 άλλαξε τη βάση για το δικαίωμα, συνδέοντας το δικαίωμα με το νομικό και εργασιακό καθεστώς των ατόμων. Ως εκ τούτου, η υγειονομική περίθαλψη που χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους εξασφαλίζεται για: α) τους εργαζόμενους που συνεισφέρουν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και τα συντηρούμενα από αυτά πρόσωπα (δηλαδή σύζυγος, εξαρτώμενος πρώην σύζυγος, απόγονοι κάτω των 26 ετών ή με σημαντική αναπηρία), β) συνταξιούχους, γ) όσοι λαμβάνουν επιδοτήσεις ανεργίας και δ) άνεργοι που είχαν εξαντλήσει το ποσοστό ανεργίας. Ωστόσο, οι Ισπανοί που δεν περιλαμβάνονται στα προαναφερθέντα κριτήρια και οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ισπανία εξακολουθούν να έχουν δικαίωμα δημόσιας ασφάλισης. Από πρακτικής απόψεως, μόνο μετανάστες χωρίς έγγραφα κατέληξαν να αποκλείονται από την κάλυψη. Την στιγμή που γράφτηκε ο νόμος (Ιούνιος 2018), η πρόσφατα εκλεγμένη ισπανική κυβέρνηση ξεκίνησε μια διαδικασία διαλόγου με τις περιφέρειες και την κοινωνία των πολιτών για την αποκατάσταση της καθολικότητας του Ισπανικού εθνικού συστήματος υγείας (MSSSI, 2018b). Το νέο Υπουργείο Υγείας, Carmen Montón, κάλεσε τους ACs στις 28 Ιουνίου του 2018 για ένα διμερές συμβούλιο που επικεντρώθηκε στην καθολική κάλυψη (Redacción Médica, 2018).

### **3.14.5 Ανθρώπινο δυναμικό**

Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε κατά ένα πέμπτο κατά τη διάρκεια των ετών από 368 κρεβάτια ανά 100 000 κατοίκους το 2000 σε 298 κρεβάτια ανά 100 000 κατοίκους το 2015 (σε σύγκριση με τον κοινοτικό μέσο όρο των 340). Ωστόσο, το μερίδιο των δημόσιων κλινών παρέμεινε σταθερό, στο 79,5% το 2015. Οι επενδύσεις μειώθηκαν δραματικά μετά τη χρηματοπιστωτική κρίση, μειώνοντας από 3,1% το 2010 σε 1,3% το 2014.

Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ, το Ισπανικό σύστημα υγείας είχε προχωρήσει σημαντικά στην ουσιαστική υιοθέτηση των τεχνολογιών της πληροφορίας μεταξύ των επαγγελματιών, κατατάσσοντας τη δεύτερη μετά τη Δανία και την έβδομη στην υιοθέτηση των τεχνολογιών της πληροφορίας στα νοσοκομεία.

Οι δημοσιονομικές πολιτικές και οι πολιτικές μείωσης προσωπικού κατά την τελευταία δεκαετία έχουν μεταφραστεί σε μια αυξανόμενη εκροή ιατρών και νοσοκόμων που αναζητούν απασχόληση στο εξωτερικό. Το ποσοστό των γιατρών ανά 100.000 κατοίκους το 2015 ήταν 380, ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ των 350 για το

συγκεκριμένο έτος, κατά το έτος εκείνο υπήρχαν 534 νοσηλευτές ανά 100 000, κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 864, με αναλογία νοσοκόμων σε γιατρούς 1,4. Επιπλέον, το ποσοστό επίσημων εργαζομένων μακροχρόνιας περίθαλψης (4,2 εργαζόμενους ανά 100 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω) παραμένει κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ 6,1 (OECD, 2016).

### **3.15 Ο Φαρμακευτικός τομέας**

Η φαρμακευτικός τομέας είναι ένας από τους πιο ρυθμιζόμενους τομείς της Ισπανικής οικονομίας. Οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στην αύξηση της συνταγογραφίας με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία, είτε αναζητώντας τις καλύτερες θεραπευτικές επιλογές είτε αποφεύγοντας την ακατάλληλη συνταγογράφηση.

Έχει αναπτυχθεί, ένα εθνικό σύστημα για τη βοήθεια των εξαρτώμενων ανθρώπων (συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων), βοηθώντας σήμερα περίπου 900.000 ανθρώπους. Η σχετικά χαμηλή κάλυψη (το 29% των δικαιούχων δεν καλύπτονται ακόμη) και οι ανησυχίες σχετικά με τη βιωσιμότητα του τρέχοντος συστήματος χρηματοδότησης υπογραμμίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης της μακροπρόθεσμης ανάπτυξης του συστήματος.

### **3.16 Χρεώσεις χρήστη και άμεσες πληρωμές**

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Γενικής Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών του Εθνικού Στατιστικού Ινστιτούτου, οι ετήσιες δαπάνες για την υγεία των νοικοκυριών αυξήθηκαν από 14.179 εκατ. Ευρώ το 2006 σε 18.203 εκατ. Ευρώ το 2015 (INE, 2017e). Οι μέσες δαπάνες για την υγεία από το νοικοκυριό αυξήθηκαν από 876 ευρώ το 2006 σε 1010 ευρώ το 2008, μειώνοντας σε 895 ευρώ το 2011 και αυξάνοντας και πάλι σε 991 ευρώ το 2015. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου το ποσοστό των δαπανών των νοικοκυριών για την υγεία αυξήθηκε από 2,9% 3,6%. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για φάρμακα και ιατρικές συσκευές αυξήθηκαν τόσο από πλευράς μεριδίου του οικογενειακού προϋπολογισμού (1,21% το 2006 σε σύγκριση με 1,56% το 2015) όσο και μέσω δαπανών, αυξάνοντας από 365 ευρώ το 2006 σε 427 ευρώ το 2015. Ο πιο εύλογος λόγος αυτής της αύξησης είναι η μεταρρύθμιση του κόστους των φαρμακευτικών προϊόντων το 2012 (González López-Valcárcel & Barber, 2017).

### **3.17 Κατάσταση υγείας**

#### **3.17.1 Το Προσδόκιμο ζωής**

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί από τη δεκαετία του 1990. Το 2014, το προσδόκιμο ζωής έφτασε τα 83,2 χρόνια, με το υψηλότερο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και το μέσο όρο της ΕΕ των 80,9 ετών (MSSSI, 2017b), 86,1 έτη για τις γυναίκες και 80,4 έτη για τους άνδρες. Η αυξανόμενη τάση του προσδόκιμου ζωής μεταξύ 2010 και 2014 ήταν παρόμοια τόσο στην Ισπανία όσο και στην ΕΕ, με παρόμοια ποσοστά για τους άνδρες (αύξηση κατά 1%) και ελαφρώς μικρότερη για τις γυναίκες (αύξηση 0,2% στην Ισπανία έναντι 0,5% στην ΕΕ) (Eurostat, 2017d).

Τα υγιή έτη ζωής βελτιώθηκαν ελαφρά από 64,5 το 2010 σε 65 έτη χωρίς νόσο το 2014. Τα αριθμητικά στοιχεία είναι σημαντικά υψηλότερα από ό, τι στην ΕΕ, με 61,4 έτη υγιούς ζωής το 2010 και 61,8 έτη υγιούς ζωής το 2014. Οι γυναίκες στην Ισπανία, παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση από τους άνδρες, από 63,8 έτη υγιούς ζωής το 2010 σε 65 έτη υγιούς ζωής το 2014 (WHO Regional Office for Europe, 2017).

#### **3.17.2 Η Θνησιμότητα**

Όσον αφορά τη θνησιμότητα, το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας στην Ισπανία το 2014 ήταν 447,7 ανά 100 000 κατοίκους (583,3 για τους άνδρες και 336,6 για τις γυναίκες), πολύ χαμηλότερο από το συνολικό ποσοστό 752,2 που παρατηρήθηκε στην ΕΕ (1001,9 για τους άνδρες και 561,03 για τις γυναίκες).

Όσον αφορά τα πιθανά χρόνια απώλειας ζωής, η Ισπανία αντιπροσώπευε 2,4 έτη το 2014 σε αντίθεση με τα 3,4 χρόνια που χάθηκαν ως μέσο όρο στην ΕΕ (WHO Regional Office for Europe, 2017).

Εξετάζοντας συγκεκριμένες αιτίες θνησιμότητας, αξίζει να σημειωθεί ότι εκτός από την αυτοκτονία και την πνευμονία και τη γρίπη, οι οποίες παρουσίασαν μικρή αύξηση μεταξύ 2010 και 2014 (1,3% και 0,5% σε απόλυτες τιμές, αντίστοιχα), όλα τα άλλα αίτια θανάτου έχουν μειωθεί κατά την τελευταία δεκαετία (MSSSI, 2017b).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αντιπροσώπευαν 36,4 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το 2014 λόγω ισχαιμικών στεφανιαίων επεισοδίων και 27,2 θανάτων ανά 100.000 κατοίκους

λόγω εγκεφαλικών επεισοδίων. Στην περίπτωση του καρκίνου, ο αριθμός των θανάτων το 2014 ανήλθε σε 143,1 περιπτώσεις ανά 100 000 κατοίκους. Και στις δύο περιπτώσεις, η επιβάρυνση από το θάνατο μειώθηκε από το 2005.

Όσον αφορά τη μητρική και τη βρεφική θνησιμότητα, η Ισπανία σημείωσε σταθερή βελτίωση κατά την τελευταία δεκαετία, μείωση της μητρικής θνησιμότητας κατά 0,6% και μείωση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 0,3%. Η τάση αυτή επηρέασε τόσο την περιγεννητική θνησιμότητα (από 2,4 το 2005 σε 2,1 το 2014 ανά 1000 γεννήσεις) όσο και τη νεογνική θνησιμότητα (από 4,9 το 2005 σε 4,6 το 2014 ανά 1000 γεννήσεις) (INE,2017d). Αν και η σχετική μείωση ήταν χαμηλότερη από την ΕΕ (η Ισπανία ξεκίνησε από μια βάση σχετικά χαμηλών ποσοστών), τόσο η μητρική όσο και η παιδική θνησιμότητα το 2014 παρέμειναν αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (3,5 έναντι 5,9 σε ποσοστό μητρικής θνησιμότητας και 2,9 έναντι 5,1 ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας) (WHO Regional Office for Europe, 2017).

### **3.17.3 Η Νοσηρότητα**

Τέλος, διαταραχές ψυχικής υγείας στον ενήλικο πληθυσμό εμφάνισαν το χαμηλότερο ποσοστό το 2011. Η εξέλιξη μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν η εξής, ενώ τα ποσοστά του 2014 στους άνδρες ήταν παρόμοια με εκείνα του 2006 (6.7% των ανδρών που υπέφεραν από ψυχική νόσο το 2014 έναντι 6.6% το 2006), οι γυναίκες παρουσίασαν ελαφρά βελτίωση (το 14,4% ανέφερε ψυχική νόσο το 2014 έναντι 16,3% το 2006) (MSSSI, 2017b). Τα στοιχεία αυτά αντιβαίνουν στα ευρήματα της έρευνας που δείχνουν αύξηση της ψυχικής νόσου από την οικονομική κρίση (GonzálezLópez-Valcárcel&Barber, 2017).

### **3.17.4 Η Αυτό-αναφερθείσα κατάσταση υγείας**

Η κατάσταση της υγείας που αναφέρθηκε αυτομάτως βελτιώθηκε, από το 67,7% των ατόμων που ανέφεραν καλή ή πολύ καλή υγεία το 2006 έως 72,6% το 2014 (5% υψηλότερα από ό, τι στην ΕΕ27).

Οι άντρες ανέφεραν βελτίωση 6% (70,3% έως 76,3%) και γυναίκες παρουσίασαν βελτίωση κατά 5,6% (63,5% σε 69,2%) κατά την περίοδο αυτή. Η βελτίωση της ΕΕ-27 ήταν χαμηλότερη από την ισπανική (4,9% απόλυτη αύξηση για την Ισπανία έναντι 2,8%

για την ΕΕ27) σε αριθμούς πολύ χαμηλότερους από αυτούς που ανέφεραν οι Ισπανοί: 64,7% το 2006 και 67,5% το 2014 (Eurostat, 2017d).

Το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας αυξήθηκε από 23,7% το 2006 σε 29,8% το 2014 (από 21,6% σε 27,5% στους άνδρες και από 25,6% σε 32,0% στις γυναίκες). Η ίδια τάση παρατηρήθηκε στην ΕΕ27, αν και η συνολική ανάπτυξη ήταν μικρότερη, από 30,9% το 2006 σε 32,6% το 2014 (Eurostat, 2017d).

### **3.18 Ανισότητες στον τομέα της υγείας**

Ο συνδυασμός της ανεργίας και των χαμηλότερων εισοδημάτων των νοικοκυριών, καθώς και οι νέοι δημοσιονομικοί κανονισμοί που αυξάνουν την έμμεση φορολογία (OECD,2015a, Eurostat,2015) έχουν επηρεάσει το επίπεδο φτώχειας της χώρας. Με αύξηση σχεδόν 5 μονάδων μεταξύ του 2005 και του 2015, ο πληθυσμός που κινδύνευε από τη φτώχεια ή τον κοινωνικό αποκλεισμό έφτασε το 28,6%. Επιπλέον, η εξαθλίωση έχει επηρεάσει περισσότερο τα φτωχότερα νοικοκυριά. Παρόλα αυτά, τα γεγονότα αυτά δεν μεταφράζονται αναγκαστικά σε αυξανόμενες ανισότητες στη μέση υγειονομική κατάσταση του Ισπανικού πληθυσμού (Regidor.et al, 2016).

### **3.19 Οι Μεταρρυθμίσεις στο Υγειονομικό Σύστημα**

Το πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων στο υγειονομικό σύστημα τα τελευταία χρόνια επηρεάστηκε έντονα από τα μέτρα λιτότητας που συμφωνήθηκαν στα προγράμματα σταθερότητας της ΕΕ για την Ισπανία, των οποίων ο κύριος στόχος στον τομέα της υγείας ήταν η μείωση του δημόσιου μεριδίου των δαπανών για την υγεία από 6,5% του ΑΕΠ το 2010 σε 5,1% το 2015.

Οι μεταρρυθμίσεις από το 2010 είχαν στόχο το εύρος της κάλυψης (ρύθμιση των όρων χορήγησης δικαιωμάτων), το βάθος της κάλυψης (κατηγοριοποίηση του πακέτου παροχών), το καταμερισμό του κόστους (αναδιατύπωση της οικονομικής συμμετοχής των ασθενών), τις διαδικασίες τιμολόγησης φαρμάκων και τη μείωση του κόστους παραγωγής (για παράδειγμα, μείωση των μισθών ή των τιμών του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, μείωση του αριθμού των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, συγκέντρωση των αγορών).

Άλλες πρωτοβουλίες που αξίζει να αναφερθούν ήταν η διεύρυνση των μέτρων κατά του καπνίσματος που εκδόθηκαν σε προηγούμενες μεταρρυθμίσεις, μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούσαν στην αντιμετώπιση της επιδημιολογικής μετάβασης (για παράδειγμα η εθνική στρατηγική για τις χρόνιες παθήσεις και κάποιες αξιοσημείωτες εξελίξεις από τις AC) καθώς και η δρομολόγηση εθνικών πρωτοβουλιών περίθαλψης με βάση την αξία, όπως η κοινή δράση για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας και των ωφελειών και οι συστάσεις για τη μείωση της χρήσης απαρχαιωμένων τεχνικών και την αύξηση της χρήσης παρεμβάσεων υψηλής τεχνολογίας και τεχνολογιών (Health system review E. Bernal-Delgado.et al, 2018).

### **3.20 Το σύστημα υγείας ήταν ανθεκτικό παρά την οικονομική κρίση**

Παρά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ισπανική κοινωνία, οι βασικές αρχές και οι στόχοι του Ισπανικού εθνικού συστήματος υγείας παρέμειναν αμετάβλητοι στην πράξη. Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν από το 2010, όπως οι μειώσεις του προϋπολογισμού και οι νέοι κανονισμοί σχετικά με το εύρος, το βάθος της κάλυψης, δεν είχαν εμφανώς σημαντικές βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στα αποτελέσματα για την υγεία.

Τα επιτεύγματα του Εθνικού συστήματος υγείας περιλαμβάνουν: μικρές ανισότητες πρόσβασης σε κοινωνικοοικονομικές ομάδες για προληπτικές υπηρεσίες και ιατρικές εξετάσεις, το καλό επίπεδο οικονομικής προστασίας που περιορίζει τις οικονομικές δυσκολίες των ατόμων λόγω κακής υγείας, βελτίωση της παραγωγικότητας στο πλαίσιο του συστήματος υγείας, αρκετά καλά αποτελέσματα στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας, και σταθερή πρόοδο στην εδραίωση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η εξέλιξη των μέτρων απόδοσης έδειξε την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας μετά την οικονομική κρίση, αν και μπορεί να απαιτηθούν ορισμένες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της διαχείρισης της χρόνιας περίθαλψης και της ανακατανομής των πόρων για παρεμβάσεις υψηλής αξίας (Health system review E. Bernal-Delgado,et al,2018).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

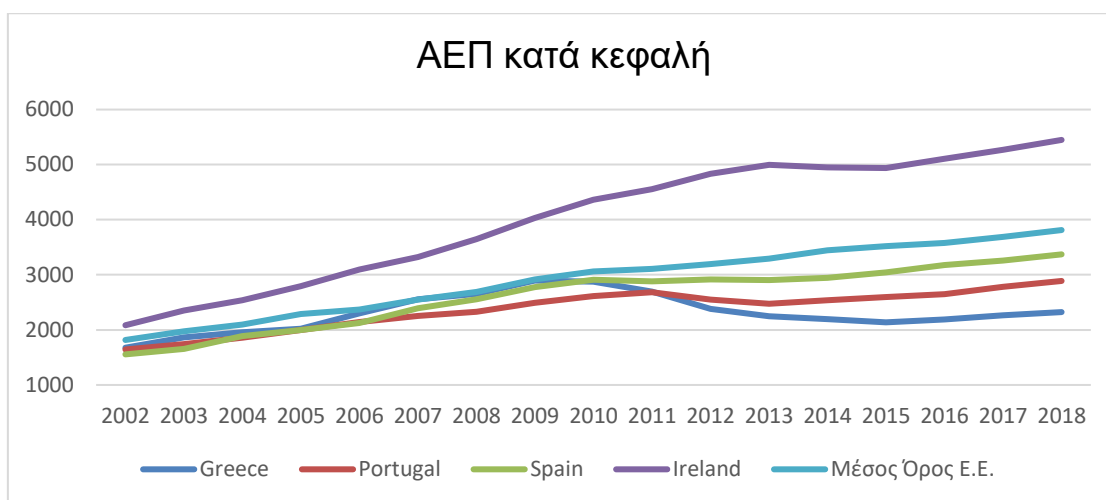
Σκοπός της εργασίας είναι η συγκριτική αξιολόγηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στα υγειονομικά συστήματα των επιλεγμένων Ευρωπαϊκών χωρών. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται η περιγραφή βασικών οικονομικών δεικτών και των δεικτών της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, η μεταβολή που παρουσίασαν κατά την διάρκεια των ετών 2000-2009 δηλαδή πριν από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και από το 2009 έως σήμερα μετά την εμφάνιση της κρίσης και τις επιπτώσεις αυτής σε αυτούς τους δείκτες. Τα οικονομικά μεγέθη που θα περιγραφούν είναι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, η Ανεργία οι Δαπάνες της Υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π, οι φαρμακευτικές δαπάνες, οι ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών και όσον αφορά τους βασικούς δείκτες της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού είναι οι θάνατοι από Ψυχικές Διαταραχές, οι αυτοκτονίες, το προσδόκιμο ζωής, η βρεφική θνησιμότητα, τα πιθανά χρόνια απώλειας της ζωής και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από βάση δεδομένων της Eurostat και OECD και τα στοιχεία παρουσιάζονται μετά από επεξεργασία με τη μορφή διαγραμμάτων ή πινάκων. Χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά στοιχεία των τελευταίων 18 ετών από το 2000 έως το 2018 για όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

#### **A. Οικονομικοί Δείκτες**

##### **1. Κατά κεφαλήν ΑΕΠ**

Από το Διάγραμμα 1 φαίνεται ότι σε όλες τις χώρες το κατά κεφαλήν ΑΕΠ αυξήθηκε, με τον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών ωρών της ΕΕ να κυμαίνεται από το 2002 έως το 2018 από 1816.6€ σε 3811.9€ αντίστοιχα. Στην Πορτογαλία η αύξηση που σημειώθηκε ήταν από 1816€ το 2002 σε 2888€ το 2018. Επίσης στην Ισπανία παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση από 1555€ το 2002 σε 3371€ το 2018 και στην Ιρλανδία από 2084€ το 2002 σε 5449€ εκτός από την Ελλάδα που μειώθηκε σταδιακά από το 2010 έως το 2015 από 2690€ σε 2134€ και μια μικρή ανάκαμψη από το 2015 έως το 2018 από 2690€ σε 2325€ αντίστοιχα.





Διάγραμμα 1. Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (2002-2018).

Πηγή : Eurostat 2019

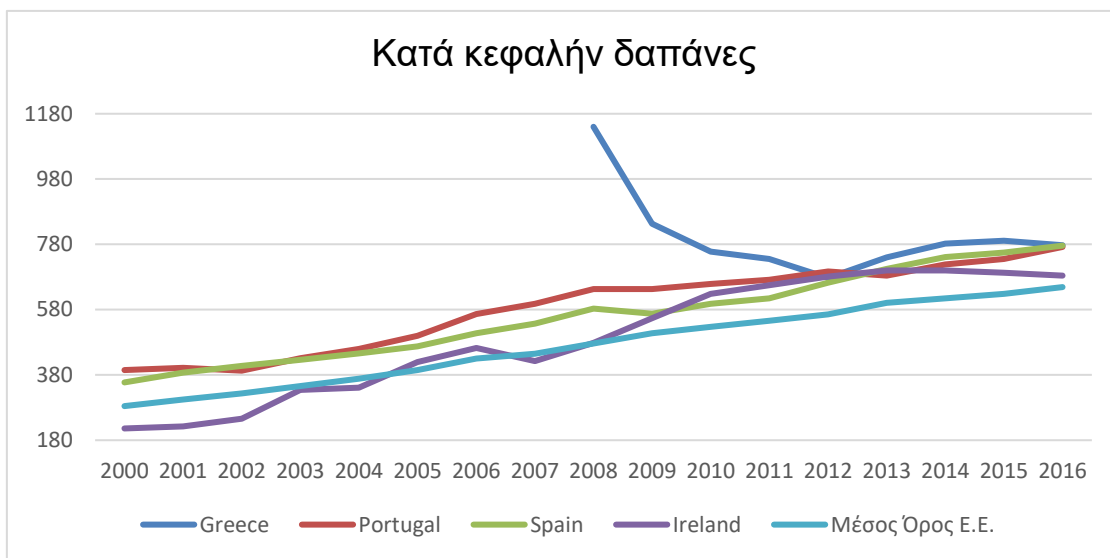
Παρόλα αυτά από το Διάγραμμα 2 φαίνεται πως από το 2010 έως το 2018 η μέση ετήσια μεταβολή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ είναι θετική αλλά με πολύ μικρότερα ποσοστά για όλες τις χώρες αλλά και για το μέσο όρο των κρατών-μελών της Ε.Ε. σε σχέση με την περίοδο 2000-2009. Για την Πορτογαλία να κυμαίνεται από 6.13% την περίοδο 2000-2009 και στην συνέχεια να μειώνεται στο 1.45%, το ίδιο και για την Ισπανία από 8.66% σε 2.55% για την ίδια περίοδο και για την Ιρλανδία από 9.90% σε 3.44%, αντίστοιχα. Στη περίπτωση δε της Ελλάδας είναι αρνητική κατά 1.92% για το 2010 και έπειτα, ενώ από το 2000 έως το 2009 ήταν 8.19%. Η μέση ετήσια μεταβολή για τον μέσο όρο των 27 κρατών της ΕΕ διαμορφώθηκε σε 2.99% από το 2010 και μετά συγκριτικά με 7.00% το 2000-2009.

Διάγραμμα 2. Μέση ετήσια μεταβολή του ΑΕΠ(2000-2009,2010-)

## 2. Κατά κεφαλήν δαπάνη των νοικοκυριών

Στο Διάγραμμα 3 παρουσιάζεται η κατά κεφαλήν δαπάνη των νοικοκυριών για το διάστημα 2000 – 2016. Για την Ελλάδα έχουμε δεδομένα από το 2008 και έπειτα. Βλέπουμε μια συνεχόμενη αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης για το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής ένωσης από το 2000 έως το 2016 η οποία κυμαίνεται από 284€ σε 649€ αντίστοιχα. Μερικές από τις αιτίες οι οποίες οδήγησαν στην αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης των νοικοκυριών ήταν η μείωση της πρόσβασης των πολιτών στην δημόσια

υγεία, η αύξηση των τελών χρήσης για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης. Αξιοσημείωτη είναι η κατά κεφαλήν δαπάνη που σημειώθηκε στην Ελλάδα το έτος 2008 που ήταν 1.140 δολάρια ανά κάτοικο. Έπειτα παρατηρείται μια πτώση στο ίδιο επίπεδο με την Ισπανία, την Ιρλανδία και την Πορτογαλία στα 685 δολάρια ανά κάτοικο και πάνω από τον μέσο όρο της Ε.Ε που είναι 565 δολάρια ανά κάτοικο.



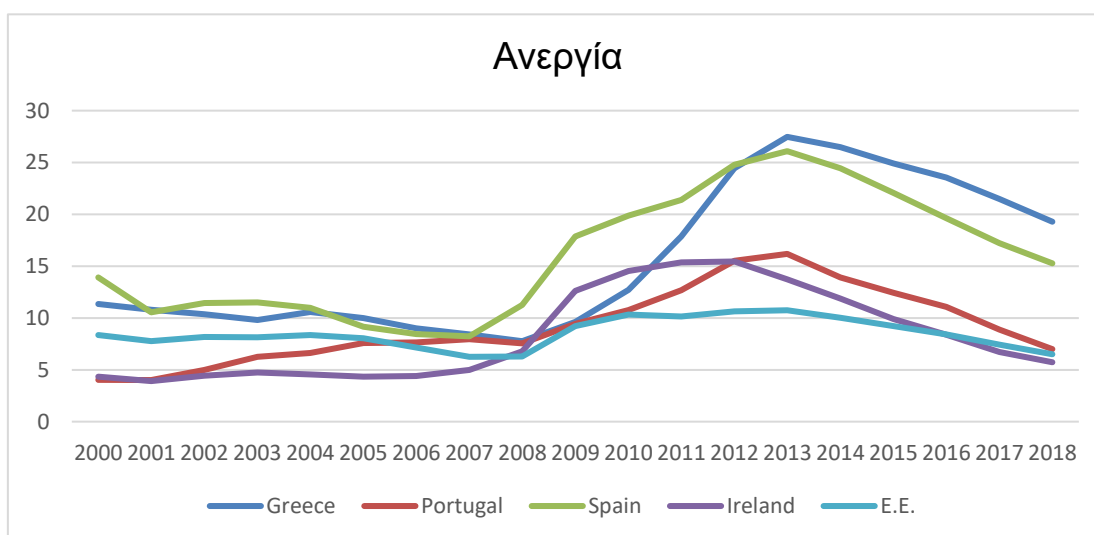
Διάγραμμα 3. Κατά κεφαλήν δαπάνες των νοικοκυριών (2000-2016).

Πηγή: Eurostat 2019

### 3. Ανεργία

Από το Διάγραμμα 4 παρουσιάζεται το ποσοστό της ανεργίας των τεσσάρων χωρών καθώς και ο μέσος όρος ανεργίας των 27 κρατών της Ε.Ε. Η ανεργία έχει γίνει ένα σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό πρόβλημα από την αρχή της κρίσης. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν κατά την διάρκεια των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής με απώτερο στόχο την μείωση του χρέους των χωρών είχαν ως αντίκτυπο την μείωση των μισθών, τις απολύσεις των εργαζομένων και την επιβάρυνση των νοικοκυριών και κατά συνέπεια την αύξηση της ανεργίας. Παρατηρούμε ότι υπήρξε μια ραγδαία αύξηση της

ανεργίας το διάστημα 2008 – 2013, κυρίως στην Ισπανία από 8.23% το 2007 να φτάνει το 26.09% το 2013 φτάνοντας το 15.26% το 2018. Στην Ελλάδα η ανεργία από 7.5% το 2008 εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό το 2013 27,45% και από το 2013 μειώθηκε φτάνοντας το 19.3% το 2018, με ποσοστά να απέχουν αρκετά από την περίοδο πριν από την κρίση και από τον μέσο όρο των 27 κρατών της ΕΕ .Τα ποσοστά της ανεργίας στην Πορτογαλία και στην Ιρλανδία το 2008 έφτασαν τον μέσο όρο της Ε.Ε (6,5%) με αυξητική τάση και για τις δύο χώρες μέχρι το 2012 με ποσοστό ανεργίας 16% ενώ μετά το 2013 παρατηρείται μείωση της ανεργίας σε ποσοστά προ κρίσης (6.5%). Παρόλο που τα ποσοστά της ανεργίας βαίνουν μειούμενα από το 2013 για όλες τις χώρες η Ελλάδα και η Ισπανία διατηρούν υψηλά ποσοστά ακόμα και σήμερα .



Διάγραμμα 4. Ανεργία (2000-2018).

Πηγή : Eurostat 2019

## **Β.Δείκτες δαπανών Υγείας**

### **1.Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π.**

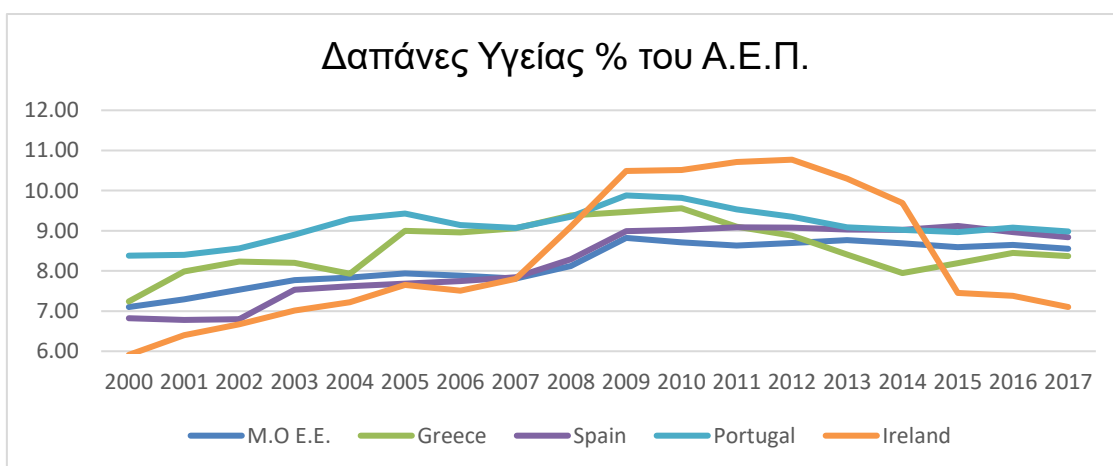
Στο Διάγραμμα 5 παρατηρούμε τις συνολικές δαπάνες της υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. σε τρέχουσες τιμές από το 2000 έως το 2017 για το μέσο όρο των 27 κρατών μελών της ΕΕ και τις 4 υπό εξέταση χώρες Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία και την Ιρλανδία. Πριν από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης κατά το χρονικό διάστημα 2000 έως το 2009 οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π είχαν αυξητικές τάσεις τόσο για τον μέσο όρο των 27 χωρών της ΕΕ όσο και για τις 4 υπό εξέταση χώρες. Η οικονομική κρίση μετά το 2009 οδήγησε στην εφαρμογή μέτρων αφενός για να μειωθούν οι δαπάνες υγείας. Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας ήταν αντιμέτωπο, ήδη, με προβλήματα και η οικονομική κρίση που εμφανίστηκε οδήγησε στη διόγκωση τους. Η υπερ-κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας και η έλλειψη σωστής διαχείρισης οδήγησε στην αύξηση των δαπανών για την υγεία. Όπως φαίνεται από το διάγραμμα από το 2000 και μέχρι το 2009 η Ελλάδα είχε αύξηση των δαπανών για την υγεία από 7% το 2000 στο 9.5% ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2009. Η αυξητική αυτή πορεία ανατράπηκε με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και το διογκωμένο δημόσιο χρέος το οποίο οδήγησε στη λήψη μέτρων με στόχο τη μείωση των δαπανών για την υγεία. Από το 2010 έως το 2014 οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π μειώθηκαν από 9.5% στο 7.95% αντίστοιχα. Από το 2014 η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων οδήγησαν στη βελτίωση της οικονομικής κατάστασης της χώρας με συνέπεια την αύξηση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π από το 7.95% το 2014 στο 8.37% το 2017.

Η Πορτογαλία ήταν μία από τις χώρες της Ευρώπης που επηρεάστηκε αρκετά από την οικονομική κρίση. Κατά το χρονικό διάστημα 2000-2009 παρατηρήθηκε αύξηση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π από 8.38% σε 9.88% αντίστοιχα. Η οικονομική ύφεση και τα μέτρα λιτότητας που απαιτήθηκαν από το πρόγραμμα οικονομικής και δημοσιονομικής προσαρμογής που εφαρμόστηκαν αντέστρεψαν την τάση αυτή με συνέπεια την σταδιακή μείωση των δαπανών ως ποσοστό του Α.Ε.Π από το 9.88% το 2009 στο 9.08% το 2017.

Η Ιρλανδία είναι μια ακόμα χώρα της Ευρώπης που παρουσίαζε πριν από την εμφάνιση της οικονομικής κρίση μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π από 6% το 2000 σε 10.7% το 2011. Ως μικρή ανοιχτή οικονομία, η Ιρλανδία ήταν

ιδιαίτερα εκτεθειμένη, αυτό είχε ως συνέπεια να πληγεί από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση. Η μείωση των δαπανών για την υγεία ήταν ο στόχος των μεταρρυθμίσεων που έπρεπε να εφαρμοστούν. Από το 2011 και μέχρι το 2017 σημειώθηκε σημαντική μείωση δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π από 10.7% σε 7.1% αντίστοιχα.

Στην Ισπανία το πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκε στο υγειονομικό σύστημα επηρεάστηκε έντονα από τα μέτρα λιτότητας που συμφωνήθηκαν στα προγράμματα σταθερότητας της ΕΕ, των οποίων ο κύριος στόχος στον τομέα της υγείας ήταν η μείωση του δημόσιου μεριδίου των δαπανών για την υγεία από 6,5% του ΑΕΠ το 2010 σε 5,1% το 2015. Από το 2000 η Ισπανία ακολούθησε την διεθνή αυξητική τάση των δαπανών ως % του Α.Ε.Π. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π από το 6.82% το 2000 αυξήθηκαν σε 8.99% το 2009 η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης οδήγησε στην εφαρμογή μέτρων για την μείωση της δαπάνης για την υγεία με αποτέλεσμα την μείωση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π κατά 0.2% το 2017.



Διάγραμμα 5. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

**Πηγή:**OECD 2018

Από το Διάγραμμα 6 (ρυθμός μεταβολής από έτος σε έτος) κατά την περίοδο 2006 έως το 2008 παρατηρούμε μια αλματώδη αύξηση των δαπανών υγείας με τον ρυθμό μεταβολής να σημειώνει μια σημαντική αύξηση της τάξης του 8,6% κατά μέσο όρο για τα 27 κράτη-μέλη της ΕΕ. Στην συνέχεια η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης οδήγησε τις κυβερνήσεις προκειμένου να μειώσουν το δημόσιο χρέος τους στην εφαρμογή μεταρρυθμίσεων με στόχο την μείωση των δαπανών υγείας, σημειώθηκε μια

κατακόρυφη πτώση των δαπανών με τον ετήσιο ρυθμό μεταβολής για τα 27 κράτη της ΕΕ να μειώνεται από το 8,44 % στο -1,28% από το 2008 έως το 2009. Από το 2010 και μετά βλέπουμε μικρές αυξομειώσεις για το μέσο όρο των 27 κρατών μελών της ΕΕ και το 2016 να συνεχίζει με αρνητικό πρόσημο στο -1.45% .

Η Ελλάδα πριν από την οικονομική κρίση παρουσίαζε αυξομειώσεις σχετικά με το ετήσιο ρυθμό μεταβολής των δαπανών με την μεγαλύτερη τιμή να σημειώνεται το 2004 (14%) και στην συνέχεια να σημειώνει κατακόρυφη μείωση το 2005 με τον ρυθμό μεταβολής να διαμορφώνεται στο -0.44%, και μικρές σχετικά διακυμάνσεις μέχρι το 2009 (0.96%). Η οικονομική κρίση οδήγησε σε ρυθμούς μεταβολής με αρνητικό πρόσημο έως το 2013. Από το 2013 αυτή η τάση αντιστράφηκε με το ρυθμό μεταβολής να εμφανίζει αύξηση και να διαμορφώνεται τα έτη 2014-2015 στο 3%. Όμως αυτή η πορεία άλλαξε από το 2015 με το ρυθμό μεταβολής το 2016 να είναι στο -0.95%.

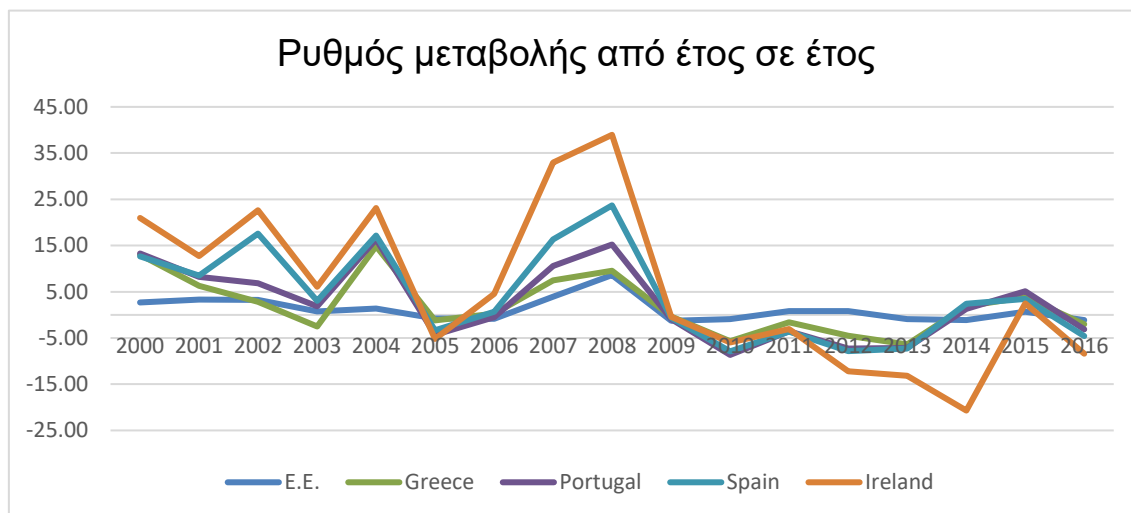
Η Πορτογαλία κατά το χρονικό διάστημα 2000-2009, σημειώνει αρνητικό ετήσιο ρυθμό μεταβολής των δαπανών το 2005 (-3.08%) και στη συνέχεια αυξητική πορεία με την μεγαλύτερη τιμή να εμφανίζεται το 2008 (5.67%) κάτω όμως από το μέσο όρο των 27 κρατών της ΕΕ (8.44%). Από το 2009 και μετά η κρίση οδήγησε σε μεγάλη μείωση του ρυθμού μεταβολής των δαπανών σημειώνοντας αρνητικό πρόσημο μέχρι το 2014 και θετικοποίηση του στη συνέχεια. Στις χώρες του Νότου και την Ιρλανδία περατηρείται συνεχή πτώση από το 2008 έως το 2014 με μια μικρή ανάκαμψη το 2015.

Η Ισπανία την περίοδο 2000-2009 εμφανίζει τη μεγαλύτερη θετική μεταβολή του ρυθμού μεταβολής των δαπανών τα έτη 2001-2003 με κορύφωση το 2004 (10.74%) και την περίοδο 2006-2009 με την μέγιστη τιμή να διαμορφώνεται το 2008 (8.44%). Από το 2009 η κρίση οδήγησε σε μικρές μεταβολές του δείκτη με τιμές να κυμαίνονται κοντά στο μηδέν έως το 2016.

Στην Ιρλανδία ο ρυθμός μεταβολής των δαπανών από το 2000, ο οποίος ήταν στο 8.29%, άρχισε να μειώνεται σταδιακά και το 2005 να είναι -1.83%. Στη συνέχεια η αύξηση που σημειώνει φτάνει στη μέγιστη τιμή (16.67%) το 2007-2008 ακολουθώντας μεγάλη μείωση στη συνέχεια, με τον ρυθμό μεταβολής των δαπανών να είναι -23% το 2014, συνεχίζοντας την αρνητική πορεία μέχρι το 2016 (-4.0)%.

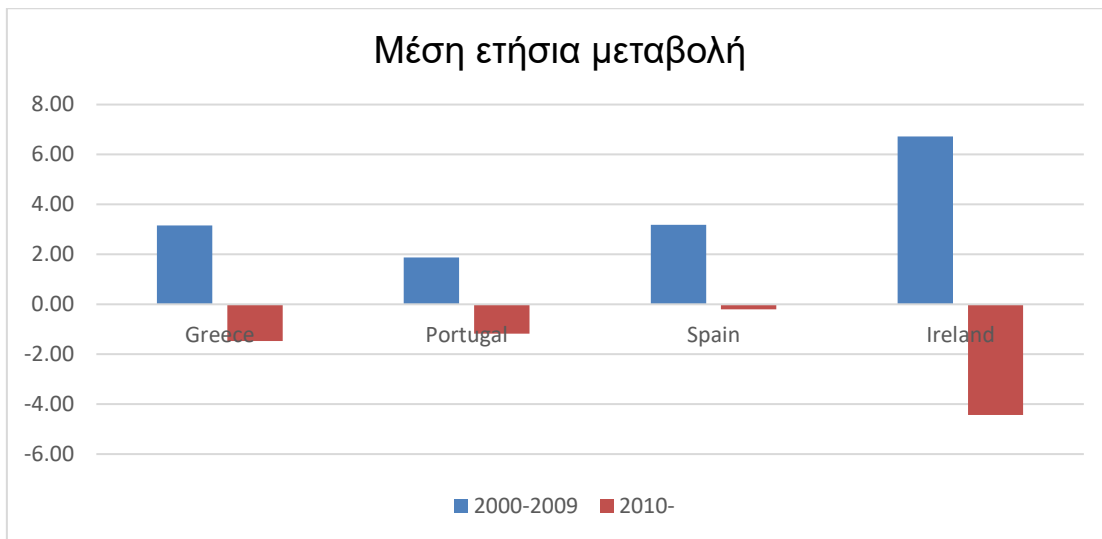
Παρατηρώντας τον ετήσιο ρυθμός μεταβολής των δαπανών φαίνεται ότι η έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2009 και στη συνέχεια τα μέτρα που εφαρμόστηκαν για την

μείωση των δαπανών προκάλεσαν την μεγάλη πτώση του δείκτη σημειώνοντας αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής.



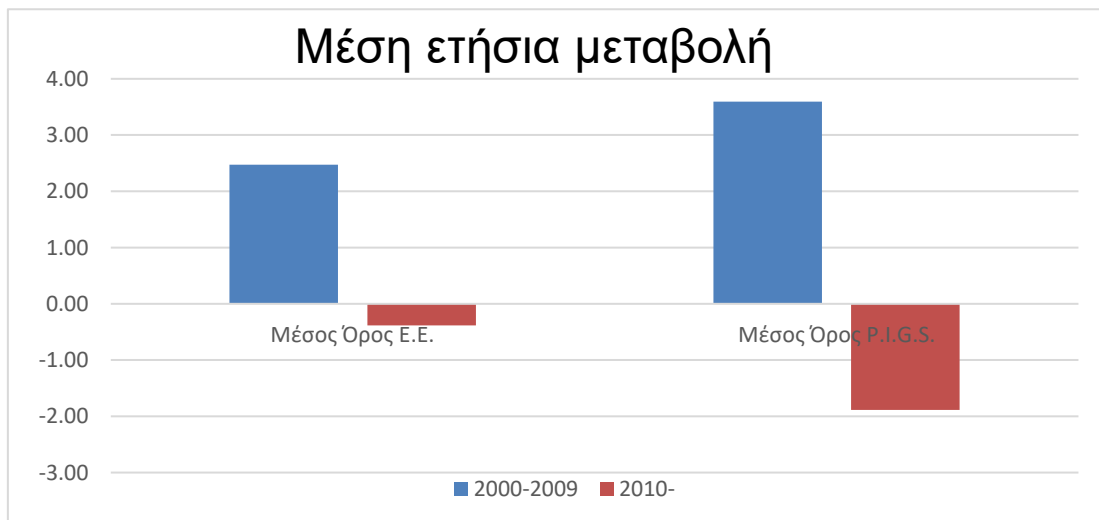
*Διάγραμμα 6. Ρυθμός μεταβολής των δαπανών για την Υγεία από έτος σε έτος (2000-2016)*

Στο Διαγράμμα 7 παρατηρούμε πως κυμάνθηκε ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής για τις δαπάνες υγείας των 4 χωρών που μελετάμε για δύο χρονικές περιόδους 2000-2009 και 2010 μέχρι το πιο πρόσφατο δημοσιευμένο έτος. Φαίνεται καθαρά ότι κατά τη διάρκεια 2000-2009 ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής είχε θετικό πρόσημο, παρατηρήθηκε δηλαδή αύξηση των δαπανών στην Ελλάδα κατά 3,1%, στην Πορτογαλία κατά 1,9%, στην Ισπανία κατά 3,2% με τη μεγαλύτερη αύξηση να σημειώνεται στην Ιρλανδία 6,7% . Αντίθετα κατά τη διάρκεια της κρίσης από το 2010 και μετά, παρατηρούμε ότι η Ισπανία σημείωσε την μικρότερη μείωση δαπανών με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 0,21 % σε σύγκριση με την Ελλάδα κατά -1.47%, την Πορτογαλία κατά -1.18% ενώ η Ιρλανδία είχε τη μεγαλύτερη μείωση δαπανών με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής -4,4 %.



Διάγραμμα 7. Μέση ετήσια μεταβολή των δαπανών Υγείας (2000-2009,2010-)

Στο Διάγραμμα 8 μελετούμε τις μεταβολές του μέσου ετήσιου ρυθμού των συνολικών δαπανών υγείας συγκριτικά στο σύνολο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ και τις 4 χώρες που μελετάμε. Κατά τη διάρκεια των ετών 2000-2009 φαίνεται ότι οι δαπάνες υγείας είχαν αυξητική τάση με τις 4 χώρες να καταγράφουν τον υψηλότερο ρυθμό μεταβολής κατά 3,6% σε σχέση με τον μέσο όρο των 27 χωρών της ΕΕ που ήταν 2,5%. Κατά την περίοδο 2010-2017 ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής μειώθηκε στο 1,9% για τις 4 χώρες και στα 27 κράτη-μέλη της ΕΕ 0,4%.



Διάγραμμα 8. Μέση ετήσια μεταβολή των Μέσο όρων της ΕΕ και PIGS(2000-)



Η οικονομική κρίση ήταν ο κρίσιμος παράγοντας που οδήγησε τις κυβερνήσεις των Ευρωπαϊκών χωρών να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να μειώσουν το δημόσιο χρέος και συγκεκριμένα τη μείωση των δαπανών για την υγεία. Οι πολιτικές παρεμβάσεις σκόπευαν στο ανθρώπινο δυναμικό ( μείωση ή πάγωμα μισθών, μείωση των προσλήψεων στο δημόσιο τομέα ), στο νοσοκομειακό τομέα με (συγχωνεύσεις νοσοκομείων, μείωση των δωρεάν παρεχόμενων υπηρεσιών με χρεώσεις στο χρήστη, αποκλεισμός ανασφάλιστων πολιτών), στην φαρμακευτική δαπάνη (με μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς, αύξηση της συμμετοχής του χρήστη στη φαρμακευτική δαπάνη ,ηλεκτρονική συνταγογράφηση).

## **2. Φαρμακευτικές Δαπάνες**

Οι φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία απορροφούν υψηλό ποσοστό. Στο Διάγραμμα 9 παρατηρούμε το ποσοστό των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών για την υγεία.

Η Ελλάδα από το 2000 έως το 2011 σημείωσε μεγάλη αύξηση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία από 19.9% σε 30.9%, αντίστοιχα. Στη συνέχεια με την εφαρμογή των μνημονιακών δεσμεύσεων για την μείωση του κόστους στην υγεία παρατηρήθηκε μείωση από το 2011 και μετά που έφτασε το 26%το 2016, παρά την μείωση είχε διαφορά από το μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της Ε.Ε η οποία ήταν 16.6%.

Στην Ισπανία ο φαρμακευτικός τομέας είναι ένας από τους καλύτερα ρυθμιζόμενους. Από το 2001 μέχρι το 2011 εμφάνισε μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης από 22% σε 18% αντίστοιχα με αλλαγές που σκόπευαν στον έλεγχο του όγκου των συνταγών. Μια μικρή αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης παρατηρήθηκε από το 2012 (18.6%) σε (19%) το 2016 και μετά αλλά κοντά στο μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της Ε.Ε περίπου 17.5%.

Στη Πορτογαλία από το 2000 έως το 2007 οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας ήταν σταθερές περίπου 22.3%, κοντά στον μέσο όρο (21%) των 27 κρατών-μελών της ΕΕ. Από το 2007 και μετά παρουσίασαν πτώση και το 2016 έφτασαν το 15% κοντά στον μέσο όρο της Ε.Ε ο οποίος ήταν 16% .

Η Ιρλανδία εμφανίζει χαμηλή φαρμακευτική δαπάνη κάτω από το μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της Ε.Ε που κυμαίνεται από 14% το 2000 σε 16% το 2007 με αντιστροφή αυτής της τάσης μετά το 2007 φτάνοντας το 2016 στο 13%. Οι δημόσιες δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκαν πολύ γρήγορα μετά το 2000, αλλά ορισμένα μέτρα αντέστρεψαν την τάση αυτή (Brick, Gorecki & Nolan, 2013) και (Gorecki et al, 2012), η τιμολόγηση και η αντικατάσταση ορισμένων φαρμάκων ψηφίστηκε το 2013 (Government of Ireland, 2013b).

Ένας από τους στόχους του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής ήταν και ο φαρμακευτικός τομέας δηλαδή η μείωση της δαπάνης για τα φαρμακευτικά προϊόντα ως ποσοστό του Α.Ε.Π. Στο Διάγραμμα 10 απεικονίζεται η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ για τις 4 υπό μελέτη χώρες και για τον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ. Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες της ΕΕ η οποία εμφανίζει την μεγαλύτερη φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του Α.Ε.Π τόσο πριν από την εμφάνιση της κρίσης όσο και κατά την διάρκεια αυτής. Προκειμένου να μειωθεί το κόστος ένας από τους τομείς βάση του ΕΑΡ όπου θα μπορούσαν να γίνουν μειώσεις ήταν τα φαρμακευτικά προϊόντα. Καθορίστηκε ανώτατο όριο δηλώνοντας ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 2,44 δισ. Ευρώ το 2013, τα 2 δισ. Ευρώ το 2014 και τα 1,94 δισ. Ευρώ το 2015-2017 (OECD, 2018b). Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση κατά 43,2% από 5,2 δισ. Ευρώ (περίπου 2,25% του ΑΕΠ) το 2009 σε 2,95 δισ. Ευρώ (ή 1,53% του ΑΕΠ) το 2012. Στη Πορτογαλία επιδιώχθηκε μείωση των δημόσιων δαπανών για τα φαρμακευτικά προϊόντα, έως 1,25% του ΑΕΠ το 2012 και περίπου 1% το 2013. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν στον φαρμακευτικό τομέα προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης της δαπάνης αποσκοπούσαν α) στην ενθάρρυνση της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων και λιγότερο ακριβών προϊόντων, β) στην θέσπιση σαφών κατευθυντήριων γραμμών για τους ιατρούς σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική και γ) στην απαίτηση ηλεκτρονικών συνταγών φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων που καλύπτονται από δημόσια αποζημίωση. Είναι εμφανές στο Διάγραμμα 10 ότι το αποτέλεσμα της πολιτικής που εφαρμόστηκε πέτυχε τον στόχο της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Στην Ισπανία η φαρμακευτική δαπάνη όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 10 βρίσκεται κοντά στον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ, αυξητική πορεία άρχισε να εμφανίζει από το 2012 έως το 2016 (από 1.6% σε 1.7% του Α.Ε.Π αντίστοιχα). Στην Ιρλανδία η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του Α.Ε.Π είναι η χαμηλότερη μεταξύ των 4 υπό μελέτη χωρών από

το 2000 έως το 2007 (από 0.84% σε 1.3% του Α.Ε.Π αντίστοιχα) και από τον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ (από 1% σε 1.3% του Α.Ε.Π). Από το 2008 έως το 2014 η φαρμακευτική δαπάνη κινήθηκε κοντά στον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ σημειώνοντας μείωση από το 2014 έως το 2016 (από 1.3% σε 0.95% του Α.Ε.Π).

Στο Διάγραμμα 11 η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε και για τις 4 χώρες σε σχέση με τον μέσο όρο της Ε.Ε, με την Ελλάδα και την Ιρλανδία να εμφανίζουν την μεγαλύτερη άνοδο.

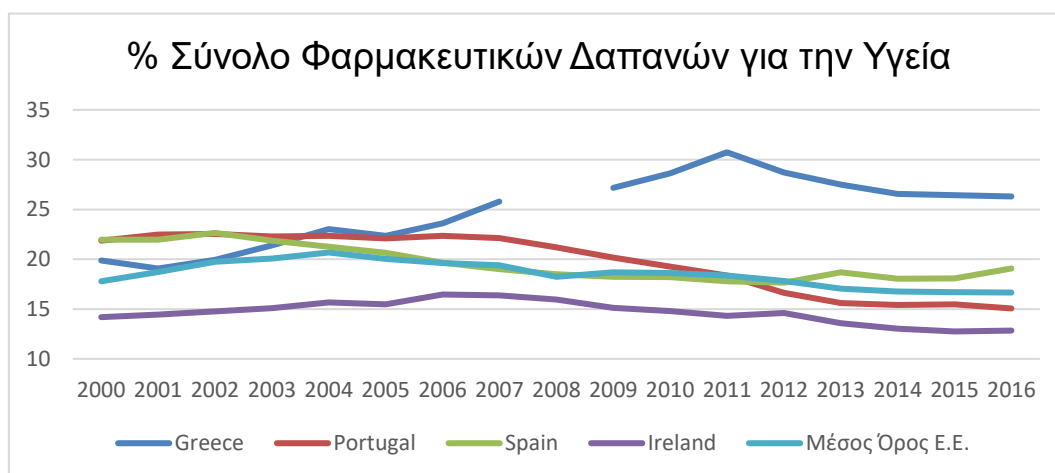
Η Ελλάδα είχε τη μεγαλύτερη φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο το 2009 781\$ και ακολούθησε πτωτική πορεία φτάνοντας το 2016 τα 594\$ ανά κάτοικο. Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και οι αυξήσεις της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων για συγκεκριμένες ασθένειες ήταν από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν με συνέπεια την μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς. Οι μέσες μηνιαίες φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν μεταξύ του 2012 και του 2013, παρά τις μειώσεις των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως στις αυξήσεις στα επίπεδα κατανομής κόστους από τον Οκτώβριο του 2012. Γενικά, ο μέσος όρος κατανομής κόστους για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013. Είναι ενδιαφέρον ότι μόνο 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων χορηγήθηκε με συμμετοχή 0% το 2013 έναντι 13% το 2012 (Siskou. Et al, 2013).

Στην Ιρλανδία η φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο από το 2000 έως το 2012 παρουσίασε αύξηση από 252\$ σε 729\$ αντίστοιχα, από εκεί και μετά σημείωσε μείωση φτάνοντας το 2016 τα 676\$ ανά κάτοικο. Ωστόσο, ήταν αργή η πρόοδος όσον αφορά την εφαρμογή πρόσθετων μέτρων μείωσης των δαπανών (Thomson, Jowett & Mladovsky, 2012) και από την σύγκριση των τιμών παραγωγής των κορυφαίων φαρμακευτικών εταιρειών διαπιστώθηκε ότι οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων για διπλωματική ευρεσιτεχνία και οι γενικές φαρμακευτικές ουσίες ήταν υψηλότερες στην Ιρλανδία από ό, τι σε άλλα κράτη μέλη της ΕΕ (Brick, Gorecki & Nolan, 2013).

Η Πορτογαλία από το 2000 έως το 2010 σημείωσε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ανά κάτοικο η οποία διαμορφώθηκε στα 529\$ το 2010 ακολουθώντας πτωτική πορεία και το 2013 ήταν 396\$ ανά κάτοικο. Μια έρευνα ασθενών για το 2012, η οποία περιελάμβανε 375 ασθενείς, διαπίστωσε ότι το 22,8% των ασθενών δεν αγόραζαν συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ τα οικονομικά προβλήματα αναφέρθηκαν ως ένας

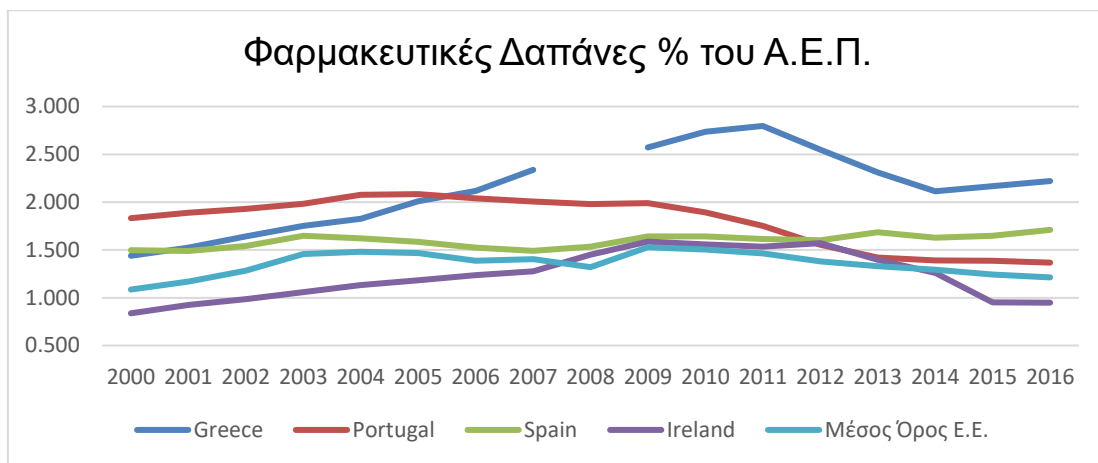
από τους κύριους λόγους (da Costa FA.et al, 2015). Από εκεί και μετά η φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο είχε αυξητική τάση και το 2016 ήταν 419% κάτω από το μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ ο οποίος ήταν 532\$ ανά κάτοικο.

Η Ισπανία από το 2000 εμφάνισε προοδευτική αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης μέχρι το 2009 που ήταν 531\$ ανά κάτοικο με αντιστροφή στη συνέχεια αυτής της τάσης λόγω των μνημονιακών δεσμεύσεων, σημειώνοντας μείωση μέχρι το 2012 (512\$ ανά κάτοικο) αυξανόμενη στη συνέχεια και το 2016 ήταν 621\$. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για φάρμακα και ιατρικές συσκευές αυξήθηκαν τόσο από πλευράς μεριδίου του οικογενειακού προϋπολογισμού (1,21% το 2006 σε σύγκριση με 1,56% το 2015) όσο και μέσω δαπανών του δημοσίου από 365 ευρώ το 2006 σε 427 ευρώ το 2015. Ο πιο εύλογος λόγος αυτής της αύξησης είναι η μεταρρύθμιση του κόστους των φαρμακευτικών προϊόντων το 2012 (González López-Valcárcel & Barber, 2017).

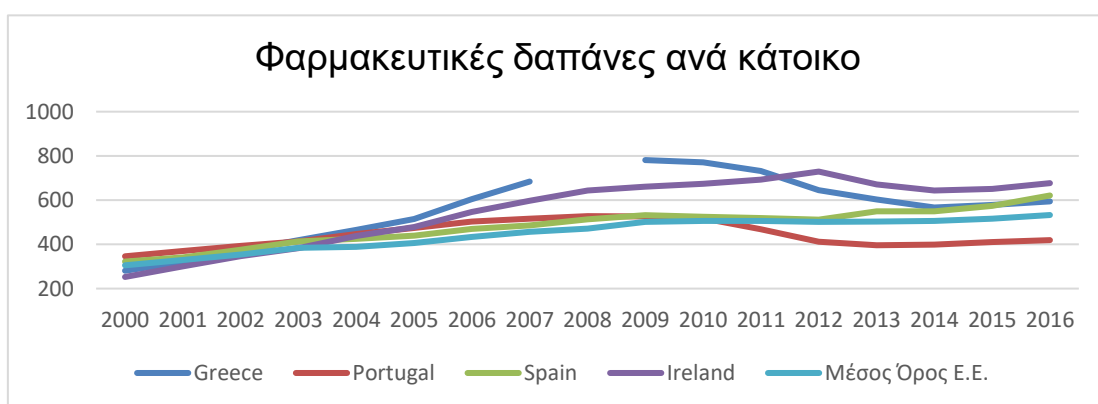


Διάγραμμα 9. Ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τις συνολικές δαπάνες υγείας (2000-2016)

Πηγή: Eurostat 2018



Διάγραμμα 10. Φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2016)



Διάγραμμα 11. Φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο(2000-2016)

**Πηγή :** Eurostat 2018

Στους Πίνακες 6 και 7 απεικονίζεται ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δεικτών (Α.Ε.Π κατά κεφαλή, δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π, φαρμακευτικές δαπάνες και ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών) κατά την περίοδο 2000-2009 και 2010-.... με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και των μέτρων που εφαρμόστηκαν με σκοπό τον εξορθολογισμό του δημοσιονομικού περιβάλλοντος των χωρών. Παρατηρούμε ότι πριν από την εμφάνιση της κρίσης δηλαδή κατά την περίοδο 2000-2009 η μέση ετήσια μεταβολή των δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π για την Ελλάδα ήταν 3,15% ,για την Πορτογαλία 1,88% και για την Ισπανία 3,19% , πολύ κοντά στον μέσο όρο των κρατών-μελών της ΕΕ2,48 %, με την μεγαλύτερη απόκλιση να εμφανίζει η Ιρλανδία με μέση ετήσια μεταβολή 6,73%. Επίσης η Ιρλανδία σημειώνει μεγάλη αύξηση σε σχέση με την ΕΕ ως προς την μέση ετήσια μεταβολή για το κατά κεφαλήν Α.Ε.Π 9,9% και για τις δαπάνες των νοικοκυριών 11,68% ενώ στην ΕΕ οι δείκτες κυμαίνονται στο 7% και 6,6%

αντίστοιχα. Σημαντική μείωση παρατηρείται στην μέση ετήσια μεταβολή των δαπανών των νοικοκυριών στην Ελλάδα -26,05% σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες ( Πορτογαλία 5,67%, Ισπανία 5,33% και Ιρλανδία 11,68%) και την ΕΕ 6,66%. Η μέση ετήσια μεταβολή των φαρμακευτικών δαπανών σημειώνει πτωτική πορεία εκτός από την Ελλάδα 3,92% σημαντικά αυξημένη με την μέση ετήσια μεταβολή της ΕΕ κατά 0,61%.

Κατά την διάρκεια της κρίσης εφαρμόστηκαν πολιτικές με στόχο την μείωση του κόστους για την υγεία. Και οι τέσσερις χώρες εφάρμοσαν τις μεταρρυθμίσεις οι οποίες τελικά οδήγησαν σε μείωση του ρυθμού μεταβολής και των τεσσάρων υπό μελέτη δεικτών με σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των χωρών.

*Πίνακας 6. Μέση ετήσια μεταβολή των κατά κεφαλήν Α.Ε.Π, Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π, Φαρμακευτικές Δαπάνες, Δαπάνες ιδιωτικών πληρωμών (2000-2009)*

Χώρες	Μέση Ετήσια Μεταβολή(2000-2009)			
	Α.Ε.Π. Κατά Κεφαλή	Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π.	Φαρμακευτικές Δαπάνες	Δαπάνες ιδιωτικών πληρωμών
<b>Ελλάδα</b>	8.19	3.15	3.92	<b>-26.05</b>
<b>Πορτογαλία</b>	6.13	1.88	-0.88	5.67
<b>Ισπανία</b>	8.66	3.19	-2.01	5.33
<b>Ιρλανδία</b>	9.90	6.73	0.78	11.68
<b>Ε.Ε.</b>	7.00	2.48	0.61	6.66

*Πίνακας 5. Μέση ετήσια μεταβολή των κατά κεφαλήν Α.Ε.Π, Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π, Φαρμακευτικές Δαπάνες, Δαπάνες ιδιωτικών πληρωμών (2010-)*

Χώρες	Μέση ετήσια μεταβολή(2010- )			
	Α.Ε.Π. Κατά Κεφαλή	Δαπάνες Υγείας % του Α.Ε.Π.	Φαρμακευτικές Δαπάνες	Δαπάνες ιδιωτικών πληρωμών
<b>Ελλάδα</b>	-2.92	-1.47	-0.36	-0.95
<b>Πορτογαλία</b>	1.45	-1.18	-4.03	2.58
<b>Ισπανία</b>	2.05	-0.21	0.68	4.60
<b>Ιρλανδία</b>	3.44	-4.44	-2.28	3.16
<b>Ε.Ε.</b>	2.99	-0.38	-1.61	3.04

Οι Πίνακες 8 και 9 δείχνουν ότι κατά την διάρκεια 2000-2009, η μέση ετήσια μεταβολή της ανεργίας για την Πορτογαλία ήταν 10,49% , για την Ισπανία 5,42% και για την Ιρλανδία 15,41% η οποία σημειώνει την μεγαλύτερη τιμή σε σχέση με την μέση ετήσια μεταβολή που παρατηρείται στην ΕΕ (2,24%) .Αντίθετα η Ελλάδα σημειώνει αρνητική μέση ετήσια μεταβολή (-1,35%) κατά την ίδια περίοδο.

Η μέση ετήσια μεταβολή των θανάτων από ψυχικές διαταραχές είναι υψηλότερη στην Πορτογαλία 14.63% συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, Ελλάδα 9.82%, Ισπανία -0.43 και η Ιρλανδία 2.13% . Ο μέσος όρος των θανάτων από ψυχικές διαταραχές στα 27 κράτη-μέλη της ΕΕ είναι 0.65% για το ίδιο χρονικό διάστημα.

Όσον αφορά τα ποσοστά αυτοκτονίας από το 2000 έως το 2009, η Πορτογαλία σημείωσε την μεγαλύτερη μέση ετήσια μεταβολή κατά 18.88%, ενώ οι υπόλοιπες 3 υπό μελέτη χώρες και ο μέσος όρος των 27 κρατών-μελών της ΕΕ παρουσίασαν αρνητική μέση ετήσια μεταβολή , Ελλάδα -0.02%, Ισπανία -1.68%, Ιρλανδία -0.39% και 27 ΕΕ -2.72%.

Πίνακας 6. Μέση Ετήσια Μεταβολή της Ανεργίας ,των Θανάτων από Ψυχικές Διαταραχές και των Ποσοστών Αυτοκτονίας (2000-2009)

Χώρες	Μέση Ετήσια Μεταβολή (2000-2009)		
	Ανεργία	Θάνατοι Από Ψυχικές Διαταραχές	Ποσοστά Αυτοκτονίας
<b>Ελλάδα</b>	-1.35	9.82	-0.02
<b>Πορτογαλία</b>	10.49	14.63	18.88
<b>Ισπανία</b>	5.42	-0.43	-1.68
<b>Ιρλανδία</b>	15.41	2.13	-0.39
<b>Ε.Ε.</b>	2.24	0.65	-2.72

Οι συνέπειες των μεταρρυθμίσεων που υποχρεώθηκαν οι χώρες να εφαρμόσουν ήταν αρνητικές. Στην Ελλάδα η ανεργία σημείωσε μεγάλη μέση ετήσια μεταβολή κατά 9,7% από το -1,35% που ήταν πριν από το 2009, ενώ οι υπόλοιπες 3 χώρες και ο μέσος όρος των 27 κρατών-μελών της ΕΕ από το 2010 παρουσιάζουν αρνητική μέση ετήσια μεταβολή, Πορτογαλία 2.01%, Ισπανία 1.19%, Ιρλανδία 7.72% και 27 ΕΕ 3.49%. Η μέση ετήσια μεταβολή των θανάτων από ψυχικές διαταραχές σημειώνει θετικό πρόσημο για τις 4 υπό μελέτη χώρες και για τον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ (Πορτογαλία 19%, Ισπανία 2.8%, Ιρλανδία 15% και 27 ΕΕ 7.2%), με την Ελλάδα να εμφανίζει την μεγαλύτερη μεταβολή 74%. Τα ποσοστά αυτοκτονίας παρουσίασαν το 2010 και μετά την μεγαλύτερη μέση ετήσια μεταβολή στην Ελλάδα 5.9% ενώ στην Πορτογαλία 3%, Ισπανία 0.27%, Ιρλανδία -1.7% και 27 ΕΕ 0.55%.

*Πίνακας 7. Μέση Ετήσια Μεταβολή της Ανεργίας, των Θανάτων από Ψυχικές Διαταραχές και των Ποσοστών Αυτοκτονίας (2010-).*

Χώρες	Μέση ετήσια μεταβολή (2010- )		
	Ανεργία	Θάνατοι Από Ψυχικές Διαταραχές	Ποσοστά Αυτοκτονίας
<b>Ελλάδα</b>	9.77	74.07	5.93
<b>Πορτογαλία</b>	-2.01	193.23	3.11
<b>Ισπανία</b>	-1.19	2.79	0.27
<b>Ιρλανδία</b>	-7.72	15.17	-1.71
<b>Ε.Ε.</b>	-3.49	7.26	0.55

## **Γ.Βασικοί δείκτες Υγείας**

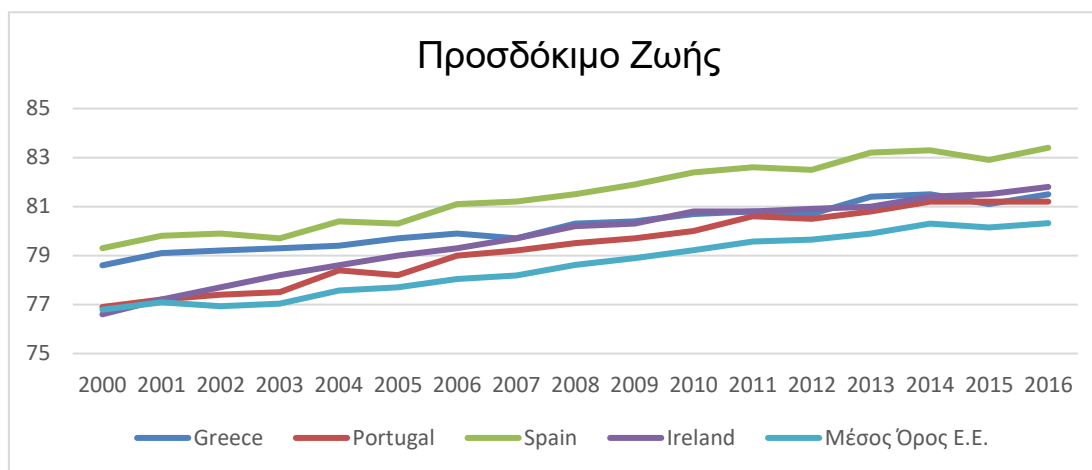
### **1.Προσδόκιμο Ζωής**

Στο Διάγραμμα 12 παρατηρούμε ότι το προσδόκιμο ζωής διαρκώς αυξάνεται από το 2000 έως το 2016 και για τις 4 υπό μελέτη χώρες: Ελλάδα (από 78.8 σε 81.5), Ισπανία (από 79.3 σε 83.4), Πορτογαλία (από 76.9 σε 81.2) και Ιρλανδία (από 76.7 σε 81.8) και βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ. Στην Ιρλανδία οι γυναίκες εξακολουθούν γενικά να ζουν περισσότερο από τους άνδρες, αλλά το χάσμα αυτό έχει μειωθεί. Τα οφέλη του προσδόκιμου ζωής είναι κυρίως αποτέλεσμα της



σταθερής μείωσης των πρόωρων θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις. Ωστόσο, η ισχαιμική καρδιοπάθεια παραμένει η κύρια αιτία θανάτου, ακολουθούμενη από τον καρκίνο του πνεύμονα και άνοια (OECD, 2017).

Το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής σημειώνεται στην Ισπανία φτάνοντας το 2016 στα 83.4 έτη από 79.3 έτη το 2000 συγκριτικά με τον μέσο όρο του προσδόκιμου ζωής των 27 κρατών-μελών της Ε.Ε που είναι 80 έτη το 2016.

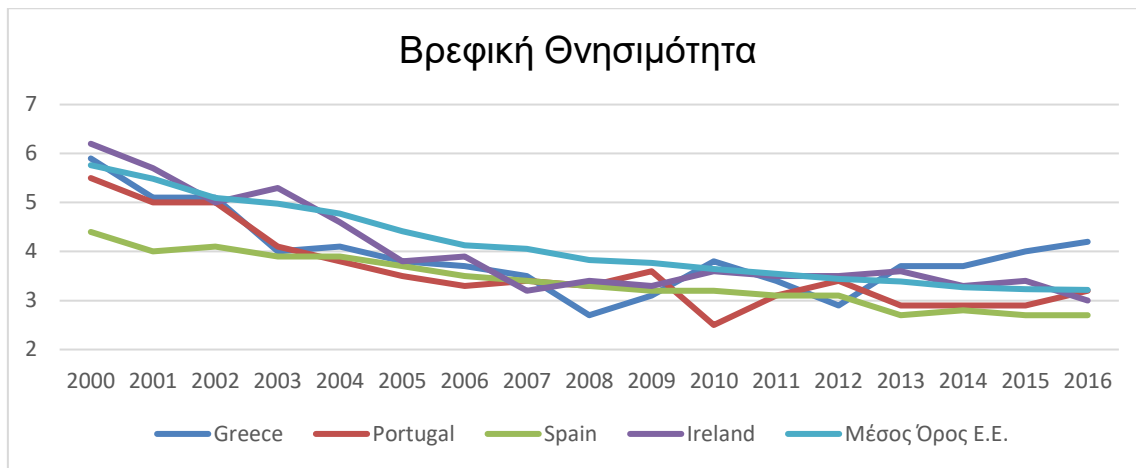


Διάγραμμα 12. Προσδόκιμο ζωής (2000-2016).

Πηγή: OECD 2018

## 2. Βρεφική Θνησιμότητα

Όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα και στις 4 υπό μελέτη χώρες στο Διάγραμμα 13 παρατηρείται ότι από το 2000-2016, βρίσκονται κοντά στον μέσο όρο της Ε.Ε με την Ελλάδα να εμφανίζει μια απότομη αύξηση το διάστημα 2008-2010 από 2.7 έτη σε 3.8 έτη στη συνέχεια μειώνεται μέχρι το 2012 σε 3.1 έτη με μεγάλη αύξηση να σημειώνεται στη συνέχεια από το 2012-2016 (από 3.1 έτη σε 4.2 έτη). Το αντίθετο παρατηρείται στην Πορτογαλία, η οποία ενώ είχε την χαμηλότερη βρεφική θνησιμότητα το 2010 (2.5 έτη) συγκριτικά με τις 3 χώρες Ελλάδα (3.8 έτη), Ισπανία (3.2 έτη), Ιρλανδία (3.6 έτη) αυξήθηκε στα 3.4 έτη το 2012 σημειώνοντας ίδια τιμή με τον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ. Η βρεφική θνησιμότητα στην Ισπανία εμφανίζει μείωση από 4.4 έτη το 2000 σε 2.7 έτη το 2016 .

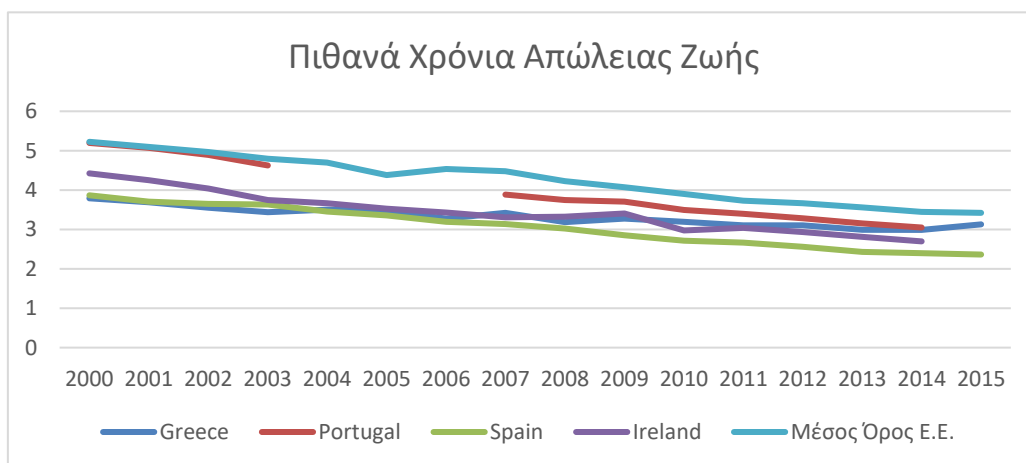


Διάγραμμα 13. Βρεφική Θνησιμότητα (2000-2016).

Πηγή: OECD 2018

### 3. Πιθανά χρόνια απώλειας ζωής

Παρατηρούμε στο Διάγραμμα 14 ότι από το 2000 έως το 2015 τα πιθανά χρόνια απώλειας ζωής εμφανίζουν πτωτική πορεία τόσο για τον μέσο όρο των 27 κρατών μελών της ΕΕ όσο και για τις 4 υπό μελέτη χώρες. Τα πιθανά χρόνια απώλειας ζωής για το χρονικό διάστημα 2000 έως 2015 διαμορφώνονται για την Ελλάδα από 3,7 σε 3 έτη αντίστοιχα ,για την Πορτογαλία από 5 έτη στα 3 έτη το 2014, για την Ισπανία από 3,8 έτη στα 2,3 το 2015, για την Ιρλανδία από 4,4 στα 2,7 έτη το 2014 και για τον μέσο όρο της ΕΕ από 5.2 σε 3.4 έτη.



Διάγραμμα 14. Πιθανά χρόνια απώλειας ζωής (2000-2015)

Πηγή: OECD 2018

## **Δ.Δείκτες Υγείας πληθυσμού**

### **1.Θάνατοι από Ψυχικές Διαταραχές**

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει το Διάγραμμα 15 στο οποίο απεικονίζεται πως επηρέασε την ψυχική υγεία των ανθρώπων η περίοδος της οικονομικής κρίσης και δείχνει τον αριθμό των θανάτων ανά 100.000 ανθρώπους. Από το 2009 και έπειτα παρατηρούμε ότι αυξάνεται ο αριθμός των θανάτων στην Ε.Ε.

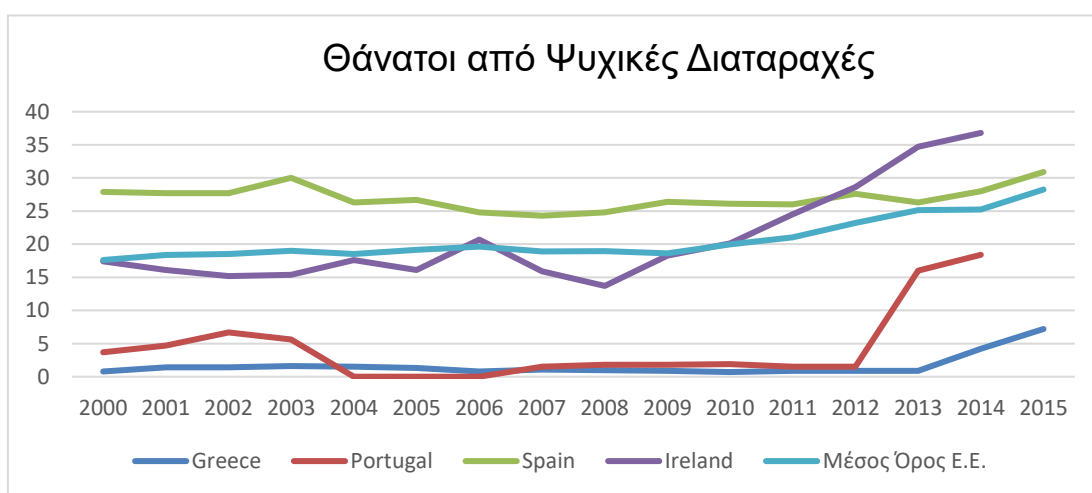
Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση και οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν κατόπιν συμφωνίας με τους θεσμούς προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση του δημόσιου χρέους δεν είχαν βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των πολιτών. Οι μειώσεις των μισθών, οι απολύσεις των εργαζομένων, ο φόβος που υπήρχε για την πιθανή απώλεια της εργασίας, η επιβάρυνση των νοικοκυριών με χρεώσεις κατά την διάρκεια των μνημονιακών ετών ήταν αίτια που οδήγησαν σε ψυχικές διαταραχές και πολλές φορές σε θανάτους. Οι θάνατοι από ψυχικές διαταραχές ήταν ελάχιστοι μέχρι το 2013, τα αποτελέσματα της κρίσης φάνηκαν από το 2013 και έπειτα όπου παρατηρήθηκε μια αύξηση από το 0.9% το 2013 σε 7.2% το 2015. Παρόλα αυτά η Ελλάδα εμφάνισε πολύ λιγότερους θανάτους σε σχέση με τον μέσο όρο της Ε.Ε ο οποίος το 2009 ήταν 18.6% βαίνοντας αυξανόμενος από εκεί και μετά φτάνοντας το 2015 το 28% .

Η Πορτογαλία είναι μια από τις ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση. Το μνημόνιο συνεννόησης μεταξύ της τρόικας και της Πορτογαλικής κυβέρνησης απαιτούσε περικοπές στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να επιτευχθούν εξοικονομήσεις ύψους 550 εκατ. Ευρώ το 2012 και 375 εκατ. Ευρώ το 2013. Απαιτήθηκαν μέτρα για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Το μνημόνιο συμφωνίας καθόριζε διάφορα μέτρα πολιτικής που έπρεπε να υιοθετηθούν από την πορτογαλική κυβέρνηση για την περίοδο 2011-2014, συμπεριλαμβανομένων: μιας σειράς απαιτήσεων λιτότητας, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των δημόσιων δαπανών και της αύξησης των φορολογικών εσόδων για τη μείωση του δημοσιονομικού ελλείμματος καθώς και άλλων μέτρων για τη σταθεροποίηση του χρηματοπιστωτικού τομέα μαζί με διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της εργασίας, των αγαθών, των υπηρεσιών και

της στέγασης (Maresso et al, 2014). Η επιβολή αυτών των μέτρων οδήγησε στην απότομη αύξηση των θανάτων από το 1.5% το 2012 στο 18.4% το 2014.

Η Ιρλανδία όπως και άλλες χώρες της ΕΕ ήρθαν αντιμέτωπες με τις συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης και των αυστηρών μέτρων λιτότητας που έπρεπε να επιβληθούν για την μείωση του δημόσιου χρέους. Η ψυχική υγεία των πολιτών επηρεάστηκε σημειώνοντας μεγάλη αύξηση από το 2008 η οποία ήταν 13.7% το 2014 έφτασε το 37%. Η εξέλιξη μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν η εξής: ενώ τα ποσοστά στους άνδρες το 2014 ήταν παρόμοια με εκείνα του 2006 (6.7% των ανδρών υπέφεραν από ψυχική νόσο το 2014 έναντι 6.6% το 2006), οι γυναίκες παρουσίασαν ελαφρά βελτίωση (το 14,4% ανέφερε ψυχική νόσο το 2014 έναντι 16,3% το 2006) (MSSSI, 2017b). Τα στοιχεία αυτά αντιβαίνουν στα ευρήματα της έρευνας που δείχνουν αύξηση της ψυχικής νόσου από την οικονομική κρίση (González López-Valcárcel & Barber, 2017).

Στην Ισπανία η οικονομική κρίση και οι περικοπές στον προϋπολογισμό που εφαρμόστηκαν το 2010 προκειμένου να αντιμετωπιστεί το υψηλό δημόσιο χρέος και τα μέτρα που οδήγησαν σε περικοπές μισθών, απώλεια θέσεων εργασίας ,χρεώσεις για τους χρήστες υπηρεσιών είχαν ως αποτέλεσμα να επιβαρυνθεί η ψυχική υγεία των πολιτών οδηγώντας σε θανάτους. Οι θάνατοι από ψυχικές νόσους αυξήθηκαν από 26% το 2009 σε 31% το 2015.



Διάγραμμα 15. Θάνατοι από Ψυχικές διαταραχές (2000-2015)

Πηγή: OECD 2018

## 2. Αυτοκτονίες

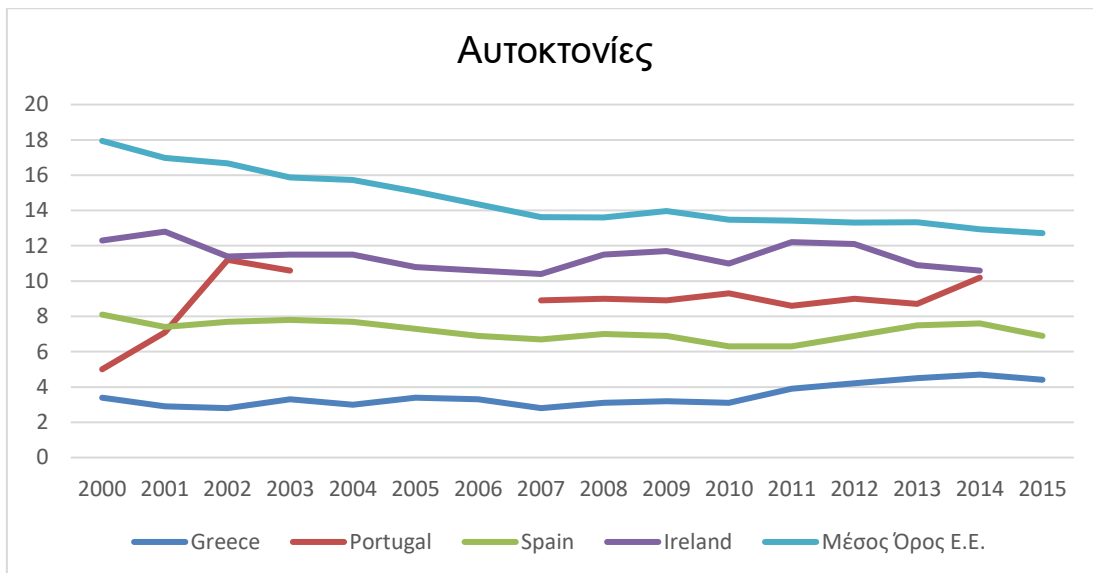
Στο Διάγραμμα 16 παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος των αυτοκτονιών στην Ε.Ε εμφανίζει πτωτική τάση από 17.9% το 2000 στο 12.7% το 2015 με την Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία και Ιρλανδία να είναι κάτω από τον μέσο όρο της Ε.Ε.

Η Ελλάδα είχε χαμηλό ποσοστό αυτοκτονιών, περίπου 3%, πριν από την χρηματοπιστωτική κρίση. Το ποσοστό αυτοκτονιών στην Ελλάδα ήταν μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ (5,0 ανά 100.000 κατοίκους έναντι 11,3 μέσου όρου της ΕΕ των το 2014). Παρόλα αυτά, το ποσοστό βρίσκεται στο υψηλότερο επίπεδο από τότε που άρχισαν οι εγγραφές στη δεκαετία του '70, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν το 2010 (3.1%) και το 2012 έφτασε το 4.4% και συνδέθηκαν με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (C.Economou.et al, 2016b, Papaslani. et al, 2016).

Το ποσοστό των αυτοκτονιών στην Ισπανία πριν από το 2009 ήταν περίπου 7% ,μετά την έναρξη της κρίσης τα έτη 2010-2011 υπήρξε μείωση του ποσοστού στο 6.3%. Από το 2011 και μετά η τάση αυτή άλλαξε, σημειώνοντας αύξηση φτάνοντας το 6.9% το 2015, με τον μέσο όρο των αυτοκτονιών των 27 κρατών μελών της ΕΕ να βρίσκεται στο 12.5%.

Στην Πορτογαλία σχετικά με τα ποσοστά αυτοκτονίας υπήρχε αβεβαιότητα με τα δεδομένα πριν από το 2014. Ωστόσο, οι κλήσεις προς τις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης από εκείνους με αυτοκτονικές σκέψεις αυξήθηκαν κατά 29,3% από το 2011 έως το 2012 (Madeira.M, 2013). Όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 13 το ίδιο χρονικό διάστημα φαίνεται μια μικρή αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών από 8.6% το 2011 σε 9% το 2012. Μετά από μια μικρή μείωση το 2013 ,το ποσοστό άρχισε να αυξάνεται και το 2015 έφτασε στο 10%. Η Πορτογαλία όπως και άλλες χώρες λόγω του υψηλού δημόσιου χρέους αναγκάστηκαν να εφαρμόσουν μέτρα τα οποία είχαν μεγάλο αντίκτυπο στην καθημερινότητα των πολιτών και το επίπεδο διαβίωσης. Μια μελέτη βρήκε σύνδεση μεταξύ αυτοκτονίας και επιπέδου υλικής στέρησης (Santana.et al, 2015).

Στην Ιρλανδία ενώ ο ρυθμός θανάτου από αυτοκτονίες παρέμεινε σχετικά σταθερός κατά την περίοδο 2008-2010 (OECD, 2013), στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των θανάτων από αυτοκτονία ανά 1.000 κατοίκους αυξήθηκε κατά την περίοδο 2007-2012 με μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται μεταξύ 2011 και 2012 φτάνοντας το 12%.



Διάγραμμα 16. Αυτοκτονίες (2000-2015)

Πηγή: OECD 2018

### 3. Ανεκπλήρωτες Ανάγκες για ιατρικές Εξετάσεις

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους ένα άτομο ισχυρίζεται ότι η ανάγκη για ιατρική περίθαλψη παραμένει ανεκπλήρωτη. Στα Διαγράμματα 17,18,19 παρατηρούμε πως κυμάνθηκαν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες με βάση συγκεκριμένα εμπόδια όπως το κόστος, η απόσταση, οι λίστες αναμονής και η έλλειψη χρόνου με βάση τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα από το 2008 μέχρι σήμερα.

Στο Διάγραμμα 17 παρατηρούμε τις ανεκπλήρωτες ανάγκες που δεν δηλώθηκαν, με τις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου να είναι κάτω από το μέσο όρο της Ε.Ε και την Ισπανία να εμφανίζει μια αύξηση από το 2013 μέχρι το 2017 από 89% σε 96%, αντίστοιχα.

Η Ελλάδα μετά το 2010 παρουσίασε μείωση των ανεκπλήρωτων αναγκών που δεν δηλώθηκαν από 92.7 % σε 85% το 2016 και στη συνέχεια εμφάνισε αυξητική τάση φτάνοντας το 89% το 2017.

Επίσης στην Πορτογαλία οι ανεκπλήρωτες ανάγκες που δεν δηλώθηκαν κινήθηκαν μειούμενες από το 2011 έως το 2016 από 89% σε 82% αντίστοιχα. Μετά το 2016 η τάση αυτή αντιστράφηκε φτάνοντας το 2017 το 85%.

Στην Ιρλανδία οι αυξημένες μη δηλωθείσες ανεκπλήρωτες ανάγκες έφτασαν τον μέσο όρο της Ε.Ε κατά το χρονικό διάστημα 2011-2014 (92.5%) και στη συνέχεια αυξήθηκαν φτάνοντας το 95% το 2017).

Σε περίοδο κρίσης, οι μειωμένοι πόροι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της αυξημένης ζήτησης, του αυξημένου χρόνου αναμονής, των αυξημένων ιδιωτικών πληρωμών και της μειωμένης δυνατότητας να πραγματοποιούν άτυπες πληρωμές (Morgan & Astolfi, 2013).

Στο Διάγραμμα 18 η Ελλάδα από το 2010 και μετά εμφανίζει αυξητική τάση ανεκπλήρωτων αναγκών με βάση τα τρία πρώτα αίτια (κόστος, απόσταση, λίστα αναμονής), το 2010 ήταν 5.5% με το υψηλότερο ποσοστό να διαμορφώνεται το 2016 στο 13%. Η Ελλάδα είχε το υψηλότερο ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών συγκριτικά με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Το κόστος ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη αιτία για ανεκπλήρωτη ανάγκη και το ποσοστό πληθυσμού που δεν μπόρεσαν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες για οικονομικούς λόγους αυξήθηκε σταδιακά κατά την περίοδο 2011-2016. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει ανεπιθύμητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω του υψηλού κόστους αυξήθηκε από 4% το 2009 σε 12% το 2016 (Eurostat, 2018c). Το μεγαλύτερο ποσοστό που αναφέρουν ανεπιθύμητες ανάγκες λόγω του κόστους το 2016 ήταν μεταξύ των ανέργων (21%) και σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (14%). Το 2016 ψηφίστηκε η νομοθεσία που προέβλεπε την παροχή συνολικής υγειονομικής κάλυψης στους ανέργους και που αναμένονταν να έχει θετικό αντίκτυπο (C.Οικονομίου, 2017). Σχεδόν ένας στους πέντε Έλληνες με το χαμηλότερο εισόδημα ανέφερε ότι δεν είχε κάποια ιατρική περίθαλψη όταν το χρειάζονταν κυρίως για οικονομικούς λόγους (Health at glance, 2018).

Στην Πορτογαλία η εφαρμογή των μνημονιακών δεσμεύσεων επηρέασε την πρόσβαση των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Το 2011 οι ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής) ήταν 1.4%, το ποσοστό σταδιακά αυξήθηκε φτάνοντας το 2014 το 3.5% μειούμενο μέχρι το 2017 το οποίο διαφορφώθηκε στο 2.6%. Η απώλεια κοντινών εγκαταστάσεων αποτελούσε σημαντικό παράγοντα για τη μείωση των επισκέψεων έκτακτης ανάγκης (Ramos.P.et al, 2015).

Η Ιρλανδία δεν διαθέτει καθολική κάλυψη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία αποτελεί εμπόδιο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η μεγάλη λίστα

αναμονής για τη δευτεροβάθμια φροντίδα ήταν επίσης ένα σημαντικό ζήτημα. Κατά μέσο όρο, το 2,8% του πληθυσμού της Ιρλανδίας ανέφερε ότι έχασε την ιατρική περίθαλψη εξαιτίας του υψηλού κόστους, των αποστάσεων ή των χρόνων αναμονής, με το υψηλό κόστος να είναι ο κύριος λόγος (2,0%). Στα νοσοκομεία, οι χρόνοι αναμονής ήταν ιδιαίτερα υψηλοί για τους εξωτερικούς ασθενείς όπου το 10% των ασθενών έπρεπε να περιμένουν περισσότερο από ένα χρόνο για να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες το 2015. Αλλά οι χρόνοι αναμονής είναι επίσης πολύ υψηλοί για τις ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις, ανεξάρτητα από το αν αντιμετωπίζονται ως νοσοκομειακές ή ημερήσιες περιπτώσεις. Ως εκ τούτου, η ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσοκομείων ήταν το κύριο κίνητρο για τους ανθρώπους να αγοράσουν ιδιωτική (προαιρετική) ασφάλιση υγείας. Η ύπαρξη χρόνων αναμονής μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από τη σχετικά χαμηλή διαθεσιμότητα κλινών στην Ιρλανδία. Τα σχετικά υψηλά ποσοστά νοσηλείας για περιστατικά που κανονικά θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα συνέβαλαν στην έλλειψη των διαθέσιμων κλινών (OECD, 2017).

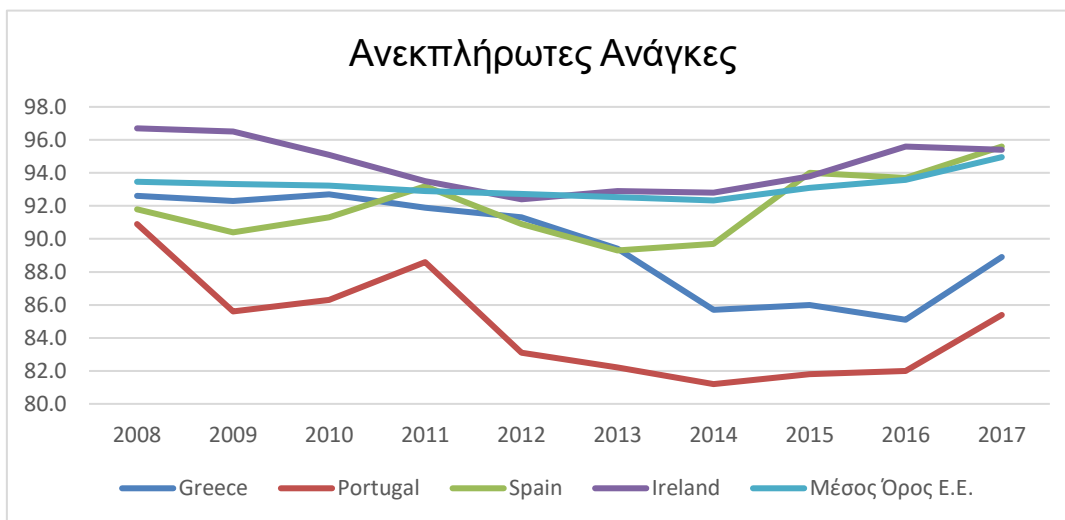
Στην Ισπανία παρά τους περιορισμούς του προϋπολογισμού που συνδέονταν με την οικονομική ύφεση, το σύστημα υγείας παρέμεινε σχεδόν καθολικό. Στο Διάγραμμα 18 παρατηρούμε ότι η Ισπανία έχει το χαμηλότερο ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών συγκριτικά με τις 3 υπό μελέτη χώρες και τον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της ΕΕ που λόγω κόστους, απόστασης και λίστας αναμονής ήταν το 2010 0.3%, με το υψηλότερο ποσοστό να εμφανίζεται το 2016 (0.6%).

Στο Διάγραμμα 19 παρατηρούμε τις ανεκπλήρωτες ανάγκες που αναφέρθηκαν και με κύρια αιτία την έλλειψη χρόνου. Τα στοιχεία είναι διαθέσιμα από το 2008 και έπειτα..Η Ελλάδα κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης είχε μια μικρή αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών λόγω έλλειψης χρόνου από 0.6% σε 0.8% κατά τα έτη 2011 και 2013, αντίστοιχα. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω έλλειψης χρόνου ήταν πολύ πάνω από το μέσο όρο της Ε.Ε για την Ισπανία με ποσοστό 2.2% το 2008 μειούμενο μέχρι το 2011 κατά 1.4% ,εμφανίζοντας στη συνέχεια μια μικρή αύξηση με το ποσοστό να διαμορφώνεται το 2013 στο 1.9% και στη συνέχεια να σημειώνει απότομη μείωση φτάνοντας το 2015 το 0.1% και διατηρήθηκε μέχρι το 2017 κάτω από το μέσο όρο της Ε.Ε που ήταν 0.36%. Στην Πορτογαλία οι ανεκπλήρωτες ανάγκες εξαιτίας της έλλειψης χρόνου ήταν κάτω από το μέσο όρο της Ε.Ε, εμφανίζοντας μικρές αυξομειώσεις με την μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται το 2011 έως το 2014 από 0.2% σε 0.6%, αντίστοιχα.



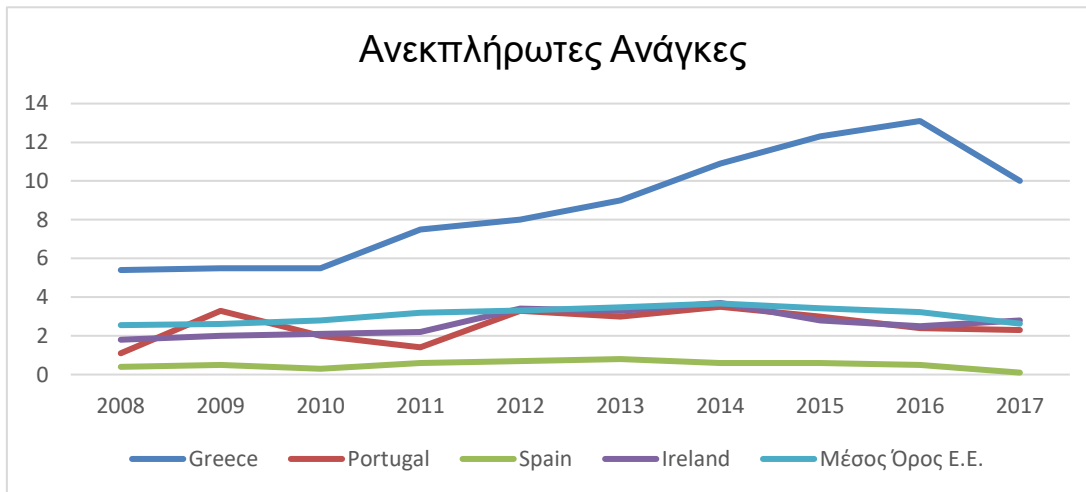
Η Ιρλανδία είναι μια από τις υπό μελέτη χώρες με πολύ χαμηλά ποσοστά (0.1%) ανεκπλήρωτων αναγκών λόγω της έλλειψης χρόνου από το 2008 έως το 2017.

### Ανεκπλήρωτες ανάγκες που δεν δηλώθηκαν



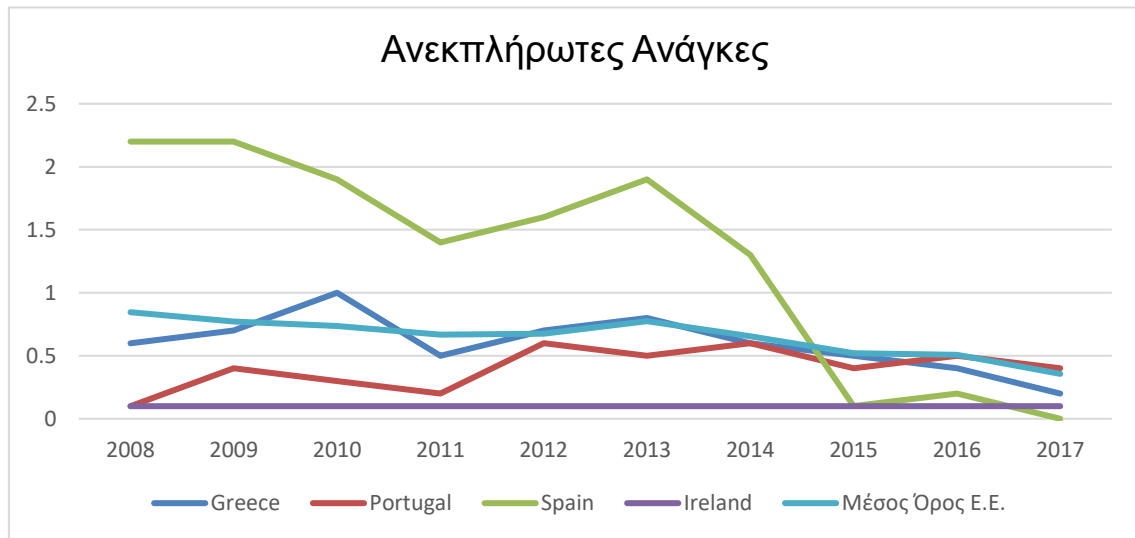
Διάγραμμα 17. Οι Ανεκπλήρωτες ανάγκες που δεν δηλώθηκαν (2008-2017)

### Κόστος, απόσταση, λίστα αναμονής



Διάγραμμα 18. Οι Ανεκπλήρωτες Ανάγκες λόγω Κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής (2008-2017)

## Έλλειψη χρόνου



Διάγραμμα 19. Ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω έλλειψης χρόνου (2008-2017)

**Πηγή:** Eurostat 2018



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι γεγονός ότι η οικονομική κρίση που έκανε την εμφάνιση της το 2009 προκάλεσε και συνεχίζει να προκαλεί χρηματοοικονομικές δυσχέρειες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αρκετές κυβερνήσεις λόγω του υψηλού δημόσιου χρέους υποχρεώθηκαν να λάβουν μέτρα εφαρμόζοντας πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής και υιοθέτησαν μεταρρυθμίσεις προκειμένου να βελτιώσουν την κατάσταση που είχε δημιουργηθεί. Τα μέτρα που έλαβαν είχαν ως στόχο την μείωση των κρατικών δαπάνων. Έτσι πήραν μέτρα που αφορούσαν (α) στο ανθρώπινο δυναμικό με μειώσεις μισθών, απολύσεις στον δημόσιο τομέα με αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας, την επιβάρυνση των νοικοκυριών (β) στα Συστήματα υγείας με μέτρα όπως την συγχώνευση των Νοσοκομείων, κατάργηση υπηρεσιών υγείας, μείωση του υπάρχοντος προσωπικού, αποφυγή νέων προσλήψεων, επιβολή χρεώσεων στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα των προσπαθειών που έγιναν είχαν αρνητικές επιπτώσεις όπως την αύξηση των φόρων, την μείωση της ανάπτυξης, τα εισοδήματα των πολιτών μειώθηκαν με αποτέλεσμα να μειωθεί η κατανάλωση, να ενισχυθούν οι ανισότητες στην κοινωνία με συνέπεια τη διαφοροποίηση του επίπεδου διαβίωσης των νοικοκυριών, το ΑΕΠ μειώθηκε, μειώθηκε η απασχόληση, σημειώθηκε μεγάλη αύξηση της ανεργίας και αποδομήθηκαν οι εργασιακές σχέσεις.

Τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από την μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία είχαν επιπτώσεις στην ήδη υπάρχουσα προβληματική λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων. Τα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν προβλήματα σχετικά με την χρηματοδότησή τους. Οι δαπάνες της υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π από το 2000 μέχρι το 2009 σε όλες τις χώρες της ΕΕ είχαν αυξητικές τάσεις με τις 4 υπό μελέτη χώρες (Ελλάδα,, Ισπανία, Πορτογαλία και την Ιρλανδία) να εμφανίζουν την μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με τον μέσο όρο της ΕΕ. Από το 2009 και μετά οι δαπάνες υγείας παρέμειναν σταθερές για τον μέσο όρο των 27 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιθέτως στις 4 χώρες (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία και την Ιρλανδία) σημειώθηκε μείωση των δαπανών για την υγεία.

Λόγω των επιβαρύνσεων που επιβλήθηκαν στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και επιπλέον οι ασφαλιστικοί φορείς δεν κάλυπταν επαρκώς τους ασφαλισμένους, άτομα με χαμηλά εισοδήματα οδηγήθηκαν να περιορίσουν τη χρήση αυτών των υπηρεσιών, με

αποτέλεσμα να αυξηθούν τα άτομα που δεν είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Συνέπεια της μείωσης των προϋπολογισμών για την υγεία ήταν η αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών ανά κάτοικο για το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής ένωσης από το 2009 έως το 2016. Στην αύξηση στις δαπάνες των νοικοκυριών οδήγησε η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, στην φαρμακευτική δαπάνη και γενικά η υποβάθμιση που σημειώθηκε γενικότερα στη δημόσια υγεία που είχε ως αποτέλεσμα να δαπανήσουν τα νοικοκυριά περισσότερα χρήματα σε ιδιωτικά νοσοκομεία ή κλινικές με αποτέλεσμα την φτωχοποίηση των νοικοκυριών.

Επίσης οι συνέπειες της κρίσης άρχισαν να κάνουν την εμφάνιση τους στην υγεία των πολιτών. Η απώλεια της εργασίας τους ή ο φόβος που δημιουργήθηκε προκάλεσε ψυχικές διαταραχές όπως άγχος, κατάθλιψη, εθισμό σε ουσίες και κάποιοι άλλοι υιοθέτησαν ανθυγιεινό τρόπο ζωής ή αύξησαν την κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Οι θάνατοι από ψυχικές διαταραχές αυξήθηκαν μετά το 2009. Από το 2010 παρατηρήθηκε μια μικρή αύξηση των αυτοκτονιών για τις 4 υπό μελέτη χώρες, παρόλο που ο μέσος όρος των αυτοκτονιών από το 2009 και μετά στην Ε.Ε μειώθηκε.

Κατά την διάρκεια της κρίσης έγιναν αρκετές προσπάθειες για την αναδιοργάνωση των παρεχομένων υπηρεσιών και τη βελτίωση των υγειονομικών και ασφαλιστικών συστημάτων. Φυσικά απαιτείται ένα οργανωμένο σχέδιο με στόχο την περαιτέρω βελτίωση του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση τη βελτίωση υγείας των πολιτών της.

Θα πρέπει η υγεία να αποτελέσει τη βασικότερη επένδυση και με βάση τα θετικά που έχουν γίνει ως τώρα να εφαρμοστούν και άλλα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην ανακατανομή των πόρων, στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την προώθηση της πρόληψης, ώστε να εξασφαλιστεί η κοινωνική ευημερία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ, Λ. (2008) "Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία", *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2) : 109-120

ΕΥΜΟΡΦΙΔΟΥ, Π., (2009), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα .Κριτική της εξέλιξης της και οι προκλήσεις του μέλλοντος, *Διοικητική ενημέρωση*, 50, 76-87  
VRACHATIS, D. A., & PAPANICOLAOU, A. (2012). "Primary Health Care in Greece: Current Data and Perspectives", *Nosileftiki*, 51(1)

Ν. Κακαλέτσης, Α. Ιωαννίδης, Ι. Σιγάλας, Α. Χατζητόλιος. Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα .Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις  
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013

ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ, Μ. (2010) Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας. Επιθεώρησης Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης, *NB(12/622):1097-1108*

Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση (Μ.Καλογεροπούλου, 2018).

Πολύζος. Ν Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών υγείας

Χλέτσος. Μ Οικονομικά της υγείας 2011 ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014

Ν. 4238/2014

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

ACSS. Balanço Social Global do Ministério da Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2013. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde/Ministério da Saúde, 2014.

Ahmad S, Franz GA. Raising taxes to reduce smoking prevalence in the US: a simulation of the anticipated health and economic impacts. *Public Health* 2008; 122: 3-10.

Almeida JMCd, Xavier M. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º

Andrews E, Uchitelle L. Rescues for homeowners in debt weighed.  
<http://www.nytimes.com/2008/02/22/business/22homes.html?pagewanted=all> (accessed Feb 7, 2013)

ASF (2016). *Estatísticas de Seguros 2015 [Insurance Statistics 2015]*. Lisbon, Portuguese Authority for Insurance and Pension Funds Supervision ([http://www.asf.com.pt/ISP/Estatisticas/seguros/estatisticas\\_anuais/historico/ES2015/EstatSeguros2015.pdf](http://www.asf.com.pt/ISP/Estatisticas/seguros/estatisticas_anuais/historico/ES2015/EstatSeguros2015.pdf), accessed 20 October 2016).

Health in Europe Financial crisis, austerity, and health in Europe Marina Karanikolos, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P Mackenbach, Martin McKee

Augusto GF. Mental health in Portugal in times of austerity. *The Lancet Psychiatry* 2014; 1(2): 109-10.

Bank of Greece. Bank of Greece data. Athens: Bank of Greece; 2013. (<http://www.bankofgreece.gr/Pages/en/Statistics/accounts.aspx>, accessed 29 October 2014)

Barros PP, Machado SR, Simoes Jde A. Portugal. Health system review. *Health Syst Transit* 2011; 13(4): 1-156.

Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2012;53:169–171. [PubMed]

Catalano R, Bellows B. Commentary: if economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *Int J Epidemiol* 2005; 34: 1212–13.

Chouvarda I, Maglaveras N (2015). Medical informatics education and research in Greece. *Yearbook of Medical Informatics*, 10(1):220–226.

Creed P, Morvai V, Nagy I. Health risk of unemployment. *Central Eur JOEM* 1999; 5: 91–112.

CSO (2013c). Survey on income and living conditions (SILC): 2011 and revised 2010 results. Dublin, Central Statistics Office.

Cylus J, Mladovsky P, McKee M. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health Serv Res* 2012; 47: 2204–24.

Cylus, L., Mladovsky, P., and McKee, M. (2012), Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries, *Health Services Research*, Vol. 47, No. 6, pp. 2204–2224

Da Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Braganca F, da Silva JA, Cabrita J. Primary nonadherence in Portugal: findings and implications. *International journal of clinical pharmacy* 2015; 37(4): 626-35.

Davaki K, Mossialos E. Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005;30(1–2):143–167. [PubMed]

Davies SC. On the state of the public's health 2011. London:Department of Health, 2012.

Delaney L, Egan M, O'Connell N (2011). The experience of unemployment in Ireland: a thematic analysis. Dublin, University College Dublin (Geary WP2011/16).

Department of Health (2012a). Health in Ireland: key trends 2012. Dublin, Department of Health.

Department of Public Expenditure and Reform (2012a). Expenditure report 2013. Dublin, Department of Public Expenditure and Reform.

DGS. Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal 2009/2013. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde Page 13 of 17 13 Ministério da Saúde, 2014.

DGO (2017). DGO orçamento [website] (<http://www.dgo.pt/Paginas/default.aspx>, accessed 31 January 2017).

Dore MH, Singh RG. The global financial crisis and the Great Recession of 2007–2009. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences* 2010;14(3):317–42.

Dormont B, Grignon M, Huber H (2006). Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*, 15: 947–963.

Duffy D, Timoney K (2013). Quarterly economic commentary: spring 2013. Dublin, Economic and Social Research Institute. 36

Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research* 2008;21(1):40–59.

Economou C. The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: "economic crisis" versus "system-specific deficits" driven reform. *Social Theory*. 2012;2:33–69.

Economou C. Greece: health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12(7):1–180. [PubMed]

Economou M, et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*. 2012;145(3):308–14. [PubMed]

ELSTAT. The Greek economy. Athens: Hellenic Statistical Service; 2014.

ERS (2016c). *Estudo sobre a Reestruturação da ADSE [Report on ADSE restructuring]*. Oporto, Health Regulatory Agency. European Central Bank. Long-term interest rate statistics for EU Member States. Brussels: European Central Bank; 2013. (<http://www.ecb.int/stats/money/long/html/index.en.html>, accessed 29 October 2014)

European Commission. Eurostat database. 2016.



European Commission. Eurostat statistics database 2012.  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)(accessed Feb 12, 2013).

Eurostat (2016a). *Eurostat database*. Luxembourg, European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, accessed 20 June 2016).

Eurostat, 2017. <http://ec.europa.eu>.

Eurostat. Euro area unemployment rate at 11.8%, EU27 at 10.7% issued by Eurostat Press Office on January 2013. Luxembourg: European Commission, Eurostat; November 2012.

Eurostat. Self-perceived health by sex, age and labour status, Last update: 27-03-2015. 2015.

Eurostat. Statistics database: European Commission, 2015.

Eurostat. Eurostat statistics database 2013. Luxembourg: Eurostat; 2013. (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, accessed 29 October 2014)

Eurostat (2015). *ILC Survey on Income and Living Conditions*. Luxembourg, European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/maintables>, accessed 7 January 2017).

Eurostat (2017a). Europe 2020 Indicators. Europe 2020 Strategy [online database]. Luxembourg, Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/europe-2020-indicators/europe-2020-strategy/main-tables>, accessed 30 November 2017).

Eurostat (2017b). Government Finance and EDP Statistics [online database]. Luxembourg, Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/government-finance-statistics/data/main-tables>, accessed 30 November 2017).

Eurostat (2017d). Population and Social Conditions [online database]. Luxembourg, Eurostat ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_and\\_social\\_conditions](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_social_conditions), accessed 30 November 2017).

Gemmill MC, Thomson S, Mossialos E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health* 2008; 7: 12.

Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health* 2013; 23: 103–08.

Gomes C. Metade dos médicos dizem que doentes faltam mais às consultas devido a custos. *Jornal Médico*. 2014. Page 12 of 17

Gorecki P et al. (2012). Delivery of pharmaceuticals in Ireland: getting a bigger bang for the buck. Dublin, Economic and Social Research Institute (ESRI Research Series 24).

Government of Ireland (2009). Statutory Instrument No. 262 of 2009: health professionals (reductions of payments to general practitioners) regulations 2009. Dublin, The Stationery Office.

Government of Ireland (2010). Statutory Instrument No. 638 of 2010: health professionals (reductions of payments to general practitioners) regulations 2010. Dublin, The Stationery Office.

Government of Ireland (2011a). Government for national recovery 2011–2016. Dublin, Stationery Office.

Government of Ireland (2011b). Statutory Instrument No. 556 of 2011: health professionals (reductions of payments to general practitioners) regulations 2011. Dublin, The Stationery Office.

Government of Ireland (2013b). Health (Pricing and Supply of Medical Goods) Act 2013. Dublin, Stationery Office.

Greek financial crisis and the effects on health care system · January 2014 Dimitris Niakas Professor Hellenic Open University

Gonzalez López-Valcarcel B, Barber P (2017). Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(1):13–21.

Gusmão R, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, de Almeida JMC. Depressive disorderburden: global epidemiological issues and information needs in Portugal. *Acta Médica*

Health Insurance Authority (2013). May newsletter. Dublin, Health Insurance Authority.

Hernández-Plaza S, Padilla B. Final Report Summary - PSYSPOCUC - Meeting thehealthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals. Brussels: Marie Curie Actions FP7- PEOPLE- 2010-IEF (Ref. 272976), 7th Research Framework Programme, European Commission, 2014.

Hirte LE et al. (2008). The changing regional pattern of ischaemic heart disease mortality in southern Europe: still healthy but uneven progress. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4):e4.

HSE (2012b). Supplementary report December 2011. Dublin, Health Service Executive.

HSE (2013c). Performance report April 2013. Dublin, Health Service Executive.

HSE (2013d). Performance report December 2012. Dublin, Health Service Executive.

HSE (2013e). PQ 7530-13. Dublin, Health Service Executive.

HSE (2013f). Supplementary report April 2013. Dublin, Health Service Executive.38

- HSE (2013g). Supplementary report December 2012. Dublin, Health Service Executive.
- ICAP. Private health services in Greece. Athens: ICAP Group; 2010.
- ICAP. Private health services in Greece. Athens: ICAP Group; 2011.
- Idler E, Benyamini Y (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38: 21–37.
- IMF. World Economic Outlook October 2014. Legacies, Clouds, Uncertainties. Washington: International Monetary Fund, 2014.
- INE (2016a). *INE-Statistics Portugal database* (<http://www.ine.pt>, accessed 25 October 2016).
- INE (2016b). *Estatísticas do Emprego – 4.º Trimestre de 2015 [Labour Statistics – Q4 2015]*. Lisbon, INE-Statistics Portugal.
- INE (2016e). *Estatística das Receitas Fiscais, 1995–2015 [Fiscal revenue Statistics, 1995–2015]*. Lisbon, INE-Statistics Portugal.
- INE (2016f). *Conta Satélite da Saúde [Satellite Account for Health]* ([https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=249945526&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=249945526&DESTAQUESmodo=2), accessed 20 October 2016).
- INE (2017c). Labor Force Statistics [Encuesta de Población Activa] [online database]. Madrid, Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=982&capsel=986>, accessed 23 October 2017).
- INE (2017d). Demography and Population. Statistics on Death [online database] Madrid, Instituto Nacional de Estadística ([http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177008&menu=resultados&idp=1254735573002](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=resultados&idp=1254735573002), accessed 23 October 2017).
- INE (2017e). General Household Budget Survey, base 2006. Madrid, Instituto Nacional de Estadística.
- International Labour Organization. Global employment trends. Geneva: ILO; 2012. Available at: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_171679.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_171679.pdf)
- Junankar PN. Unemployment and mortality in England and Wales: a preliminary analysis. *Oxford Econ Papers* 1991; 43: 305–20.
- Kaitelidou D, et al. Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *International Journal of Health Services*. 2012b;42(4):719–738.[PubMed]

Kaitelidou D, et al. ISPOR 15th Annual European Congress. Berlin: 2012a. Efficiency of Greek hospitals: best practices of three top-performing hospitals. 3–7 November 2012. PHP95.

Katharakis G, et al. Measuring hospital efficiency: comparing DEA and SFA methods. *Reviews in Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics*. 2013;1(27):17–31.

KEELPNO. HIV/AIDS surveillance in Greece, 31-12-2012. Athens: Centre for Disease Control and Prevention; 2013.

Kentikelenis A, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*.2011;378(9801):1457–1458. [PubMed]

Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's healthcrisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014; 383(9918): 748-53.

Kentikelenis A, Karinikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M,Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457–58.

Kondo N. Socioeconomic disparities and health: impacts and path-ways. *Journal of Epidemiology* 2012;22(1):2–6.

Leopold C, Zhang F, Mantel-Teeuwisse AK, et al. Impact of pharmaceutical policy interventions on utilization of antipsychotic medicines in Finland and Portugal in times of economic recession: interrupted time series analyses. *International Journal for Equityin Health* 2014; 13: 53-.

Liaropoulos L, et al. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*. 2008;87(1):72–81.[PubMed]

Liaropoulos L, et al. Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency.*Social Cohesion and Development*. 2012;7(1):53–68.

Liaropoulos L. Economic crisis and health in Greece, 2009–2012. *BMJ*. 2012;345:e7988. [PubMed]

Madeira M. Tentativas de suicídioaumentam com a crise. Público. 201307.01.2013.

Makela P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in2004. *Addiction* 2009; 104: 554–63.

Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed menand women during a period of rapidly increasing unemployment.*Lancet*1996; 348: 909–12.

Matsaganis M. Reeling under pressure? The welfare state and the crisis in Greece. Athens: Athens University of Economics and Business, Department of Economics; 2012. (AUEB Working Paper 1231)

McInerney M, Mellor JM. Recessions and seniors' health, healthbehaviors, and healthcare use: analysis of the Medicare Cur-rent Beneficiary Survey. *Journal of Health Economics* 2012;31(5):744–51.

Mental Health Commission (2013). Annual report of the Mental Health Commission including the report of the Inspector of Mental Health Services. Dublin. Mental Health Commission.

Michas G, Micha R. Road traffic accidents in Greece: have we benefited from the financial crisis? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2013;67(10):894. [PubMed]

Ministry of Health and Social Solidarity. ESYnet database. Athens: Ministry of Health and Social Solidarity; 2012a.

Ministry of Health and Social Solidarity. Report on the outcomes of Ministry of Health and its health units, 2011. Athens: Dionikos; 2012b. March 2012 [in Greek]

Ministry of Labour Social Insurance and Welfare. National Insurance Registry "ATLAS". Athens: Ministry of Labour, Social Insurance and Welfare; 2014. ([www.idika.gr/files/atlas\\_final\\_V2.pdf](http://www.idika.gr/files/atlas_final_V2.pdf), accessed 2 November 2014) [in Greek]

Ministry of Finance [Ministerio de Hacienda y Administraciones Pùblicas] (2010a). *Stability Programme for the Kingdom of Spain (update 2009–2013)*. Madrid, Ministerio de Hacienda y Administraciones Pùblicas (<http://www.minhAFP.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Programas%20de%20Estabilidad/Programa%20de%20Estabilidad%202009-2013.pdf>, accessed 17 November 2017).

Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012.

Morgan D, Astolfi R. Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected? Paris: Organisation for Co-operation and Development; 2013. (OECD Working Paper N60)

Morris J, Cook D, Shaper G. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994; 308: 1135–39.

Moser KA, Jones DR, Fox AJ, Goldblatt PO. Unemployment and mortality: further evidence from the OPCS longitudinal study 1971–81. *Lancet* 1986; 327: 365–67.

MSSSI (2018b). Press Release 20 June 2018 [Nota de Prensa 20 Junio 2018]. Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (<https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4336>, accessed 25 June 2018)

MSSSI (2015c). *Public Health Care Spending Statistics 2013. Main Results*. Madrid, Ministry of Health, Social Services and Equality (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>, accessed September 2017).

MSSSI (2017g). Spanish Health Accounts System, 2015 (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>, accessed 11 December 2017)

MSSSI (2017h). Public Health Care Spending Statistics 2015. Main Results [Estadística de Gasto Sanitario Público 2015: Principales resultados]. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>, accessed 23 October 2017)

MSSSI (2017i). Medical prescription statistics 2017. Ministry of Health, Social Services and Equality, [on line report] (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>, accessed 11 December 2017)

Muižnieks N. Report of the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe following his visit to Portugal from 7 to 9 May 2012. Strasbourg: Council of Europe, 2012.

Newhouse JP, Rand Corporation Insurance Experiment Group. Free for all?: lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

NIAKAS, D., (2013) "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, vol 43, No 4, p.597 – 602  
Μάλλιαρης, 1990

Nolan B, Wiley M (2000). Private practice in Irish public hospitals. Dublin, Economic and Social Research Institute (General Research Series 175).

Obstfeld M, Rogoff K. Global imbalances and the financial crisis: products of common causes. Federal Reserve Bank of San Francisco Asia Economic Policy Conference; Santa Barbara, CA, USA; Oct 18–20, 2009.

OECD (2012b). Health statistics 2012. Paris, Organisation for Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, accessed 5 November 2014).

OECD (2013). Health statistics 2013. Paris, Organisation for Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, accessed 5 November 2014).

OECD. Health at a Glance 2015. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015.

OECD. Health at a Glance: Europe 2014. Paris: OECD Publishing, 2014.

OECD. Health statistics. Paris: Organisation for Co-operation and Development; 2013. (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, accessed 5 November 2014)

OECD..Relatório de Primavera 2013 - Duas Faces da Saúde. Coimbra, 2013.

OECD (2015a). *In It Together: Why Less Inequality Benefits All*. Paris, OECD Publishing ([http://www.oecd-ilibrary.org/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefitsall\\_9789264235120-en](http://www.oecd-ilibrary.org/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefitsall_9789264235120-en), accessed 7 January 2017).

Oireachtas (2012a). Dáil question response from Minister of State at the Department of Health (Ms Lynch) to Deputy Róisín Shortall for written answer on 21 February 2013 (Parliamentary Question Ref 9490/13). Dublin, Oireachtas ([www.oireachtas.ie](http://www.oireachtas.ie)). <http://oireachtasdebates.oireachtas.ie/debates%20authoring/debateswebpack.nsf/takes/dail2013022100075?opendocumentWRAA01200>, accessed 29 October 2014).

OPSS. Relatório de Primavera 2014 - Síndrome de Negação. Coimbra, 2014.

Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health:meta-analyses. *J Vocational Behav*2009; 74: 264–82.

Pita Barros P. Health policy reform in tough times: the case ofPortugal. *Health Policy* 2012; 106: 17–22.

Pita Barros P. Pharmaceutical market reforms in Portugal under the memorandum of understanding. *Eurohealth*2012; 18: 33–36.

Polyzos N, et al. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. *Health Policy*. 2013;109:14–22. [PubMed]

Portugal Go, IMF, EC, ECB. Portugal: Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality. 2011.

Portuguesa 2005; 18(2): 129-46. ONDR. Prevenir a Doença, Acompanhar e Reabilitar o Doente. Lisboa, 2013.

Rabinovich L, Brutscher P, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Cambridge, RAND Europe, 2009.

Ramos P, Almeida A. The Impact of an Increase in User Costs on the Demand for Emergency Services: The Case of Portuguese Hospitals. *Health economics* 2015.

Rechel B, et al. Economic crisis and communicable disease control in Europe: a scoping study among national experts. *Health Policy*. 2011;103:168–175. [PubMed]

Reichert A, Tauchmann H. The causal impact of fear of unemployment on psychological health. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2011.

Redaccion Médica (2018). Montón summons the Interterritorial Council 28th June on universality. 25 June 2018 [Montón convoca un Interterritorial el 28 de junio sobre universalidad. 25 Junio 2018]

(<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidadhoy/monton-convoca-un-interterritorial-el-28-de-junio-sobre-sanidad-universal-4194>, accessed 25 June 2018).

Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013.

Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. *Demography*2008; 44: 829–48.

Ruhm CJ. Are recessions good for your health? *Q J Econ* 2000;115: 617–50.

- Ruhm CJ. Good times make you sick. *J Health Econ* 2003; 22: 637–58.
- Sakellarides C, Castelo-Branco L, Barbosa P, Azevedo H. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. Geneva: World Health Organization, 2014.
- Santana P, Costa C, Cardoso G, Loureiro A, Ferrao J. Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & place* 2015; 35: 85-94.
- Siskou O, et al. Investigating the economic impacts of new public pharmaceuticals policies in Greece: focusing on price reductions and cost sharing rates. *Value in Health*. 2013;16(7):A470. [PubMed]
- Siskou O, et al. Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy*. 2008;88:282–293. [PubMed]
- Siskou O, Kaitelidou D, Economou C. Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. *European Journal of Health Economics*. 2009;10:467–474. [PubMed]
- Smith S (2010a). Equity in Irish health care financing: measurement issues. *Health Economics, Policy and Law*, 5: 149–169.
- Strupczewski J. Greek 2009 deficit revised higher, euro falls. Reuters. 2010 22 April ([www.reuters.com/article/2010/04/22/us-eu-deficits-idUSTRE63L1G420100422](http://www.reuters.com/article/2010/04/22/us-eu-deficits-idUSTRE63L1G420100422), accessed 29 October 2014)
- Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* 2010; 340: c3311.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011;378: 124–25.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374(9686):315–23.
- Stuckler D, King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Medicine*. 2008;5(7):e143. [PMC free article] [PubMed]
- Stuckler D, Meissner C, Fishback D, Basu S, McKee M. Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1929–1937. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: 410–19.
- Suhrcke M, Stuckler D (2012). Will the recession be bad for our health? It depends. *Social Science & Medicine*, 74: 647–653.
- Suhrcke M, Stuckler D, Leone T (2009). Recession and health in Europe: what to expect? Brussels, European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.40



Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS One* 2011; 6: e20724.

Svensson M, Meissner CM, King LP. Can a bank crisis break your heart? *Global Health* 2008; 4: 1.

The impact of the crisis on the health system and health in Greece Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Alexander Kentikelenis, Anna Maresso, and Aris Sissouras *Lancet* 2013; 381: 1323–31

Thomas S et al. (2012). Resilience of the Irish health system: surviving and using the economic contraction. Dublin, Trinity College Dublin (Year 1 report of the Resilience Project).

Thomas S, Burke S (2012). Coping with austerity in the Irish health system. *Eurohealth*, 18: 7–9.

Thomas S, Ryan P, Normand C (2010). Effective foundations for the financing and organisation of social health insurance in Ireland. Dublin, the Adelaide Hospital Society.

Thomson S, Jowett M, Mladovsky P, eds. (2012). Health system responses to financial pressures in Ireland: policy options in an international context. Copenhagen,

Townsend J. Price and consumption of tobacco. *Br Med Bull* 1996;52: 132–42.

Tripsa T, et al. Recording and evaluation of issues encountered in the use of public health services in Greece. Athens: IPSOS; 2012. (<http://www.ipsos.com/content/ipsos-greece>, accessed 29 October 2014)

Tsavalias K. Factors affecting the performance of the public hospital sector and proposals for restructuring hospitals. Athens: National and Kapodestrian University of Athens; 2013. [PhD thesis]

Van Doorslaer et al. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19: 553–583.

Vandoros S, et al. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health*. 2013;23(5):727–731. [PubMed]

Wade R. From global imbalances to global reorganisations. *Cambridge J Econom* 2009, 33: 539–62.

Wagstaff A, van Doorslaer E, Calonge S, et al. Equity in the finance of health care: some international comparisons. *J Health Econ* 1992;11: 361–87.

Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012; 11: 139–45.

Watson D, Williams J (2001). Perceptions of the quality of health care in the public and private sectors in Ireland. Dublin, University College Dublin (Report to the Centre for Insurance Studies, Graduate Business School, University College Dublin).

WHO Regional Office for Europe for the European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/260088/Health-system-responses-to-financial-pressures-in-Ireland.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/260088/Health-system-responses-to-financial-pressures-in-Ireland.pdf), accessed 29 October 2014).

WHO Regional Office for Europe. Interim report on implementation of the Tallin Charter. Copenhagen: World Health Organization, 2011.

WHO Regional Office for Europe. Health for All database. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2014. [online/offline database] (<http://data.euro.who.int/hfadb>, accessed 2 November 2014)

WHO. European health for all database. In: Europe WROf, editor. Copenhagen:World Health Organization; 2015.

WHO Regional Office for Europe (2017). European Health for All database (online database).Copenhagen, World Health Organization (<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>accessed 23 October 2017).

WHO (2017b). Global Health Expenditure database [online database] (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; accessed 25 October 2017).

WHO Regional Office for Europe (2016b). *Greece: highlights on health and well-being*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/308835/Highlights-Health-Well-being-Greece.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/308835/Highlights-Health-Well-being-Greece.pdf?ua=1), accessed 4 April 2018).

UGT (2017). Job insecurity dominates everything [La precariedad laboral lo domina todo]. Madrid, Secretarva de Polvticas Sociales, Empleo y Seguridad Social, Uniton General deTrabajadores ([http://portal.ugt.org/actualidad/2017/NEG\\_COL\\_NUM\\_30/1\\_doc.pdf](http://portal.ugt.org/actualidad/2017/NEG_COL_NUM_30/1_doc.pdf),accessed 13 November 2017).

Wren M-A (2004). Health spending and the black hole. Dublin, Economic and Social Research Institute (Quarterly Economic Commentary) ([http://www.esri.ie/pdf/QEC0904SA\\_Wren.pdf](http://www.esri.ie/pdf/QEC0904SA_Wren.pdf), accessed 29 October 2014).

Yur'yev A, Varnik A, Varnik P, Sisask M, Leppik L. Role of socialwelfare in European suicide prevention. *Int J Soc Welfare* 2011;21: 26–33.

Zavras D, et al. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*. 2012;23(2):206–210. [PubMed]

