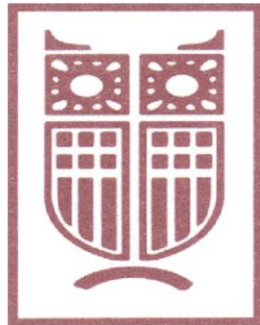


ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Κοινωνικό Κράτος και Αγορά Υγείας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ευστράτιος Κορμπάκης

Αθήνα, 2017

Τριμελής Επιτροπή

Τρύφωνας Κωστόπουλος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων)

Γεράσιμος Καραμπελιάς, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Μιλτιάδης Κήπας, Αναπληρωτής Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Ευστράτιος Κορμπάκης, 2017

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς το συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δε δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εκπονήθηκε από τον Ευστράτιο Κορμπάκη, μεταπτυχιακό φοιτητή του Παντείου Πανεπιστημίου, στο πρόγραμμα σπουδών «Ελληνική και Ευρωπαϊκή κοινωνία».

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον επιβλέποντα καθηγητή μου Τρύφωνα Κωστόπουλο, για το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που επέδειξε, την καθοδήγησή του και την απεριόριστη συμπαράσταση.

Ευχαριστώ επίσης τους εξαιρετους καθηγητές, Γεράσιμο Καραμπελιά και Μιλτιάδη Κήπα, οι οποίοι δέχτηκαν να αποτελέσουν μέλη της τριμελούς επιτροπής παρακολούθησής μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω επίσης στη σύζυγό μου Νότα για την αγάπη και τη συμπαράσταση, καθώς και στη μικρή μας Εύα που μας δίνει δύναμη και χαρά.

Περιεχόμενα

συντομογραφίες.....	8
περίληψη.....	9
κεφάλαιο πρώτο – κοινωνικό κράτος.....	11
1.1. το κοινωνικό κράτος.....	11
1.2. Κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη.....	12
1.2.1. Το μεταπολεμικό κοινωνικό κράτος στη Δυτική Ευρώπη	12
1.2.2. Το μεταπολεμικό κράτος στην Ανατολική Ευρώπη.....	14
1.2.3. Το κοινωνικό κράτος στη μεταπολεμική Ελλάδα.....	16
Κεφάλαιο δεύτερο – αγορά υγείας.....	19
2.1. Η αγορά υγείας.....	19
2.2. Η αγορά υγείας και το κοινωνικό κράτος.....	21
2.3 Η αγορά υγείας στην Ελλάδα.....	23
Κεφάλαιο τρίτο – κοινωνικό κράτος, ο ρόλος του.....	24
3.1. Ο ρόλος του κοινωνικού κράτους.....	24
3.2. Η χρηματοδότηση του κοινωνικού κράτους.....	27
3.3. Το κόστος του κοινωνικού κράτους.....	29
Κεφάλαιο τέταρτο – κοινωνική ασφάλιση.....	30
4.1. Η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης.....	30
4.2. Χρηματοδότηση Ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης...32	
Κεφάλαιο πέμπτο – εργασιακές σχέσεις.....	34
5.1. Κοινωνικό κράτος και εργασιακές σχέσεις.....	34
5.2. Εργασιακές σχέσεις στην Ελλάδα.....	35
5.3. Τι κοινωνικό κράτος θέλουμε.....	38
Κεφάλαιο έκτο – η αγορά υγείας σήμερα.....	39

6.1. Η αγορά υγείας σήμερα.....	39
6.2. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.....	41
6.3. Το νέο σχέδιο για τη δημόσια πρωτοβάθμια υγεία.....	43
6.4. Αγορά υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση – το παράδειγμα της Σουηδίας...	45
6.5. Πόροι του Σουηδικού συστήματος υγείας.....	49
6.6. Εθνική Ασφάλιση Υγείας.....	49
6.7. Συμμετοχή ασθενών.....	50
6.8. Φαρμακευτική δαπάνη.....	51
6.9. Ιδιώτες γιατροί.....	52
6.10. Συμπεράσματα για την αγορά υγείας στη Σουηδία.....	52
Κεφάλαιο έβδομο – η Ελληνική αγορά υγείας.....	53
7.1. Πως πρέπει να δομηθεί η αγορά υγείας στην Ελλάδα.....	53
7.2. Η πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	54
7.3. Το Ελληνικό σύστημα υγείας την περίοδο πριν την ένταξη στα μνημόνια..	55
7.4. Η αγορά υγείας την περίοδο της κρίσης.....	57
7.5. Οι επιπτώσεις των μνημονίων στην αγορά υγείας.....	60
Κεφάλαιο όγδοο – δαπάνες υγείας.....	61
8.1. Χρηματοδοτικό βάρος των ασφαλισμένων.....	61
8.2. Επίπεδο υγείας των πολιτών.....	63
8.3. Ίση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.....	65
8.4. Προβληματισμοί.....	66
8.5. Συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	67
8.6. Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	67
Κεφάλαιο ένατο – δείκτες υγείας.....	78
9.1. Υγεία – δείκτες ΟΟΣΑ.....	78

Κεφάλαιο δέκατο – προοπτικές κοινωνικής ασφάλισης.....	82
10.1. Κοινωνικό κράτος και κοινωνική ασφάλιση – προοπτικές.....	82
10.2. Πολιτοκεντρική προσέγγιση ασφαλιστικού συστήματος.....	83
10.3. Δημογραφικός παράγοντας.....	84
10.4. Δομή ασφαλιστικού συστήματος.....	84
10.5 Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης - θεμελιώδεις αρχές.....	86
10.6. Τρίτος πυλώνας – ανάπτυξη.....	88
10.7. Εισφοροδιαφυγή.....	89
10.8. Διαχείριση περιουσιακών στοιχείων ασφαλιστικών οργανισμών.....	90
10.9. Αντιστοίχιση περιουσιακών στοιχείων και υποχρεώσεων.....	90
10.10. Εύρεση κατάλληλων επενδύσεων.....	91
10.11. Διακυβέρνηση Ασφαλιστικών Οργανισμών.....	92
Κεφάλαιο ενδέκατο – αγορά φαρμάκου.....	92
11.1. Οι συνέπειες των τελευταίων εξελίξεων στην αγορά φαρμάκου.....	92
11.2. Εταιρείες φαρμάκου.....	95
Κεφάλαιο δωδέκατο – υγεία και ανάπτυξη.....	97
12.1. Η υγεία ως μοχλός ανάπτυξης.....	97
12.2. Τουρισμός υγείας και ευεξίας.....	97
12.3. Ο ρόλος των ιδιωτών.....	98
12.4. Το φάρμακο ως κοινωνικό αγαθό.....	99
12.5. Ιδιωτική αγορά υγείας και ανάπτυξη.....	100
Επίλογος.....	100

Πίνακες

Πίνακας πρώτος - Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών για την υγεία.....61

Πίνακας δεύτερος – αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας των πολιτών στην Ελλάδα την περίοδο 2004 – 2013.....64

Πίνακας τρίτος – ποσοστό ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας λόγω τιμής.....65

Πίνακας τέταρτος – συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας.....69

Πίνακας πέμπτος – χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές.....70

Πίνακας έκτος – χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας ανά φορέα.....72

Πίνακας έβδομος – χρηματοδότηση φορέων στους προμηθευτές.....74

Πίνακας όγδοος – συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας.....77

Διαγράμματα

Διάγραμμα πρώτο – δαπάνες υγείας ως ποσοστό ΑΕΠ.....67

Διάγραμμα δεύτερο – κατά κεφαλή δαπάνες.....68

Διάγραμμα τρίτο – κατανομή χρηματοδότησης ιδιωτικού τομέα υγείας.....71

Διάγραμμα τέταρτο – χρηματοδότηση υγειονομικής δαπάνης 2011 – 2015...73

Διάγραμμα πέμπτο – συνολική δαπάνη υγείας 2010 – 2015.....75

Διάγραμμα έκτο – δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης.....76

Διάγραμμα έβδομο – σύνολο χρηματοδότησης υγείας 2011- 2015.....77

Συντομογραφίες

ΑΕΠ = Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

ΕΛΣΤΑΤ = Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΟΠΥΥ = Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ = Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΙΚΑ = Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΚΕΑΟ = Κέντρο Είσπραξης Ασφαλιστικών Οφειλών

ΚΕΝ = Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλειο

ΚΕΠΕ = Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

ΝΑΤ = Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο

ΟΑΕΕ = Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

ΟΓΑ = Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΕΕ = Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας

ΟΕΚ = Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας

ΟΟΣΑ = Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΠΑΔ = Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

ΠΕΔΥ = Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΠΟΥ = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΕΠΕ = Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας

ΤΕΒΕ = Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας

ΤΟΜΥ = Τοπικές Μονάδες Υγείας

ΤΥΔΚΥ = Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων

ALM = Asset Liability Management

NHS = National Health System

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην διπλωματική εργασία που ακολουθεί θα μιλήσουμε για το κοινωνικό κράτος και την αγορά υγείας. Η υγεία αποτελεί ίσως τον βασικότερο πόλο του κοινωνικού κράτους, το οποίο πρέπει να δίνει ιδιαίτερη σημασία σε αυτό τον τομέα.

Η έννοια του κοινωνικού κράτους απέκτησε ειδική βαρύτητα μετά τον β' παγκόσμιο πόλεμο. Πρόκειται στην ουσία για τον συμβιβασμό που υπήρξε στη μεταπολεμική Ευρώπη μεταξύ του κεφαλαίου και του κόσμου της εργασίας. Σε κάθε ανεπτυγμένη χώρα δημιουργήθηκε ένα πλέγμα κρατικής προστασίας στην υγεία, την παιδεία, την ασφάλιση και τη στέγαση. Στόχος ήταν η εξασφάλιση της ισορροπίας και της κοινωνικής συνοχής, μέσω της παροχής κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων στα ασθενέστερα στρώματα. Το κοινωνικό κράτος χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία, ενώ ένα μεγάλο μέρος των δραστηριοτήτων του, παρέχεται από την τοπική αυτοδιοίκηση και τοπικούς θεσμούς.

Στο Ελληνικό σύνταγμα η έννοια του κοινωνικού κράτους ορίζεται από το άρθρο 25 και αναφέρει. «Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν.»

Ένας από τους τομείς που παρεμβαίνει το κοινωνικό κράτος είναι και ο τομέας της αγοράς υγείας. Η υγεία ως υπέρτατο αγαθό για τον άνθρωπο δεν πρέπει να υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς, αφού κάτι τέτοιο δημιουργεί έντονες ανισότητες. Η υγεία θεωρείται δημόσιο αγαθό και το κράτος οφείλει να παρεμβαίνει ώστε κάθε πολίτης του να λαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας, με βάση τις ανάγκες του και όχι το εισόδημά του. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Υπηρεσίες υγείας όμως για όσους ασχολούνται με την αγορά υγείας θεωρούνται οι προληπτικές και θεραπευτικές ιατρικές φροντίδες καθώς και όλοι οι μηχανισμοί παροχής τους.

Στην παρούσα εργασία θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε την έννοια του κοινωνικού κράτους, εμβαθύνοντας στον τομέα της αγοράς υγείας. Θα μιλήσουμε για τις βασικές εκφράσεις του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη, αλλά και ειδικότερα στην Ελλάδα, ενώ θα δούμε πως λειτουργεί η αγορά υγείας και πως μπορεί να παρέμβει το κράτος στη λειτουργία της, εξασφαλίζοντας τόσο την υγεία των πολιτών,

όσο και τα δημοσιοοικονομικά μεγέθη. Επίσης θα δούμε τις συνέπειες της κρίσης που βιώνει η χώρα μας στους παραπάνω τομείς, καθώς και τις προοπτικές που υπάρχουν.

ABSTRACT

In the diplomatic word followed we want to talk for the society state and the health market. Health is the mainstay of the social state which should give special importance to this area.

The notion of social state gained special weight after the Second World War. It is essentially about the compromise that has occurred in post-war Europe between capital and the world of work. In each developed country, a state-wide grid for health, education, insurance and housing was created. The aim was to ensure balance and social cohesion by providing social and economic rights to the weaker strata. The welfare state is mainly funded by taxation, and much of its activity is provided by local government and local institutions.

In the Greek Constitution, the notion of social state is defined by Article 25 and states. The rights of man as a person and as a member of society as a whole and the principle of the social state are under the guarantee of the State. All state bodies are required to ensure their unimpeded and effective exercise. These rights also apply to the relations between the individuals to whom they belong.

One of the sectors involved in the welfare state is also the healthcare sector. Health as a supreme good for man should not be subject to the laws of the free market, since this creates strong inequalities. Health is considered to be a public good and the state has to intervene to ensure that every citizen receives health services on the basis of his needs rather than his income. According to the World Health Organization, health is the state of complete physical, mental and social well-being. However, health services for those involved in the healthcare are considered as preventive and curative medical care as well as all their delivery mechanisms.

In the present paper we will try to analyze the concept of the social state, deepening in the field of the health market. We will talk about the basic expressions of the social state in Europe, but especially in Greece, while we will see how the health market works and how the state can intervene in its operation, ensuring citizens' health as well as public figures. We will also see the consequences of the

crisis that our country is experiencing in the above areas, as well as the prospects that exist.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ

1.1. Το Κοινωνικό κράτος

Το κοινωνικό κράτος αποτελεί μία μορφή οργάνωσης του κράτους πρόνοιας, που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα στην Ευρώπη και συναρτάται με ιδιαίτερα οργανωτικά και κανονιστικά χαρακτηριστικά,¹ το οποίο ρυθμίζεται με συγκεκριμένη συνταγματική, νομοθετική και διοικητική – οργανωτική τυποποίηση των παροχικών και ρυθμιστικών μηχανισμών του κράτους.

Το κοινωνικό κράτος σαν έννοια περιλαμβάνει την κρατική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών προς άτομα ή νοικοκυριά, όπως είναι η κοινωνική ασφάλιση, η υγεία, η κοινωνική πρόνοια, η εκπαίδευση και η στέγαση. Αυτές οι υπηρεσίες διαχωρίζονται σε υπηρεσίες σε χρήμα και υπηρεσίες σε είδος. Οι πρώτες αναφέρονται σε χρηματικές πληρωμές από το κράτος, όπως είναι για παράδειγμα οι συντάξεις και τα επιδόματα, ενώ οι δεύτερες αναφέρονται σε εκείνες τις δραστηριότητες, όπου το κράτος παράγει άμεσα μια υπηρεσία σε είδος που είναι διαθέσιμη δωρεάν ή σε μια τιμή συμβολική, για παράδειγμα οι παροχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η δωρεάν παιδεία, οι κοινωνικές υποδομές.

Σε δεύτερο επίπεδο περιλαμβάνει την κρατική ρύθμιση ιδιωτικών δραστηριοτήτων, ατόμων αλλά και επιχειρηματικών μονάδων που αφορούν άμεσα τις συνθήκες ζωής και τα δημόσια αγαθά. Παράδειγμα τέτοιας ρύθμισης είναι η κοινωνική νομοθεσία περί υποχρεωτικής βασικής εκπαίδευσης και η εργατική νομοθεσία.²

Το Ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο σήμερα προσπαθεί να εξισορροπήσει μεταξύ της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ελεύθερης οικονομίας. Τα κύρια

¹Schulte, 1995

² http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos.pdf - Βερναρδάκης, το κοινωνικό κράτος στη Δ. Ευρώπη

χαρακτηριστικά του είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης για τους πολίτες στις υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και εκπαίδευσης και η καθιέρωση ελάχιστων προδιαγραφών ως προς τους όρους εργασίας. Το ευρωπαϊκό κεκτημένο όπως ονομάζεται, το οποίο σήμερα αμφισβητείται και βρίσκεται σε αντιδιαστολή με την πλήρη ασυδοσία στην αγορά εργασίας και την εξασφάλιση των εργαζομένων από τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν μέσω των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία έχουν δημιουργηθεί για την προστασία τους.

Το Ευρωπαϊκό κοινωνικό κράτος είναι προσανατολισμένο στο δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στην καθολική πρόσβαση και στην κρατική χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας. Επίσης θεωρείται απαραίτητο στοιχείο για την οικονομική ανάπτυξη, την παραγωγικότητα, την ομαλή λειτουργία της οικονομίας, καθώς και για τη διατήρηση των ισορροπιών μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Έτσι υπάρχει ένα ενισχυμένο δίκτυο μηχανισμών κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ασφάλειας.

Με βάση τα παραπάνω θα μπορούσαμε να πούμε ότι κοινωνικό κράτος είναι η χρήση της κρατικής εξουσίας με σκοπό την τροποποίηση στην αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης και τη συντήρηση του μη-εργαζόμενου πληθυσμού.³

1.2. Κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη

1.2.1. Το μεταπολεμικό κοινωνικό κράτος στη Δυτική Ευρώπη

Το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου θα σημάνει και την πολιτική εξάρτηση των ευρωπαϊκών κρατών από τις δύο υπερδυνάμεις που αναδείχτηκαν μεταπολεμικά. Η Δυτική Ευρώπη θα προσδεθεί στη σφαίρα επιρροής των ΗΠΑ και το μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης που θα εφαρμόσει, χαρακτηρίζεται από τον κρατικό παρεμβατισμό και εμπνέεται από τις αντιλήψεις του Κένυς για ενεργό συμμετοχή του κράτους στην οικονομία. Το κράτος δίνει έμφαση στην εξασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ευημερίας και στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, ενώ οι δημόσιες δαπάνες έχουν ως βασική προτεραιότητα την κοινωνική ασφάλιση, την υγεία, την παιδεία και τη στέγαση. Αρκετά από τα μέτρα που πήραν τα κοινωνικά κράτη της

³ Gough Ian, η πολιτική οικονομία του κοινωνικού κράτους, σελ. 95, εκδόσεις Σαββάλα, 1998

Ευρώπης παρουσίαζαν αξιοσημείωτες ομοιότητες με τα αντίστοιχα του NewDeal της κυβέρνησης Ρούσβελτ. Εμπνευσμένα από τη συγκεκριμένη αμερικάνικη πολιτική της δεκαετίας του 30, η οποία εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση του οικονομικού κραχ του 1929 υπήρξαν μέτρα όπως: τα επιδόματα για τα δημόσια έργα, τις περιφερειακές δημόσιες επενδύσεις, τον έλεγχο τομέων της οικονομίας, την κοινωνική ασφάλιση και τα επιδόματα στους άνεργους.⁴

Στη λειτουργία της οικονομίας στην Δυτικής Ευρώπη, το κράτος μοιάζει να κατέχει το ρόλο του διαμεσολαβητή σε ένα πλαίσιο συνδιαλλαγής μεταξύ κοινωνικών τάξεων. Έτσι η δημιουργία του κράτους πρόνοιας, από την μια έχει στόχο την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ομαλότητας στην οικονομική ζωή, επιτρέποντας την διασφάλιση των επιχειρηματικών κερδών, και από την άλλη, μέσω συγκεκριμένων παροχών προς τους πολίτες, εγγυάται την ασφάλεια σε τομείς όπως, η υγεία, η παιδεία, οι συντάξεις, οι συνθήκες διαβίωσης των εργαζομένων. Εξάλλου, ένα ακόμα χαρακτηριστικό των Δυτικών κρατών ήταν πως δεν υπήρχε ένα μονάχα μοντέλο κράτους πρόνοιας. Η ποικιλία δείχνει να οφείλεται τόσο στις ιδεολογικές καταβολές των κυβερνήσεων, όσο και στην οικονομική κατάσταση των διαφορετικών κρατών, παράγοντες που επηρέαζαν το εύρος και την ποιότητα των παροχών.⁵

Πάντως βλέπουμε ότι βασική αντίληψη στη δομή του μεταπολεμικού κράτους της Δυτικής Ευρώπης είναι η άρση της εμπιστοσύνης στο φιλελευθερισμό και η καθιέρωση σε μεγάλη κλίμακα για τα δεδομένα του καπιταλιστικού συστήματος του κρατικού παρεμβατισμού. Επίσης το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της περιόδου ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους, δεν ήταν τόσο το υψηλό ποσοστό δαπανών στον κοινωνικό τομέα, αλλά ο συγκεκριμένος τρόπος ανάπτυξης του κοινωνικού, ο οποίος εξέφραζε την ευθύνη της κοινωνία απέναντι στα άτομα πολίτες της και ενίσχυε την κοινωνική αλληλεγγύη απέναντι στην ατομικότητα.⁶

⁴ <https://istoriatexnespolitismos.wordpress.com/2013/06/26/Το-μεταπολεμικό-κοινωνικό-κράτος-σύγκριση-Δυτικής-και-Ανατολικής-Ευρώπης-του-Δ.-Κωνσταντίνου>

⁵ <https://istoriatexnespolitismos.wordpress.com/2013/06/26/Το-μεταπολεμικό-κοινωνικό-κράτος-σύγκριση-Δυτικής-και-Ανατολικής-Ευρώπης-του-Δ.-Κωνσταντίνου>

⁶ Ρομπόλη Σ. – Χλέτσου Μ., η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, σελ. 22, εκδόσεις παρατηρητής, 1995

Ουσιαστικά η εμφάνιση του κοινωνικού κράτους στη Δυτική μεταπολεμική Ευρώπη αποτελεί προϋπόθεση της σταθεροποίησης του καπιταλισμού και συνοδεύεται από καθιέρωση σειράς κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων στις εργατικές και λαϊκές τάξεις που άλλοτε αποτέλεσαν κατακτήσεις από τους εργαζόμενους και άλλοτε παραχωρήσεις εκ μέρους των κεφαλαιοκρατικών τάξεων.⁷ Μέσω του σχεδίου Μάρσαλ και της οικονομικής βοήθειας που προσέφεραν οι ΗΠΑ στην κατεστραμμένη Δυτική Ευρώπη, μπόρεσε να υλοποιηθεί το πλαίσιο της ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους.

Σε αυτό συνετέλεσαν τόσο οι προσδοκίες που είχαν δημιουργηθεί για τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κάλυψης των κοινωνικών αναγκών της εργασίας, της υγείας, της στέγασης με τη συνδρομή του κράτους, όσο και η ανάγκη για την ύπαρξη καλών σχέσεων με τα συνδικάτα μέσω της υιοθέτησης πολλών αιτημάτων τους. Αυτό υπήρξε απόρροια κυρίως, της ύπαρξης του Σοβιετικού μπλοκ και της ριζοσπαστικοποίησης ενός μεγάλου κομματιού της εργατικής τάξης, το οποίο μπορούσε εν δυνάμει να καταστεί ανεξέλεγκτο εάν δεν ικανοποιηθεί ένα μέρος τουλάχιστον των διεκδικήσεων του. Στο πλαίσιο αυτό αναδύεται το κοινωνικό κράτος ως μέρος της μεταπολεμικής συμφωνίας κεφαλαίου και εργασίας, κοινωνικό κράτος που παίρνει τη μορφή ενός παρεμβατικού κράτους σε όλες τις μορφές της κοινωνικής ζωής.⁸ Πρέπει βέβαια να σημειώσουμε ότι το κοινωνικό κράτος που δομήθηκε στη Δυτική Ευρώπη δεν είχε καμία επιδίωξη οργανωμένης και κατευθυνόμενης από το κράτος οικονομίας, σε αντίθεση με την Ανατολική Ευρώπη που θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

1.2.2. Το μεταπολεμικό κράτος στην Ανατολική Ευρώπη

Στην Ανατολική Ευρώπη επικράτησε η πολιτική πρόταση της κοινωνικό – οικονομικής οργάνωσης του υπαρκτού σοσιαλισμού. Στο μοντέλο της κεντρικά σχεδιασμένης οικονομίας και της κρατικοποίησης των μέσων παραγωγής που εφαρμόστηκε και παρά τις όποιες ατέλειες υπήρχαν, βλέπουμε τη δημιουργία εθνικών συστημάτων υγείας που εξάλειψαν την παιδική θνησιμότητα και αύξησαν το

⁷ http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos.pdf - Βερναρδάκης, το κοινωνικό κράτος στη Δ. Ευρώπη

⁸ http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos.pdf - Βερναρδάκης, το κοινωνικό κράτος στη Δ. Ευρώπη

μέσο όρο ζωής. Επίσης τη δημιουργία δομών και θεσμών, όπως οι παιδικοί σταθμοί που αποσκοπούσαν στην ελάφρυνση των γυναικών από τις οικογενειακές υποχρεώσεις, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στην παραγωγή. Την αναβάθμιση της εκπαίδευσης, μέσω του εκδημοκρατισμού της παιδείας και της ελεύθερης μαζικής πρόσβασης σε όλες τις βαθμίδες της. Την εξάλειψη της ανεργίας η οποία ήταν μηδενική, τη δωρεάν πρόσβαση για όλους στο σύστημα υγείας και την αναβάθμιση των νοσοκομείων. Την εξασφάλιση στέγης για όλους, παρά το μέγεθος τόσο της καταστροφής που είχε υποστεί η Σοβιετική Ένωση από τον πόλεμο, όσο και της εσωτερικής μετανάστευσης προς τα μεγάλα αστικά κέντρα.

Στην Ανατολική Ευρώπη η πρόνοια ήταν αυτονόητη υποχρέωση του κράτους προς τους πολίτες. Στη Σοβιετική Ένωση, από το 1956, εφαρμοζόταν καθεστώς 7ωρης και 6ωρης εργάσιμης ημέρας, πενθήμερη εργάσιμη εβδομάδα. Σε όλους τους εργαζόμενους εξασφαλιζόνταν ημέρες εβδομαδιαίας ανάπαυσης και ετήσιες άδειες με αποδοχές. Η εργάσιμη εβδομάδα στη Σοβιετική Ένωση ήταν μια από τις μικρότερες στον κόσμο. Η κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων ήταν φροντίδα πρώτης προτεραιότητας του σοσιαλιστικού κράτους. Δημιουργήθηκε το καθολικό σύστημα συνταξιοδότησης. Σημαντική ιδιομορφία του συστήματος ήταν το χαμηλό όριο ηλικίας για συνταξιοδότηση (55 χρόνια για τις γυναίκες, 60 για τους άνδρες). Για να βγει στη σύνταξη ο άντρας έπρεπε να είχε δουλέψει 25 χρόνια και η γυναίκα 20.⁹

Τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές των επιχειρήσεων και των ιδρυμάτων, ενώ εκτός από τις συντάξεις και τα επιδόματα, η κοινωνική ασφάλιση προέβλεπε την επαγγελματική και τεχνική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των αναπήρων, την τακτοποίησή τους σε εργασία, τη διαμονή των ηλικιωμένων και αναπήρων σε ειδικά οικοτροφεία.

Στην Τσεχοσλοβακία η άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές ήταν τη δεκαετία του '80 τρία χρόνια, οι ασθενείς μετά από εγχειρήσεις πήγαιναν δωρεάν στα λουτρά, οι γονείς παίρνανε επιδόματα για τα παιδιά χωρίς εξαιρέσεις, υπήρχαν σπίτια με βοήθεια για τους ηλικιωμένους και η ιατρική περίθαλψη ήταν δωρεάν.¹⁰

⁹ Κομμουνιστική επιθεώρηση, τεύχος 3/2006, η υγεία πρόνοια ως κοινωνικό αγαθό, της Μαρίας Λαμπρινού

¹⁰ Κλόντζα – Γιάκοβλα Βέρα, αρχαιολόγος, συγγραφέας, μεταφράστρια από την Τσεχία, Ριζοσπάστης 29/1/2006, σελ. 22

Στις χώρες του υπαρκτού σοσιαλισμού, η υγεία, η ασφάλιση, η στέγη, ο πυρήνας δηλαδή αυτού που αποκαλούμε κοινωνικό κράτος, ήταν αποκομμένο από κάθε σχέση με την αγορά και με θεωρίες κόστους, αλλά ήταν κοινωνικό, αποκλειστικά κρατικό και με δωρεάν παροχές στον πληθυσμό, ενώ η πρόσβαση σε αυτό δεν συνδεόταν με το είδος των εργασιακών σχέσεων αλλά ήταν καθολικό κοινωνικό δικαίωμα. Το κράτος, εξασφάλιζε στους πολίτες του το δικαίωμα στην εργασία, στη μόρφωση, στην υγεία, στην προστασία σε περίπτωση πρόωρης απώλειας της ικανότητας για εργασία, στη μητρότητα, τα δικαιώματα στην παιδική και στην τρίτη ηλικία. Εξασφάλιζε με ειδικά μέτρα τη φροντίδα για τις μονογονεϊκές και τις πολύτεκνες οικογένειες.

Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι οι πολιτικές για την υγεία, την εργασία, την κατοικία και την κοινωνική ασφάλιση διαμορφώνονταν με μοναδικό κριτήριο το καθολικό κοινωνικό δικαίωμα για όλους, το οποίο όφειλε να το εξασφαλίζει το κράτος χωρίς κανενός είδους αποκλεισμό.

1.2.3. Το κοινωνικό κράτος στη μεταπολεμική Ελλάδα

Στην Ελλάδα λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη που επικράτησαν μετά τον πόλεμο, το κοινωνικό κράτος δεν αναπτύχθηκε ιδιαίτερα. Μία σειρά δεδομένων, όπως το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της παραγωγικής διαδικασίας, το χαμηλό ποσοστό της μισθωτής εργασίας, η διευρυμένη οικογένεια εμπόδισαν την ανάπτυξή του.¹¹ Οι παράγοντες αυτοί σε συνδυασμό με τις ειδικότερες Ελληνικές συνθήκες, αλλά και τη γενικότερη διεθνή κατάσταση εμπόδισαν την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους στη χώρα μας. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι τα πρώτα χρόνια μετά τον πόλεμο το κοινωνικό κράτος περιοριζόταν σε ότι είχε δημιουργηθεί το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, όπως π.χ. το NAT και σε ότι δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου, όπου επί πρωθυπουργίας Βενιζέλου έγιναν τα πρώτα ουσιαστικά βήματα κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα με τη δημιουργία του ΙΚΑ και του ΤΕΒΕ. Μοναδικά ίσως βήματα προς την κατεύθυνση της κοινωνικής πολιτικής στη μεταπολεμική Ελλάδα ήταν η σύσταση του ταμείου ανεργίας το 1945, ως οργανισμός ανεργίας που αρχικά αφορούσε μόνο τους εργάτες των βιομηχανικών επιχειρήσεων και από το 1949 απευθυνόταν σε όλους τους μισθωτούς (ΝΔ 1255/49),

¹¹ Μαλούτα Θ. – Οικονόμου Δ., προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, εκδόσεις εξάντας, 1988

του ΟΕΚ το 1954 (Ν. 2963/54), καθώς και η σύσταση του ΟΓΑ το 1961 (Ν. 4169/61), τα οποία βασίζονταν στην κρατική χρηματοδότηση και ήταν η εξαίρεση στην εφαρμοζόμενη πολιτική την οποία αν μπορούμε να την χαρακτηρίσουμε με μία μόνο λέξη θα την λέγαμε πολιτική ανισοτήτων.

Οι κυριότεροι λόγοι της υστέρησης στην ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας σύμφωνα με τον Μαλούτα και τον Οικονόμου, ήταν η έλλειψη πίεσης προς μία τέτοια κατεύθυνση τόσο από το κεφάλαιο όσο και από την εργασία. Στην περίπτωση του κεφαλαίου, η έλλειψη αυτή οφείλεται στην ειδική φύση του στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα στην περιορισμένη συγκέντρωσή του, στην τεχνολογική καθυστέρηση, στην περιορισμένη αναλογία του βιομηχανικού ως προς το σύνολο του κεφαλαίου και στη συγκυριακή υπερεπάρκεια φθηνού εργατικού δυναμικού.

Έτσι δεν ασκήθηκαν πιέσεις από το κεφάλαιο προς το κράτος για την αναπαραγωγή του εργατικού δυναμικού μέσω της ανάπτυξης κοινωνικής πολιτικής. Παράλληλα, το βάρος της μισθωτής εργασίας ήταν σχετικά μικρό, η δε αναπαραγωγή της ήταν δυνατή μέσω υποκατάστατων του κράτους πρόνοιας, όπως η διευρυμένη οικογένεια και τα τοπικά δίκτυα αλληλοβοήθειας. Τοιουτοτρόπως, ούτε από την εργασία ασκήθηκαν πιέσεις.¹²

Η επίτευξη επίσης κοινωνικής σταθερότητας στη χώρα μας, σε αντίθεση με ότι συνέβαινε στη Δυτική Ευρώπη εκείνη την περίοδο, επιτυγχάνονταν κυρίως από τους μηχανισμούς καταστολής οι οποίοι είχαν προκύψει μετά το τέλος του εμφυλίου πολέμου και διατηρήθηκαν και μετά από αυτόν με πρόσχημα τον κομμουνιστικό κίνδυνο, αλλά στην πραγματικότητα για τη σταθεροποίηση του κατεστημένου πολιτικού συστήματος.

Υπάρχει επίσης η άποψη ότι το ελληνικό μετεμφυλιακό κράτος αντιμετώπισε την ύφεση μέσω του συστήματος γης και κατοικίας, καταφέροντας να ενσωματώσει ευρύτερα μεσαία και κατώτερα στρώματα για τα οποία δημιουργήθηκαν εισοδήματα, επιτυγχάνοντας το ίδιο αποτέλεσμα που σε άλλες χώρες ήταν δυνατόν μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας.

¹² Μαλούτα Θ. – Οικονόμου Δ., προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, σελ. 32-35, εκδόσεις εξάντας 1988

Μία άλλη προσέγγιση που αναλύει την υστέρηση στην ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα σε σχέση με τα δυτικά κράτη, επικεντρώνει στις ιδιομορφίες του Ελληνικού κράτους γενικά. Ως τέτοιες θεωρούνται η υψηλή αναλογία των δαπανών για την άμυνα επί του συνόλου των δημοσίων δαπανών, οι υψηλές λειτουργικές δαπάνες της δημόσιας διοίκησης και η σημασία της δημόσιας απασχόλησης στην αγορά εργασίας, η οποία λειτούργησε ως «ιδιότυπη κοινωνική πολιτική κοινωνικοπολιτικής ενσωμάτωσης.»¹³

Στις ιδιομορφίες της Ελληνικής πραγματικότητας, πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη σημασία στον εμφύλιο πόλεμο που ακολούθησε τη λήξη του Β' παγκοσμίου πολέμου, αφού οι νικητές του επιδίωξαν τον αποκλεισμό των ηττημένων από τις όποιες παροχές του κοινωνικού κράτους. Η πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές γίνεται μόνο μέσω του πιστοποιητικού κοινωνικών φρονημάτων, το οποίο απέκλειε τους αριστερούς πολίτες ή όσους χαρακτηρίζονται ως τέτοιοι. Οι κυβερνήσεις αντί να εφαρμόσουν μία κοινωνική πολιτική προς όφελος των αδυνάμων, αμβλύνοντας τις ταξικές ανισότητες, επέλεξαν επικαλούμενες τον κομμουνιστικό κίνδυνο να ενισχύουν τις εξοπλιστικές δαπάνες.

Χαρακτηριστικό είναι ότι οι κοινωνικές δαπάνες το διάστημα 1949 – 1961 κυμαίνονταν σε ποσοστό του ΑΕΠ χαμηλότερο του 3%. Συνεπώς η απόλυτη ταύτιση των Ελληνικών κυβερνήσεων με το ψυχροπολεμικό κλίμα οδήγησαν στην υποβάθμιση της κοινωνικής πολιτικής. Επίσης η απόλυτη εξάρτηση των κυβερνήσεων από τους ισχυρούς οικονομικούς παράγοντες, οδήγησε σε μία πολιτική χαμηλών εργοδοτικών εισφορών που δυσχέραινε τις κοινωνικές παροχές, μια επιλογή με ξεκάθαρο ταξικό πρόσημο υπέρ του κεφαλαίου.

Στις αρχές της δεκαετίας του 60 στα σοβαρότερα κενά του συστήματος κοινωνικής πολιτικής συγκαταλέγονται τα ανύπαρκτα οικογενειακά επιδόματα των αγροτών, η ελλιπής προστασία της μητρότητας και ο μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων ηλικιωμένων και αναπήρων.¹⁴

¹³ Πετμεξίδου – Τσουλουβή Μαρία, κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική, σελ. 34- 36 και 147, εκδόσεις εξάντας 1992

¹⁴ Βασιλικό Ίδρυμα Ερευνών, σελ. 164 – 165, 1970

Μπορούμε να πούμε ότι από εκείνη την εποχή μπαίνουν τα θεμέλια για την κατάρρευση των ασφαλιστικών ταμείων αφού από τη δεκαετία του 50, τα αποθεματικά τους κατατίθενται υποχρεωτικά στην Τράπεζα της Ελλάδας με μηδενικό επιτόκιο και γίνονται εύκολη λεία στις επιδιώξεις των εκάστοτε κυβερνώντων. Την ίδια εποχή επίσης αναπτύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό, οι πελατειακές σχέσεις του κράτους με ορισμένες ισχυρές και ευνοημένες από αυτό υπαλληλικές ομάδες, οι οποίες είχαν πληθώρα κοινωνικών παροχών, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού συνεχίζει να έχει ελάχιστες παροχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αγορά υγείας

2.1. Η αγορά υγείας

Η αγορά υγειονομικών υπηρεσιών ή αγορά υγείας όπως θα την αποκαλούμε έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαφορετική συμπεριφορά από ότι οι υπόλοιπες αγορές, στις οποίες οι καταναλωτές έχουν επαρκή πληροφόρηση και καταβάλλουν άμεσα το κόστος ενώ οι πάροχοι επιδιώκουν την μεγιστοποίηση του κέρδους. Η αποδοτικότητα επίσης διασφαλίζεται από τον ανταγωνισμό. Οι ιδιαιτερότητες που υπάρχουν στον υγειονομικό τομέα όπως είναι η ατελής πληροφόρηση καθώς και η προκλητή ζήτηση, επιβάλλουν την κρατική παρέμβαση για την άμβλυνση των ανισοτήτων και την βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, με αποτέλεσμα η έννοια του ανταγωνισμού και της ελεύθερης αγοράς στον υγειονομικό τομέα να μην μπορεί να επιτευχθεί σε απόλυτο βαθμό.

Στην αγορά υγείας πρέπει να μπορεί να εφαρμοστεί ο κατάλληλος συνδυασμός μέσω του οποίου θα μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες των πολιτών, οι οποίες δεν μπορούν να προσδιορισθούν με ευκολία, από συγκεκριμένους οικονομικούς πόρους, ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει μία συγκεκριμένη και ορθολογική διαχείριση των υπάρχοντων πόρων, ώστε να εξασφαλίζεται με όσο γίνεται καλύτερο τρόπο η υγεία των πολιτών.

Η φροντίδα υγείας δηλαδή οι διαγνωστικές και επεμβατικές υπηρεσίες υγείας, αποτελούν καταναλώσιμο αγαθό που μπορεί κατόπιν συναλλαγής, να προσφερθεί από έναν οργανισμό και να καταναλωθεί είτε ατομικά είτε συλλογικά και άρα μπορεί να εξασφαλιστεί η παραγωγή και η κατανομή τους από τους κανόνες της αγοράς¹⁵.

Όμως ως πολύτιμο κοινωνικό αγαθό, η υγεία δεν είναι δυνατόν να είναι εμπορεύσιμη με απόλυτο στόχο το κέρδος, συνεπώς δεν μπορεί να καθορίζεται και να λειτουργεί με βάση τους νόμους της ελεύθερης αγοράς. Η λειτουργία της ελεύθερης αγοράς καθορίζεται σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, κυρίως από τη σχέση της ζήτησης και της προσφοράς, με κύριο στόχο την όσο το δυνατό μεγαλύτερη οικονομική απόδοση. Στην περίπτωση της υγείας υπάρχουν ιδιαιτερότητες και δεν μπορούν να ισχύουν οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς.

Ως δημόσιο αγαθό πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να μην αποκλείεται κανείς από τη χρήση των υπηρεσιών της. Υπάρχει δηλαδή η ανάγκη ενός κοινωνικά δίκαιου συστήματος υπηρεσιών υγείας, αφού σε κάθε άλλη περίπτωση άτομα χαμηλού εισοδήματος δεν θα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας ή να αγοράσουν ασφαλιστική προστασία. Η ποιότητα της κάλυψης δεν πρέπει να εξαρτάται από το εισόδημα, αφού κάτι τέτοιο έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης, σύμφωνα με την οποία η φροντίδα διατίθεται ανάλογα με την ανάγκη και όχι ανάλογα με την δυνατότητα του καθενός να πληρώνει. Εάν αφήσουμε την αγορά υγείας έρμαιο στον ανταγωνισμό της αγοράς, τότε θα δούμε να ανοίγεται ένα χάσμα ανάμεσα στις υπηρεσίες που διατίθενται στους πλούσιους και σε εκείνες που διατίθενται στους υπόλοιπους ασφαλισμένους. Η κρατική παρέμβαση αποσκοπεί στην κάλυψη του πληθυσμού και στην άρση των ανισοτήτων, καθώς και στη ρύθμιση της αγοράς η οποία χαρακτηρίζεται από στρεβλώσεις σε σχέση με τις συνήθεις ανταγωνιστικές αγορές.¹⁶

Οι χώρες της Ευρώπης έχουν ακολουθήσει το μοντέλο διαχείρισης της υγείας ως κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες και δεν

¹⁵ Μαλλιαρού – Σαράφη – Καραθανάση – Σωτηριάδου,
<https://www.inhealthcare.gr/article/el/xarakteristika-agathou-ugeias-kai-adunamia-epivolis-kanonon-eleutheris-antagonistikis-agoras>

¹⁶ Κυριόπουλος Γ., τα οικονομικά της υγείας, βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι, εκδόσεις Παπαζήση, 2007

εμπιστεύονται την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας στο μηχανισμό της αγοράς.¹⁷ Σε αυτό συντελεί και το γεγονός ότι υπάρχουν περιπτώσεις κινδύνων για τις οποίες δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει η ελεύθερη αγορά, αφού βλέπει μικρά περιθώρια κέρδους, συνεπώς η παρουσία του κράτους θεωρείται απαραίτητη ώστε να μπορεί να εξασφαλίζεται η δημόσια υγεία. Βλέπουμε λοιπόν ότι οι ανταγωνιστικές συνθήκες στην αγορά υπηρεσιών υγείας δεν καταλήγουν σε αποδοτικές λύσεις και βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, ενώ όπως λέει και ο Vaithianathan στο άρθρο του με τίτλο «Health insurance and imperfect competition in the health care market» όταν οι οργανισμοί υγειονομικής φροντίδας έχουν ισχύ στην αγορά και αναμειγνύονται στον ανταγωνισμό, η ανταγωνιστική αγορά ασφάλισης οδηγεί σε υπέρ- ασφάλιση και υπερτιμημένη φροντίδα υγείας. Παρόλο που οι καταναλωτές προσβλέπουν στις αλληλεπιδράσεις τιμών μεταξύ των αγορών, η καθοριζόμενη τιμή επηρεάζει τη ζήτηση. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν την επωφελή παρέμβαση από την κυβέρνηση, είτε στην αγορά ασφάλισης είτε στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης.¹⁸

2.2. Η αγορά υγείας και το κοινωνικό κράτος

Το κοινωνικό κράτος είναι ταυτισμένο με την ανάπτυξη κρατικών πολιτικών υγείας. Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». Μία άλλη προσέγγιση θεωρεί αντικείμενο προστασίας της υγείας και τη διασφάλιση ενός ελάχιστου εισοδήματος συντήρησης του πληθυσμού, εφόσον αυτό κρίνεται ως βασική συνιστώσα κοινωνικής ευεξίας.¹⁹

Στις σύγχρονες κοινωνίες υπάρχει έντονος ρυθμός ανάπτυξης των υγειονομικών δαπανών. Η αύξηση των δαπανών υγείας συνδέεται διαχρονικά με τους παρακάτω παράγοντες. Τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, τη μεταβολή στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας από εντάσεως ιατρικής φροντίδας σε διαγνωστική τεχνολογική εξάρτηση, την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και την ανάπτυξη

¹⁷ Σίσκου – Καιτελίδου – Θεοδώρου – Λιαρόπουλος, η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, τμήμα νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2005, <https://www.inhealthcare.gr/article/el/xaraktiristika-agathou-ugeias-kai-adunamia-epivolis-kanonon-eleutheris-antagonistikis-agoras>

¹⁸ Vaithianathan R., health insurance and imperfect competition in the health care market, journal of health economics 2006, 1193 - 1202

¹⁹ Κρεμαλής Κ., το δικαίωμα προστασίας της υγείας, σελ. 47, 1987

της ιατρικής τεχνολογίας. Ιστορικά αλματώδη αύξηση των κοινωνικών δαπανών για την υγεία στις χώρες της Ευρώπης παρατηρούμε τη δεκαετία του 60, η οποία περιορίζεται μετά την οικονομική κρίση του 1973 και δέχεται μεγάλο κτύπημα από τη δεκαετία του 80 και έπειτα, λόγω των νεοφιλελεύθερων πολιτικών για μικρότερο κράτος που επικρατούν.

Η υγεία διακρίνεται σε ατομική και δημόσια. Η δημόσια υγεία αφορά πρωτίστως το σύνολο και κατ' επέκταση τα άτομα. Στο σύγχρονο κοινωνικό κράτος, για την προστασία της δημόσιας υγείας πρέπει να αναλαμβάνονται πρωτοβουλίες που σκοπό έχουν την προστασία του συνολικού πληθυσμού από κινδύνους που απειλούν την υγεία και κατά συνέπεια, την ευημερία και την ποιότητα της ζωής του. Κάθε κράτος δημιουργεί ένα σύστημα περίθαλψης για τους πολίτες του, το οποίο καθορίζεται από τη γενικότερη φιλοσοφία του κρατούντος οικονομικού συστήματος. Υπάρχει δηλαδή η υποχρέωση του κράτους να εξασφαλίζει την υγεία των πολιτών, χωρίς όμως να καθορίζεται τι σημαίνει αυτό, με αποτέλεσμα να υπάρχουν διάφορες πολιτικές υγείας, άλλες δικαιότερες και άλλες άδικες. Ο τομέας της υγείας αποτελεί πεδίο αντιπαράθεσης διαφόρων ιδεολογικών και κοινωνικών προσεγγίσεων, ενώ είναι και ένα πολύ σημαντικό πεδίο επιχειρηματικότητας για τον ιδιωτικό τομέα.

Συνεπώς η υγεία έχει μεν κοινωνικό χαρακτήρα, αλλά η πολιτική παροχής υπηρεσιών υγείας έχει ταξικό. Δηλαδή ο κοινωνικός χαρακτήρας της φροντίδας για την υγεία έρχεται σε σύγκρουση με το θεμελιώδη νόμο λειτουργίας της αγοράς που βασίζεται στο κέρδος και την εμπορευματοποίηση. Έτσι δημιουργούνται οι ανισότητες στο επίπεδο παροχής υγείας, αφού δεν εξασφαλίζονται οι ίδιες προϋποθέσεις για όλους στην αγορά υγείας. Οι πλέον εύποροι έχουν πρόσβαση σε υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες υγείας, ενώ τα φτωχότερα στρώματα έχουν υπηρεσίες υγείας που αρκετές φορές δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους και σε κάποιες περιπτώσεις δεν έχουν καθόλου πρόσβαση στην αγορά υγείας. Στη σύγχρονη πραγματικότητα ευνοείται η επιχειρηματική δράση στον τομέα της υγείας και ιδιωτικοποιείται μεγάλο μέρος του δημόσιου τομέα της.

Βλέπουμε δηλαδή ότι το σύστημα υγείας δεν είναι ουσιαστικά κοινωνικό, αφού κάτι τέτοιο σημαίνει ότι εξασφαλίζεται ισότιμη πρόσβαση για όλους με την ευθύνη του κράτους. Δεν προκύπτει όμως κάτι τέτοιο, αφού η ύπαρξή του, προϋποθέτει δωρεάν παροχές για όλον τον πληθυσμό, οι οποίες να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του. Αντίθετα βλέπουμε ότι η πρόσβαση στην αγορά υγείας

συνδέεται συνήθως με τον τύπο των εργασιακών σχέσεων που έχει κάθε πολίτης και όχι με το καθολικό κοινωνικό δικαίωμα όπως θα έπρεπε.

Ακόμα και στις χώρες που εφαρμόζουν δημόσιο σύστημα υγείας, όπως η Μεγάλη Βρετανία, της οποίας το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (National Health System, NHS – Εθνική Υπηρεσία Υγείας), αποτελεί για πολλούς το βασικότερο δημόσιο εθνικό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ανήκει σε εκείνα τα μοντέλα συστημάτων υγείας, τα οποία είναι γνωστά ως μοντέλα τύπου Beveridge, με κύριο χαρακτηριστικό του, ότι παρέχει πλήρη κάλυψη σε όλο τον πληθυσμό της χώρας στη λογική του κοινωνικού δικαιώματος, ανεξαρτήτως εθνικότητας, εισοδήματος και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, ενώ η συμμετοχή σε αυτό είναι υποχρεωτική, η χρηματοδότησή του προέρχεται από τους φόρους και η οργάνωση και διοίκησή του από το κράτος ή μεικτό, δηλαδή δημόσιο και ασφαλιστικά ταμεία όπως στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα, λειτουργεί παράλληλα και ιδιωτικός τομέας, ενώ ακόμη και ο δημόσιος τομέας δεν είναι εντελώς δωρεάν. Ουσιαστικά ακόμη και στο λεγόμενο δημόσιο σύστημα οι εργαζόμενοι πληρώνουν μέσω της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών το μεγαλύτερο ποσοστό που χρειάζεται για τη λειτουργία του.

2.3 Η αγορά υγείας στην Ελλάδα

Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μαζί με την παιδεία, την κοινωνική ασφάλιση και το δικαίωμα στην εργασία τα βασικά συστατικά του κοινωνικού κράτους. Ειδικότερα για την υγεία, στην οποία θα αναφερθούμε παρακάτω η θεσμοθέτησή της ως ξεχωριστό υπουργείο στην Ελλάδα έγινε το 1917 με το Υπουργείο Περίθαλψης, το οποίο στη συνέχεια χωρίστηκε σε Υγιεινής και Πρόνοιας, για να καταλήξει σήμερα, περνώντας από διάφορες μετονομασίες, σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Αρχικά η παροχή περίθαλψης γινόταν από φιλανθρωπικά ιδρύματα, τα οποία προέκυπταν από δωρεές ευεργετών. Αργότερα και κυρίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και την ανασυγκρότηση της χώρας που ακολούθησε, ανέλαβε το κράτος την ευθύνη ίδρυσης νοσοκομείων και υπηρεσιών υγείας, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων. Η ιδιωτική πρωτοβουλία δεν ενδιαφερόταν εκείνη την περίοδο για επενδύσεις σε αυτό τον τομέα, εκτός από το χώρο του φαρμάκου και την

ίδρυση κάποιων μικρών κλινικών. Παρότι θεωρητικά υπήρχε η έννοια της καθολικής κοινωνικής ασφάλισης, ήταν έντονες οι ανισότητες ανάμεσα στους εργαζόμενους με τάση υποβάθμισης των δημόσιων παροχών υγείας. Επίσης ουσιαστικά απουσίαζε η πολιτική πρόληψης.

Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα στην πραγματικότητα δεν λειτούργησε ποτέ δωρεάν, παρά τις κατά καιρούς εξαγγελίες. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων συνεχώς αυξάνονται αφού το κράτος ποτέ δεν εκπλήρωσε τις υποχρεώσεις του προς αυτά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών του δημόσιου συστήματος υγείας και τη συνεπακόλουθη υποβάθμιση του, με ταυτόχρονη ανάπτυξη της εμπορευματοποίησης καθώς και την ιδιωτικοποίησή του. Οι πολίτες πληρώνουν όλο και περισσότερα χρήματα είτε απ' ευθείας από το εισόδημά τους ή μέσω των ασφαλιστικών ταμείων τους για όλο και λιγότερες δημόσιες υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας, οι οποίες συνεχώς υποβαθμίζονται.

Η τάση που επικρατεί, ως συνέπεια της μείωσης της κρατικής χρηματοδότησης, είναι να καλύπτεται ένα μέρος των υπηρεσιών, των πιο βασικών, από τα ασφαλιστικά ταμεία που τις αγοράζουν από το δημόσιο σύστημα υγείας, τις ιδιωτικές επιχειρήσεις και τα δικά τους πολύ-ιατρεία, ενώ τα τελευταία χρόνια υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κυρίως φροντίδας υγείας παρέχονται από αυτοοργανωμένες ομάδες, από μη κυβερνητικές οργανώσεις και από την τοπική αυτοδιοίκηση. Τις επιπλέον υπηρεσίες υγείας οι πολίτες είναι αναγκασμένοι ανάλογα με το αν το επιτρέπει η εισοδηματική τους κατάσταση, να τις αγοράζουν ή από την ιδιωτική ασφάλιση που παρέχεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες ή από τις ιδιωτικές κλινικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Κοινωνικό κράτος, ο ρόλος του

3.1. Ο ρόλος του κοινωνικού κράτους

Το κοινωνικό κράτος επιδιώκει μέσω των παροχών της πολιτείας, την διατήρηση ενός βασικού βιοτικού επιπέδου. Ρόλος του είναι η ανακατανομή του εισοδήματος, ώστε το χάσμα που υπάρχει να μην διευρύνεται σε επίπεδο που να δημιουργούνται προβλήματα επιβίωσης στις ασθενέστερα κοινωνικά τάξεις. Το κοινωνικό κράτος

θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι μιας κοινωνίας που συνεχώς εξελίσσεται και άρα πρέπει να δημιουργεί υποστηρικτικές δομές και υπηρεσίες σε τομείς όπως η υγεία, η ασφάλιση, η πρόνοια, η στέγαση, η εκπαίδευση καθώς και η εργατική πολιτική. Βασικό μέλημα του, είναι η αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που δημιουργούνται. Έρχεται ως συνέπεια των δύο παγκόσμιων πολέμων, κυρίως του δευτέρου που σημάδεψαν ανεξίτηλα τον προηγούμενο αιώνα, οι οποίοι δεν ήταν απλά συγκρούσεις χωρίς προηγούμενο σε ένταση, έκταση και καταστροφή, αλλά επέφεραν ανακατατάξεις τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλάζοντας οριστικά και αμετάκλητα το πρόσωπο του κόσμου και τη θέση της Ευρώπης μέσα σ' αυτόν. Η αναγκαιότητα της οικονομικής και κοινωνικής ανασυγκρότησης αναδεικνύει το κράτος ως καθολικό φορέα του γενικού συμφέροντος, οργανωτή της νέας μεταπολεμικής πραγματικότητας.

Το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου βρίσκει την Ευρώπη διαφορετική σε σχέση με την προπολεμική περίοδο. Οι δύο σημαντικές αλλαγές που συμβαίνουν είναι, πρώτον η ανάδειξη των ΗΠΑ σε ηγέτιδα δύναμη και δεύτερον η οικονομική και παραγωγική κατάρρευση των παραδοσιακών Ευρωπαϊκών δυνάμεων. Μέσω του σχεδίου Μάρσαλ οι ΗΠΑ προσπαθούν να καταφέρουν μία σχετική σταθερότητα στη Δυτική Ευρώπη, κυρίως λόγω της πίεσης που ασκείται από την ύπαρξη των σοσιαλιστικών χωρών στην Ανατολική Ευρώπη, οι οποίες μπορούμε να πούμε έστω και ως υπερβολή ότι και μόνο με την ύπαρξή τους, προσφέρουν περισσότερα στους πολίτες της Δυτικής καπιταλιστικής Ευρώπης, από ότι στους δικούς τους. Αυτό γίνεται γιατί η σταθεροποίηση του καπιταλισμού στη Δυτική μεταπολεμική Ευρώπη προϋποθέτει την καθιέρωση ενός πλέγματος κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων για την εργατική τάξη, που άλλοτε αποτελούν κατακτήσεις των εργαζομένων και άλλοτε παραχωρήσεις εκ μέρους των κυρίαρχων τάξεων.

Κύρια γνωρίσματα του πλαισίου στο οποίο διαμορφώνεται το κοινωνικό κράτος μετά τον πόλεμο αποτελούν τα εξής. Η μεγάλη ισχύς των συνδικάτων μέσω της υπόσχεσης ότι οι αποφάσεις δεν θα λαμβάνονται από την εξουσία χωρίς προηγουμένως να λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη των οργανώσεων των εργαζομένων, κάτι που εξασφαλίζει ότι δεν θα εμφανίζονται φαινόμενα άγριας και απάνθρωπης καπιταλιστικής εκμετάλλευσης όπως συνέβαινε προπολεμικά. Επίσης η αναγνώριση από την πλευρά των ισχυρών, αλλά και η απαίτηση από τα λαϊκά στρώματα που τόσο είχαν υποφέρει κατά τη διάρκεια του πολέμου και είχαν σηκώσει όλο το βάρος του, ότι θα έπρεπε να υπάρξει μία σημαντική άνοδος του βιοτικού

επιπέδου τους. Στην πραγματικότητα ο λαός μέσω της δύναμης που είχε αποκτήσει διεκδικούσε το ουσιαστικό περιεχόμενο του κοινωνικού κράτους μέσω του κεντρικού σχεδιασμού των κοινωνικών αναγκών. Δικαιώματα όπως πλήρης απασχόληση, καθολικές παροχές υγείας, κοινωνική ασφάλιση, στέγαση, εκπαίδευση, αποκτούν για πρώτη ίσως φορά τόσο σημαντικό νόημα υπό το βάρος της εργατικής πίεσης και της προσπάθειας της διατήρησης των ισορροπιών από την πλευρά των κρατούντων.

Αυτό συμβαίνει εξαιτίας δύο παραγόντων κυρίως. Ο πρώτος είναι η ύπαρξη της Σοβιετικής Ένωσης και των σοσιαλιστικών κρατών, τα οποία προβάλλουν το όραμα της εξάλειψης των ανισοτήτων και της δίκαιης κοινωνίας. Το δεύτερο, το οποίο έρχεται σαν συνέχεια του πρώτου, είναι η ριζοσπαστικοποίηση της εργατικής τάξης στις περισσότερες καπιταλιστικές χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η οποία πρέπει να κατευνασθεί με κάποιο τρόπο πριν δημιουργηθούν ανεξέλεγκτες καταστάσεις για το σύστημα. Έτσι βλέπουμε ότι η έντονη πολιτική ριζοσπαστικοποίηση, η οποία ωθεί πολλά σοσιαλδημοκρατικά κόμματα στην εξουσία και η πίεση από τη Σοβιετική Ένωση αποτελούν καθοριστικό βήμα στην εδραίωση του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη με σημαντικές δομές κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας.

Πράγματι με μοχλό τον κρατικό σχεδιασμό, οι δυτικές κοινωνίες θα γνωρίσουν μια οικονομική άνθηση χωρίς προηγούμενο που θα περιγραφεί ως «τριάντα ένδοξα χρόνια», «χρυσή εποχή».²⁰ Τα ποσοστά ανεργίας τη δεκαετία του 1950 είναι σε ποσοστό μόλις 3%, ενώ πέφτουν στο 1,5% τη δεκαετία του 1960. Το κράτος παρεμβαίνει στην οικονομία προσπαθώντας να αμβλύνει τις αντιθέσεις ως εξής. Εφοδιασμός της οικονομίας με δημόσια αγαθά και υπηρεσίες στις επιθυμητές ανάγκες και ποσότητες. Επέκταση των δραστηριοτήτων που δημιουργούν εξωτερικές οικονομίες και περιορισμός των εξωτερικών επιβαρύνσεων. Έλεγχος των μονοπωλίων, αναδιανομή του εισοδήματος και του πλούτου στην αναγκαία έκταση για την πραγματοποίηση της κοινωνικά επιθυμητής διανομής. Σταθεροποίηση της οικονομίας και συγκεκριμένα αντιμετώπιση της ύφεσης και καταπολέμηση του πληθωρισμού. Ανακατανομή των πόρων στην έκταση που απαιτεί η πραγματοποίηση της κοινωνικά επιθυμητής οικονομικής ανάπτυξης. Η άρθρωση του μεταπολεμικού

²⁰ Er. Hobsbawm, *Η εποχή των άκρων Ο σύντομος εικοστός αιώνας 1914-1991*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1995, σελ. 330

κοινωνικού κράτους είναι προϊόν της συγκυρίας της οικονομικής ανάπτυξης, της πολιτικής σταθερότητας και ευρείας κοινωνικής συναίνεσης.²¹

Χαρακτηριστικό παράδειγμα του κοινωνικού κράτους αποτελεί το μοντέλο του Beveridge, μέσω του οποίου το κράτος με την παρέμβασή του εξασφάλιζε τη δημιουργία εθνικού συστήματος υγείας, την επίτευξη πλήρους απασχόλησης και την υλοποίηση ενός συστήματος επιδομάτων τα οποία εξασφάλιζαν ένα ανεκτό επίπεδο διαβίωσης ακόμη και σε αυτούς που έμεναν έξω από την αγορά εργασίας. Το μοντέλο Beveridge βασίζεται στην αντίληψη ότι το κράτος πρέπει να εξασφαλίζει ένα βασικό εισόδημα και ταυτόχρονα να συγκροτεί ένα διευρυμένο δίκτυο υπηρεσιών πρόνοιας για την επίτευξη ενός κοινωνικά ανεκτού κατώτατου επιπέδου επιβίωσης.²² Το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για τους τομείς της πρόνοιας γνωρίζει τεράστια αύξηση, ενώ εθνικά συστήματα υγείας αναπτύσσονται σε όλες τις χώρες. Εφαρμόζονται προγράμματα για τη στέγαση, την υποστήριξη των εργαζόμενων μητέρων, τη στήριξη των ηλικιωμένων. Η οργανωμένη κρατική παρέμβαση με συγκεκριμένους στόχους στην οικονομία και η συγκρότηση θεσμών και υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας συνιστούν την ουσία και τη θεμελίωση του κοινωνικού κράτους.

3.2. Η χρηματοδότηση του κοινωνικού κράτους

Η χρηματοδότηση του κοινωνικού κράτους προέρχεται κυρίως από τους πόρους του κρατικού προϋπολογισμού, δηλαδή από την άμεση και έμμεση φορολόγηση των πολιτών. Η άμεση φορολογία στα εισοδήματα των νοικοκυριών και των επιχειρήσεων περιλαμβάνει τους φόρους που εισπράττονται απευθείας από το κράτος, ενώ η έμμεση φορολογία γίνεται με μη άμεσο τρόπο σε καταναλωτικά κυρίως είδη, αλλά όχι μόνο και εισπράττεται από όλες τις κοινωνικές ομάδες ανεξαρτήτως εισοδήματος.

Ένας ακόμη τρόπος χρηματοδότησης του κοινωνικού κράτους είναι μέσω της τιμολόγησης των κοινωνικών υπηρεσιών, όπως είναι για παράδειγμα οι χρεώσεις για υπηρεσίες υγείας ή τα ενοίκια έστω και χαμηλά που εισπράττει το κράτος και οι δήμοι για τις εργατικές και δημοτικές κατοικίες. Την εποχή της άνθησης και της

²¹ Δ.Π. Καράγιωργας, Δημόσια Οικονομική1: Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους, Παπαζήσης, Αθήνα, 1981

²² Ολγα Στασινοπούλου, Κράτος πρόνοιας, Gutenberg, Αθήνα, 2003, σελ. 54

ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους οι κρατικοί πόροι ήταν αρκετοί για να μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του, με την πάροδο όμως των ετών, πολλά κράτη αναγκάστηκαν να καταφύγουν στο δανεισμό για να καλύψουν το κόστος του κοινωνικού κράτους.

Ένα ερώτημα που έχει προκύψει τα τελευταία χρόνια, το οποίο σχετίζεται με το κόστος του κοινωνικού κράτους και ποιος πρέπει να το καλύπτει, αναφέρεται στο εάν το κόστος χρηματοδότησης των αγαθών και υπηρεσιών που παρέχει το κράτος πρέπει να επιβαρύνει τον χρήστη των υπηρεσιών ή το κοινωνικό σύνολο. Οι υποστηρικτές της πρώτης άποψης ισχυρίζονται ότι η θεωρία σύμφωνα με την οποία οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από το κράτος είναι καθαρά δημόσια αγαθά δεν είναι σωστή. Ισχυρίζονται πιο συγκεκριμένα ότι όπως στα αγαθά που παράγει ο ιδιωτικός τομέας υπάρχει κάποιο στοιχείο κοινωνικού οφέλους ή κοινωνικού κόστους, έτσι και τα αγαθά που παρέχει το κράτος αποφέρουν κάποιο ιδιωτικό όφελος σε αυτούς που τα καταναλώνουν, άρα θα έπρεπε όσοι ωφελούνται να επιβαρύνονται περισσότερο με το κόστος τους.

Ο αντίλογος είναι ότι το κράτος πρέπει να κατανέμει τα δημόσια αγαθά όχι με βάση την αγοραστική δύναμη των πολιτών, αλλά με βάση τις ανάγκες τους. Επίσης, πρέπει να κατανέμει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών όχι με βάση το όφελος που αποκτούν οι πολίτες από την παροχή τους αλλά με βάση τη φοροδοτική τους ικανότητα.²³

Στην πραγματικότητα βλέπουμε να συγκρούονται δύο διαφορετικές δεξαμενές σκέψης. Η πρώτη στηρίζεται σε μία νέο – φιλελεύθερη ανάγνωση της πραγματικότητας, που υποστηρίζει ότι όσοι έχουν όφελος από τις παροχές του κοινωνικού κράτους πρέπει και να τις πληρώνουν. Η δεύτερη θεωρεί ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να καλύπτει τις βασικές ανάγκες των πολιτών, άρα η κάλυψη του κόστους τους δεν πρέπει να είναι συνάρτηση του οφέλους που μπορεί να έχει κάποιος, αλλά θα πρέπει να καλύπτονται οι ανάγκες των ασθενέστερων, από τους πολίτες που έχουν τη δυνατότητα να συνεισφέρουν περισσότερο στον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας. Στην ουσία αντιπαρά τίθεται μία άποψη που πιστεύει ότι το κοινωνικό κράτος πρέπει να χρηματοδοτείται από όσους το έχουν ανάγκη, κάτι που

²³ http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos.pdf - Βερναρδάκης, το κοινωνικό κράτος στη Δ. Ευρώπη

αναιρεί την ύπαρξη του ουσιαστικά, με την άποψη πάνω στην οποία θεμελιώθηκε το κοινωνικό κράτος και που λέει, ότι το ίδιο το κράτος με τους δικούς του πόρους οφείλει να εξασφαλίζει στοιχειώδεις παροχές στους πολίτες του.

3.3. Το κόστος του κοινωνικού κράτους

Σταδιακά, και υπό το βάρος των κοινωνικών διεκδικήσεων και των κοινωνικών συγκρούσεων, όπως για παράδειγμα η δεκαετία του 70 στην Ιταλία και η περίοδος μετά τον Μάη του 68 στην Γαλλία, το κοινωνικό κράτος διευρύνθηκε σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης, της πρόνοιας, της υγείας, της εκπαίδευσης, της στέγασης, των κοινωνικών υποδομών. Έτσι, στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες οι κοινωνικές δαπάνες έφτασαν να αποτελούν το 50% και πλέον του συνόλου των κρατικών δαπανών. Οι κυριότερες αιτίες της αύξησης των κοινωνικών δαπανών είναι οι εξής.

Πρώτον η αύξηση του σχετικού τους κόστους. Το κόστος των κοινωνικών υπηρεσιών αυξάνεται συνήθως ταχύτερα σε σχέση με το μέσο κόστος ζωής, με αποτέλεσμα να απαιτείται ένα διαρκώς υψηλότερο επίπεδο δαπανών κάθε χρόνο, ώστε να συντηρηθεί το δεδομένο επίπεδο κοινωνικών παροχών. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στην αυξητική πορεία του πληθωρισμού, κυρίως όμως οφείλεται στο γεγονός ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι γενικά δραστηριότητες εντάσεως εργασίας. Έτσι, η ποιότητα και το εύρος των κοινωνικών υπηρεσιών εξαρτάται απολύτως από το αριθμό και την ποιότητα του ειδικού ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται σε αυτές, καλύτερες υπηρεσίες υγείας προσφέρονται όταν υπάρχουν περισσότεροι γιατροί ανά ασθενή, καλύτερες υπηρεσίες παιδείας όταν υπάρχουν περισσότεροι δάσκαλοι ανά μαθητή.

Έτσι, στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους παρατηρείται το αντίθετο ακριβώς από ό,τι συμβαίνει στη βιομηχανία παραγωγής προϊόντων, εκεί μια άνοδος της παραγωγικότητας σημαίνει μείωση του απαιτούμενου χρόνου εργασίας ώστε να παραχθεί ένα προϊόν, γεγονός που αποτιμάται σε συγκεκριμένες τιμές. Στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών δεν υπάρχει κανένα μέτρο με το οποίο να εκτιμηθεί η αξία της παραγωγής τους. Έτσι, συνηθέστατα υποτίθεται πως η παραγωγικότητα της εργασίας στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι στατική και εν συνεχεία μετράται η παραγωγή με βάση τον αριθμό των

απασχολουμένων. Για το λόγο αυτό το σχετικό κόστος του κοινωνικού κράτους αυξανόταν σταθερά.

Δεύτερον οι πληθυσμιακές μεταβολές. Ο παράγων αυτός αύξησης του κόστους αναφέρεται τόσο στην αύξηση του πληθυσμού μεταπολεμικά, όσο και στην αλλαγή της δημογραφικής δομής του πληθυσμού, με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, τη μείωση της παιδικής θνησιμότητας. Πολύς περισσότερος κόσμος και διαρκώς διευρυνόμενος κάνει χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους.

Τρίτον οι νέες αναβαθμισμένες υπηρεσίες. Αυτό καλύπτει δύο διακριτές τάσεις. Πρώτον, μια επέκταση της κάλυψης των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς περισσότερες ομάδες πληθυσμών γίνονται δικαιούχοι κοινωνικών παροχών και δεύτερον, βελτιώσεις στο επίπεδο των κατά κεφαλήν παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως η εγγύηση εισοδήματος, η επέκταση της κάλυψης και των προϋποθέσεων για την παροχή τους, εξηγεί σχεδόν όλη την πραγματική αύξηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης.

Τέταρτο οι διευρυνόμενες κοινωνικές ανάγκες. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα εδώ είναι η ανάγκη αύξησης των επιδομάτων ανεργίας, όταν η τελευταία από τα μέσα της δεκαετίας του '70 και ύστερα κάνει αισθητή την παρουσία της στις χώρες της δυτικής Ευρώπης.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Κοινωνική ασφάλιση

4.1. Η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης

Η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης είναι συνάρτηση της γενικότερης οργάνωσης και φιλοσοφίας του ασφαλιστικού συστήματος. Τα σημαντικότερα διλλήματα που ανακύπτουν είναι εάν θα πρέπει το ασφαλιστικό σύστημα να είναι

²⁴ http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos.pdf - Βερναρδάκης, το κοινωνικό κράτος στη Δ. Ευρώπη

κεφαλαιοποιητικό ή στατικά διανεμητικό και το εάν πρέπει να χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή από τις εισφορές.

Σε ότι έχει να κάνει με το πρώτο ζήτημα μπορούμε να πούμε τα εξής. Στο κεφαλαιοποιητικό σύστημα το κόστος των παροχών της κοινωνικής ασφάλισης καλύπτεται από ένα αποθεματικό το οποίο δημιουργείται από τις εισφορές που εισπράττονται τα προηγούμενα χρόνια. Στο στατικά διανεμητικό σύστημα, το κόστος της κοινωνικής ασφάλισης καλύπτεται από τα τρέχοντα έσοδα, δηλαδή από έσοδα που συγκεντρώνονται την περίοδο που δίνονται οι παροχές. Οι δύο μέθοδοι διαφέρουν μεταξύ τους και ως προς τη φιλοσοφία και ως προς τις δημοσιονομικές επιπτώσεις. Με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα οι παροχές προς τους συνταξιούχους χρηματοδοτούνται από δικές τους εισφορές, οι οποίες έχουν συσσωρευτεί τα προηγούμενα χρόνια, ενώ με το στατικά διανεμητικό η χρηματοδότηση γίνεται από εισφορές της επόμενης γενιάς εργαζομένων.

Ως προς το δεύτερο ζήτημα οι βασικές πηγές χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης είναι η κρατική επιχορήγηση και οι εισφορές των εργαζομένων. Η κρατική επιχορήγηση προέρχεται από τα γενικά φορολογικά έσοδα. Οι εισφορές διακρίνονται σε εισφορές εργαζομένων και εργοδοτικές εισφορές και η καταβολή τους είναι υποχρεωτική. Σε πολλές χώρες η καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών των εργαζομένων γίνεται ταυτόχρονα με τις φορολογικές τους κρατήσεις.

Το βασικό πλεονέκτημα της κρατικής επιχορήγησης είναι ότι προέρχεται από τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού στα οποία συμβάλλουν όλες οι εισοδηματικές τάξεις και με αυτό τον τρόπο ειδικά στις περιπτώσεις που το φορολογικό σύστημα είναι αναλογικό, δηλαδή καθένας φορολογείται ανάλογα με το ύψος των εισοδημάτων του, δημιουργείται μια διαδικασία κοινωνικής αναδιανομής. Επίσης μέσω της κρατικής επιχορήγησης υπάρχει η δυνατότητα χρηματοδότησης, εκεί που τίθεται προτεραιότητα από το ίδιο το κράτος και να καλύπτονται διάφορες ανάγκες που δεν έχουν προβλεφτεί ή προκύπτουν ξαφνικά.

Αντίθετα, οι ασφαλιστικές εισφορές επιβαρύνουν μόνο το εισόδημα που αποκτά κάποιος από την εργασία του και δεν περιλαμβάνουν άλλα έσοδα που μπορεί να έχει. Το βασικότερο πλεονέκτημα των εισφορών είναι ότι εξασφαλίζουν κατά κάποιο τρόπο οικονομική πειθαρχία και ορθολογισμό των δαπανών, γιατί δεν επιτρέπουν την ανάληψη νέων προγραμμάτων εάν δεν έχει προηγουμένως

εξασφαλιστεί η χρηματοδότησή τους και η αποδοτικότητά τους με βάση πάντα τις καταβαλλόμενες εισφορές

Αναλύοντας περαιτέρω μπορούμε να πούμε ότι στην μεταπολεμική Δυτική Ευρώπη εφαρμόστηκαν ουσιαστικά τρία είδη συνταξιοδοτικών συστημάτων, τρεις διαφορετικές φιλοσοφίες στην οργάνωση του κράτους πρόνοιας, το φιλελεύθερο, το συντηρητικό και το σοσιαλδημοκρατικό.

Το φιλελεύθερο σύστημα οργανώθηκε δίνοντας κυρίαρχο ρόλο στην αγορά και στην οικογένεια, ενώ ο ρόλος του κράτους είναι μειωμένος και λειτουργεί κυρίως ως προστατευτικός κλοιός ασφαλείας για όσους δεν έχουν σύνταξη. Αυτό το σύστημα εφαρμόστηκε περισσότερο στη Βρετανία και πολλοί το χαρακτηρίζουν ως αγγλοσαξονικό.

Το δεύτερο σύστημα, το συντηρητικό δομήθηκε στη βάση της παραγωγικότητας των εργαζόμενων και της επίδοσης τους στην εργασία. Βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την παραγωγικότητα του εργαζομένου και βασίζεται στις αρχές της ανταγωνιστικότητας, θα μπορούσαμε να πούμε με σημερινούς όρους. Εφαρμόστηκε κυρίως στις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης.

Το τρίτο τέλος σύστημα, το σοσιαλδημοκρατικό είναι κυρίως αναδιανεμητικό, παρέχει δηλαδή καθολική κάλυψη στον πληθυσμό και εφαρμόστηκε στις Σκανδιναβικές χώρες.

4.2. Χρηματοδότηση Ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει διαφορετικούς μηχανισμούς για τους δύο πυλώνες. Ο πρώτος πυλώνας του δημόσιου συστήματος ασφάλισης στηρίζεται σε ένα τριμερές μοντέλο χρηματοδότησης από το κράτος, τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, ενώ ο δεύτερος πυλώνας των επαγγελματικών ταμείων χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Οι φορείς και οι παροχές του πρώτου πυλώνα χρηματοδοτούνται από σύνθετους μηχανισμούς που περιλαμβάνουν:

- εισφορές εργαζομένων,
- εισφορές εργοδοτών,
- τακτική συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού,
- κοινωνικούς πόρους (έμμεσοι φόροι),
- έκτακτη κρατική επιχορήγηση,
- πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης.²⁵

Η χρηματοδότηση του δεύτερου πυλώνα που θεσπίστηκε νομοθετικά το 2002 μέσω των ρυθμίσεων για τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης, καλύπτεται αποκλειστικά από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές λειτουργούν αποκλειστικά βάσει του κεφαλαιοποιητικού συστήματος.

Οι πόροι των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης προέρχονται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών, καθώς και από την απόδοση των κεφαλαίων και των αποθεματικών τους. Τα επαγγελματικά ταμεία είναι υποχρεωμένα στη δημιουργία αποθεματικών για να καλύπτουν τις υποχρεώσεις τους απέναντι στους ασφαλισμένους και τους παρόχους. Επιτρέπεται η αξιοποίηση των αποθεματικών υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- ποσοστό μέχρι 10% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε ακίνητα,
- ποσοστό μέχρι 70% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε μετοχές και ομολογίες εταιρειών,
- ποσοστό μέχρι 20% των τεχνικών αποθεματικών τους επενδύεται σε έντοκα γραμμάτια και τραπεζικές καταθέσεις.²⁶

²⁵ <http://www.ggka.gr/asfalistikokefVI.htm>

²⁶ <http://www.ggka.gr/asfalistikokefVI.htm>

Επίσης, επιτρέπεται μέχρι ποσοστού 5% των τεχνικών αποθεματικών του ταμείου, η επένδυση σε χρηματοοικονομικά μέσα που εκδίδει η ίδια η επιχείρηση που έχει συστήσει το ταμείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Εργασιακές σχέσεις

5.1. Κοινωνικό κράτος και εργασιακές σχέσεις

Ως εργασιακές σχέσεις θεωρούμε το σύνολο των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ της εργατικής δύναμης, του κεφαλαίου και των ειδικευμένων υπηρεσιών και θεσμών του κράτους.

Το κοινωνικό κράτος παρεμβαίνει στις εργασιακές σχέσεις έχοντας τρεις βασικές παραδοχές.

Πρώτον ότι για την ομαλή λειτουργία της αγοράς εργασίας απαιτείται ένα ελάχιστο πλέγμα ρυθμίσεων που οργανώνεται και εξελίσσεται μεταξύ των συλλογικών υποκειμένων και του κράτους. Οι εργασιακές ρυθμίσεις δεν είναι ατομικές ρυθμίσεις μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου, αλλά θεσμικές ρυθμίσεις οργάνωσης και λειτουργίας συνολικά του οικονομικού περιβάλλοντος.

Δεύτερον, η διευθέτηση του θεμελιώδους προβλήματος της κοινωνίας, δηλαδή του τρόπου κατανομής της εργασίας στην παραγωγή και της διανομής του παραχθέντος προϊόντος μέσω της αγοράς εργασίας, συνίσταται στην υιοθέτηση μιας αναλογίας ρύθμισης και κοινωνικής αλληλεγγύης από τη μια πλευρά και ανταγωνισμού και ατομικών συμφερόντων ή ομάδων συμφερόντων από την άλλη. Η ρύθμιση αυτή καλύπτει τους κανόνες και τους θεσμούς της συλλογικής διαπραγμάτευσης των όρων εργασίας.

Τρίτον και πολύ σημαντικό στην εποχή μας, οι οικονομικές κρίσεις οι οποίες αποτελούν τον καταλυτικό παράγοντα για την ανατροπή αυτής της αναλογίας και της ισορροπίας που επιτυγχάνει. Οι οικονομικές κρίσεις λειτουργούν ή χρησιμοποιούνται ως αφορμή, για την επέλαση του ανταγωνισμού της αγοράς, που απορυθμίζει συνολικά τις συνθήκες και τους όρους λειτουργίας των εργασιακών σχέσεων. Το

κοινωνικό κράτος, ως βασικός παράγοντας ρύθμισης και απονομής της κοινωνικής αλληλεγγύης συρρικνώνεται, αμφισβητείται και ισοπεδώνεται

Έτσι, σε συνθήκες οικονομικής κρίσης ο ρόλος του κοινωνικού κράτους στη ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων είναι πολύ σημαντικός, όμως ταυτόχρονα αποτελεί και επίδικο αντικείμενο μιας πολύ σκληρής πολιτικής σύγκρουσης μεταξύ αντικρουόμενων κοινωνικών συμφερόντων.

5.2. Εργασιακές σχέσεις στην Ελλάδα

Το πρότυπο απασχόλησης στην χώρα μας έχει υποστεί από την δεκαετία του 1990 και μετά σημαντικές μεταβολές, οι οποίες βρίσκονται όλες στην κατεύθυνση της απορρύθμισής του. Η απορρύθμιση αυτή δεν συντελέστηκε με απευθείας διαπραγματεύσεις εργοδοτών και εργαζομένων, αλλά μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων και τη διολίσθηση των εργοδοτών στην εφαρμογή παρανόμων πρακτικών, εκμεταλλευόμενοι τις πραγματικές συνθήκες στην αγορά εργασίας. Δημιουργήθηκε μια πόλωση μεταξύ σταθερής και επισφαλούς εργασίας, η οποία με την ιδεολογική και πολιτική επικράτηση των δυνάμεων του νεοφιλελευθερισμού, επιλύεται με την εξίσωση προς τα κάτω των εργασιακών σχέσεων, δηλαδή προς τις πιο επισφαλείς μορφές εργασίας.

Οι εργασιακές σχέσεις στην Ελλάδα ακολουθούν τη γενικότερη πορεία απορρύθμισης της εργασίας και του κοινωνικού κράτους στον υπόλοιπο Ευρωπαϊκό χώρο. Σε μια συγκυρία που στην Ευρώπη οι εργασιακές σχέσεις υπηρετούν τις πολιτικές ανταγωνιστικότητας με βασικό στόχο την μείωση του εργασιακού κόστους, στην Ελλάδα έχοντας από παράδοση υιοθετηθεί ένα παραγωγικό μοντέλο που στηρίζεται στο χαμηλό κόστος εργασίας, δηλαδή στις χαμηλές αμοιβές και στην παράνομη και νόμιμη ευελιξία, ενισχύεται αυτή η τάση που οδηγεί στην περαιτέρω υποβάθμιση των εργασιακών σχέσεων.

Οι θεσμοί προστασίας των εργαζομένων από τις ατομικές και τις ομαδικές απολύσεις έχουν ατονήσει και οδεύουν προς την πλήρη κατάργησή τους. Οι απολύσεις στην Ελλάδα δεν απαιτείται να είναι αιτιολογημένες, σε αντίθεση με ότι συνηθίζεται σε Πανευρωπαϊκό επίπεδο

Η ελληνική αγορά εργασίας παρουσιάζει τον υψηλότερο βαθμό παράνομης ευελιξίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σύμφωνα με τις ετήσιες εκθέσεις του ΣΕΠΕ το ποσοστό ανασφάλιστων που απασχολούνται στην Ελλάδα υπολογίζεται σε 20%-22% (7 στους 10 είναι Έλληνες). Παράλληλα παρατηρείται εκτεταμένη παραβίαση των εργασιακών δικαιωμάτων σε όλο το φάσμα της εργατικής νομοθεσίας (ύψος μισθού, καταβολή δεδουλευμένων, ωράρια, πληρωμή υπερωριών, χορήγηση αδειών, υγιεινή και ασφάλεια).

Ο μικρός αριθμός του προσωπικού που απασχολείται στον έλεγχο της αγοράς εργασίας, οι περιορισμένοι έλεγχοι, οι μικρές σχετικά ποινές και κυρώσεις, η έλλειψη ουσιαστικής συνεργασίας και συντονισμού των μηχανισμών ελέγχου, η ανασφάλεια και ο φόβος των εργαζομένων να καταγγείλουν τις αυθαιρεσίες της εργοδοσίας, η χρονοβόρα και δαπανηρή διαδικασία προσφυγής στη δικαιοσύνη, συνιστούν παράγοντες ανάπτυξης και διαιώνισης του προβλήματος.

Το αποτέλεσμα είναι η απόλυτη και πλήρης υποβάθμιση της εργασίας, η διαιώνιση των συχνά παράνομων πρακτικών διατήρησης χαμηλού εργασιακού κόστους, η συγκράτηση και συμπίεση των διεκδικήσεων και δικαιωμάτων των εργαζομένων, η καταρράκωση των θεσμών ελέγχου και εποπτείας, ο εθισμός των επιχειρήσεων στην παρανομία αλλά και η δημιουργία όρων αθέμιτου ανταγωνισμού απέναντι στις συνεπείς επιχειρήσεις που εφαρμόζουν τη νομοθεσία.

Η ανάπτυξη της ευελιξίας της ατομικής εργασίας, όσο και της αγοράς εργασίας στο σύνολό της, ευελιξία στις μορφές απασχόλησης, στον χρόνο εργασίας, στις αμοιβές, αποτελεί πρακτική που προωθείται από τις ασκούμενες πολιτικές σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο με υποτιθέμενο σκοπό την αντιμετώπιση της ανεργίας, την αύξηση της απασχόλησης και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας.

Στην Ελλάδα η χρήση της ευέλικτης εργασίας ενισχύεται σημαντικά από τις αρχές της δεκαετίας του '90, με αλληπάλληλες θεσμικές παρεμβάσεις στο πεδίο της μερικής απασχόλησης, των συμβάσεων ορισμένου χρόνου, τον δανεισμό εργαζομένων, των ελαστικών διευθετήσεων του ωραρίου εργασίας. Παράλληλα με αυτές τις εξελίξεις παρατηρείται μια σημαντική ανάπτυξη όλου του φάσματος των μορφών ευέλικτης και φθηνής εργασίας.

Η ανάπτυξη των ευέλικτων πρακτικών στην εργασία συμβάλλει στην περαιτέρω μείωση του ήδη φθηνού κόστους εργασίας στην Ελλάδα, ενισχύει την κατάτμηση της εργασίας και την ύπαρξη εργαζόμενων πολλαπλών ταχυτήτων. Η αυξημένη ανασφάλεια επιδρά αρνητικά στους εργαζόμενους και ιδιαίτερα στην κατηγορία εκείνη που προσφεύγει στην ευελιξία με όρους πραγματικής ανάγκης και όχι εθελοντικά, ενώ η ευάλωτη θέση τους ενισχύει πρακτικές καταστρατήγησης της νομοθεσίας.

Παράλληλα η εμμονή στη λογική του χαμηλού κόστους εργασίας, εκτός του σοβαρού κοινωνικού κόστους που συνεπάγεται, ούτε αντιμετωπίζει το φαινόμενο της ανεργίας, ούτε εξασφαλίζει την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων, όπως υποστηρίζουν ότι θεωρητικά θα έκανε οι θιασώτες του παραπάνω μοντέλου.

Σήμερα παρουσιάζεται σημαντικό έλλειμμα στη θεσμική κατοχύρωσή των συλλογικών εργασιακών δικαιωμάτων, στους θεσμούς συλλογικής εκπροσώπησης, στον συνδικαλισμό, με αποτέλεσμα αυτά να μην ανταποκρίνονται στα σύγχρονα δεδομένα και κυρίως στις ιδιαιτερότητες της ελληνικής αγοράς εργασίας.

Κοινά ζητήματα που πρέπει να απασχολήσουν ως προς την ύπαρξη κοινωνικού κράτους στην αγορά εργασίας είναι τα παρακάτω.

- απασχόληση και ανεργία,
- μισθοί, όροι και συνθήκες εργασίας, ωράρια, άδειες, ασφάλιση,
- σχέσεις μισθωτών και εργοδοτών,
- ρόλος του κράτους στα εργασιακά ζητήματα,
- συλλογικές διαπραγματεύσεις,
- συλλογικές συμβάσεις και συλλογικές διαφορές εργασίας,
- απεργίες,
- συνδικαλιστικές οργανώσεις,
- επιπτώσεις της νέας τεχνολογίας στην απασχόληση και στις εργασιακές σχέσεις .

5.3. Τι κοινωνικό κράτος θέλουμε

Η ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα εξαιτίας της αδύνατης και κατακερματισμένης συνδικαλιστικής εκπροσώπησης, αλλά και της πελατειακής πολιτικής πραγματοποιήθηκε με μερικές ρυθμίσεις, εξυπηρετήσεις και παροχές, που κατανέμονταν με βάση τη διαπραγματευτική-πελατειακή ισχύ της κάθε επαγγελματικής ομάδας.

Βέβαια η ιστορία του κοινωνικού κράτους στις χώρες που χαρακτηρίζονταν από ισχυρά συνδικάτα και ενιαία εκπροσώπηση της εργασίας δεν ήταν η ίδια. Σε αυτές τις χώρες η κοινωνική ασφάλιση δομήθηκε γύρω από λίγα και μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία και σε πολλές περιπτώσεις μόνο από ένα, ενώ και οι υπόλοιπες κοινωνικές παροχές κατανέμονταν με ένα σχετικά δίκαιο τρόπο που είχε να κάνει με τις ανάγκες των πολιτών και όχι με τις σχέσεις που είχε κάθε ομάδα με την εκάστοτε εξουσία. Σε αυτό σημαντική συμβολή είχαν οι αγώνες του εργατικού κινήματος που προσπάθησε να εξαλείψει τους διαχωρισμούς μέσα στην εργατική τάξη, ώστε να υπάρχει σύγκλιση του βιοτικού επιπέδου όλων και από κοινού βελτίωση της θέσης των εργαζομένων σε κάθε κλάδο απασχόλησης.

Σήμερα και με τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα μας, στόχος θα έπρεπε να είναι η επανασύσταση του κοινωνικού κράτους και η προσπάθεια τόσο από την πλευρά της εξουσίας, αλλά κυρίως από την πλευρά των εργαζομένων και των συνδικάτων, ώστε να υπάρχει τόσο η προστασία των αδυνάτων, όσο και η επέκταση και ποιοτική αναβάθμιση των παροχών του κοινωνικού κράτους στο μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού.

Οι κατακτήσεις ολόκληρων γενεών μέσα από σκληρούς αγώνες, όπως ο κατώτατος μισθός, οι συντάξεις, τα οικογενειακά επιδόματα, τα επιδόματα ανεργίας, οι δομές κοινωνικής πρόνοιας όπως η υγεία και η παιδεία δεν πρέπει να ξεχαστούν και να καταργηθούν, αλλά αντίθετα πρέπει να μπουν πάλι στο κάδρο των κεκτημένων και αυτονόητων δικαιωμάτων, αφού το αντίθετο οδηγεί ένα μεγάλο μέρος της κοινωνίας στην κοινωνική εξαθλίωση και στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Το κοινωνικό κράτος δεν πρέπει να ταυτιστεί με την φιλανθρωπία, αλλά με την κοινωνική δικαιοσύνη και την αξιοπρέπεια που πρέπει κάθε άνθρωπος να έχει. Η απάντηση στην οικονομική κρίση δεν μπορεί να είναι η νεοφιλελεύθερη πολιτική που

προτάσσει τη συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και τη μείωση του εργατικού κόστους, αλλά το να δοθεί πάλι νόημα στις έννοιες της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής συνοχής. Πρέπει να καταστεί πάλι ενεργό το κοινωνικό συμβόλαιο του γαλλικού διαφωτισμού, πρέπει η οικονομική ανταγωνιστικότητα να αποσυνδεθεί από το μισθολογικό κόστος, αφού σήμερα όταν μιλάμε για βελτίωση της ανταγωνιστικότητας σχεδόν πάντα εννοούμε μείωση μισθών και να συνδεθεί με άλλους παράγοντες όπως η καινοτομία και η εξειδίκευση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Η αγορά υγείας σήμερα

6.1. Η αγορά υγείας σήμερα

Η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα οδήγησε σε πτώση του παρεχόμενου επιπέδου της υγείας, αφού οι πολίτες δεν έχουν πλέον τη δυνατότητα να απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος αποτελούσε έναν από τους βασικούς παρόχους, κυρίως λόγω έλλειψης αναμονής, ενώ οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν δεν κατάφεραν να διευκολύνουν την πρόσβαση και την κάλυψη των πολιτών. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια οδήγησαν στην ενοποίηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων, κάτω από την εποπτεία αρχικά του ΕΟΠΥΥ, και στη συνέχεια του ΠΕΔΥ. Θεσμοθετήθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, καθώς και η δυνατότητα χρήσης γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων με ταυτόχρονη αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου σε περίπτωση επιλογής του πρωτοτύπου. Εφαρμόστηκε το clawback (επιστροφή) και το rebate (έκπτωση), δηλαδή η επιστροφή δαπανών που υπερέβαιναν ένα όριο με ταυτόχρονη οριζόντια περικοπή επί της αμοιβής των δαπανών.

Αυτές οι μεταρρυθμίσεις όμως έχουν σχεδόν αποκλειστικά μόνο οικονομικά κριτήρια και όχι κριτήρια τα οποία να αποτελούν μια ολοκληρωμένη πρόταση για τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Δεν θεσμοθετήθηκε ο οικογενειακός γιατρός ενώ επίσης δεν αναπτύχθηκαν οι πολιτικές πρόληψης. Δεν σημειώθηκε επίσης σημαντικός εξορθολογισμός των οικονομικών, ενώ ο προσανατολισμός των αλλαγών είναι, είτε η επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας μέσω του clawback και του rebate, είτε των πολιτών.

Παρουσιάζεται μείωση της κρατικής χρηματοδότησης αλλά και μείωση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, με συνέπεια μεγάλο μέρος του πληθυσμού, κυρίως τα πιο αδύναμα οικονομικά στρώματα να μην έχουν πρόσβαση στην αγορά υγείας. Το χρηματοδοτικό βάρος που υφίστανται οι πολίτες για να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας παρότι είναι ασφαλισμένοι, αποτελεί ένα σημαντικό θέμα που απασχολεί τη βιβλιογραφία, αλλά και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσό των χρημάτων που ο ασφαλισμένος πρέπει να πληρώσει, τόσο πιο δυσβάστακτο γίνεται αυτό για το φτωχό και τόσο περισσότερο του απαγορεύει την πρόσβασή του σε υπηρεσίες υγείας.²⁷

Οι νομοθετικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας την περίοδο των μνημονίων, προφανώς υπό την πίεση των δανειστών, στοχεύουν πρωτίστως να βελτιώσουν τα δημοσιονομικά του συστήματος υγείας. Τα μέτρα αποσκοπούν κυρίως στον περιορισμό και εξορθολογισμό των δαπανών και στην αύξηση των εσόδων. Έτσι έχουμε μεν μείωση των δαπανών, η οποία επιτυγχάνεται όμως σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρουσιάζεται επίσης μείωση του προσωπικού εξαιτίας αποχωρήσεων εργαζομένων, κυρίως λόγω αθρόων συνταξιοδοτήσεων, με συνέπεια επιπλέον καθυστερήσεις. Αυξήθηκαν οι ανισότητες, δεν μειώθηκε η εμπορευματοποίηση της υγείας ούτε η διαφθορά και δεν ενισχύθηκε ο δημόσιος χαρακτήρας της υγείας.

Επίσης πλήθος μελετών αναφέρονται στις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των ατόμων. Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης αυξάνεται ο αριθμός των μακροχρόνια ανέργων και των φτωχών και ως εκ τούτου το επίπεδο υγείας των πολιτών της χώρας χειροτερεύει. Το ποσοστό των ατόμων που δηλώνει ότι δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε υπηρεσίες υγείας για οικονομικούς λόγους υπερδιπλασιάζεται την περίοδο 2004 - 2013 και ειδικότερα το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 48,7% την περίοδο 2009 - 2013 που είναι επίπτωση της υπάρχουσας κρίσης αυτή την περίοδο.²⁸

Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμα μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, ενώ οι

²⁷ <http://www.isoinhealth.com/index.php/arthra> - *Μιχάλης Χλέτσος Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών*

²⁸ Eurostat Database

κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση υπηρεσιών υγείας, άρα και στο επίπεδο υγείας εντείνονται. Βλέπουμε να εμφανίζονται φαινόμενα ραγδαίας επιδείνωσης της υγείας, κυρίως της ψυχικής, ιδιαίτερα για τα κατώτερα στρώματα καθώς και λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης, ειδικά για τους άνεργους που δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ούτε σε φάρμακα.

Συμπερασματικά οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας είναι κάτι παραπάνω από εμφανείς και συνεχώς επιδεινώνονται. Η κάλυψη του πληθυσμού από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Δημόσιου τομέα δεν είναι αυτή που πρέπει, ενώ σημαντικό μέρος βρίσκεται αποκλεισμένο από πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω του οικονομικού κόστους.

6.2. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ

Κομβική αλλαγή που επηρέασε την αγορά υγείας στην Ελλάδα ήταν η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ θεμελιώθηκε στη βάση ενός σύγχρονου ενιαίου συστήματος υγείας, το οποίο θα δομείται στις αρχές της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού της επικράτειας, της ελεύθερης επιλογής των χρηστών, του ελαχίστου χρόνου πρόσβασης και της ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας υγείας. Συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 και ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1^η Ιανουαρίου 2012, αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Στη συνέχεια, τέθηκε αποκλειστικά υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Στόχος του ΕΟΠΥΥ, πέραν της δημοσιονομικής ωφέλειας ήταν να καταφέρει να ξεπεράσει τις στρεβλώσεις που δημιουργούνταν από την ύπαρξη διαφόρων ταμείων, με διαφορετικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών, που καθιστούσαν την αγορά υγείας πολυδιασπασμένη χωρίς την απαραίτητη κεντρική στόχευση.

Αποσκοπούσε επίσης στη δημιουργία οικονομιών κλίμακας μέσω της καλύτερης αξιοποίησης των πόρων, στην εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας προς όφελος της υγείας των χρηστών, αλλά και στην επίτευξη καλύτερων οικονομικών αποτελεσμάτων, καθώς και στην αποτροπή δημιουργίας μονοπωλιακών τάσεων. Βασικός στόχος ήταν επίσης, η βελτίωση και η διεύρυνση των επιλογών που θα είχαν οι χρήστες του συστήματος.

Σημαντική αλλαγή ήταν όμως η ενίσχυση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας, η οποία αποτελεί στρατηγικής

σπουδαιότητας επιλογή για την επιτυχή μεταρρύθμιση στην αγορά υγείας. Επιδιώκει τον αποτελεσματικότερο έλεγχο του κόστους, αλλά και τη συγκράτηση της δαπάνης, διαμέσου της διαφάνειας των δαπανών και της δυνατότητας του ΕΟΠΥΥ να επιλέγει με βάση το χαμηλότερο κόστος, της συνεχούς παρακολούθησης του προϋπολογισμού, της στροφής από το νοσοκομειοκεντρικό σύστημα και της αντικατάστασης μίας ευρείας δεσμίδας δαπανηρών ενεργειών οι οποίες διενεργούνται σε δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τις σύγχρονες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των δικτύων.²⁹

Αποκτώντας ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη σαν κυρίαρχος παίκτης στην αγορά, θα εξασφαλίζει τον αποτελεσματικότερο έλεγχο των δαπανών υπογράφοντας συμβάσεις με τους ιδιώτες επαγγελματίες του χώρου. Θα λειτουργεί μέσω κλειστών προϋπολογισμών στη βάση ιστορικών απολογιστικών στοιχείων και ειδικότερα, αφ' ενός του μεγέθους του πληθυσμού και αφ' ετέρου παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με τα επιδημιολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης.

Αποτελεί ίσως την κυριότερη μεταρρύθμιση που συντελέσθηκε στο χώρο της αγοράς υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΣΥ, αν και η κριτική που του ασκείται, είναι ότι απέχει πολύ από το να χαρακτηριστεί ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα, καθώς και το ότι δομήθηκε με μοναδικό σκοπό και βασικό πλαίσιο λειτουργίας του τη μείωση των δαπανών, σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μπορεί να ειπωθεί πως η συγχώνευση των ταμείων δεν είχε καμία σχέση με την ανάγκη δημιουργίας σύγχρονων δομών υγείας, ούτε είχε στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες, παρά μόνο τον περιορισμό των δαπανών

Επίσης δέχτηκε κριτική για τη μη ένταξη στον οργανισμό όλων των ταμείων αφού έμειναν έξω αρκετά ταμεία, με συνέπεια τόσο τη διατήρηση ανισοτήτων, όσο και τη δημιουργία από τη αρχή της ύπαρξής του, καταστάσεων που δεν συνάδουν με τον σκοπό της ίδρυσής του. Στην συνέχεια όμως ενσωματώθηκαν σχεδόν όλα τα ταμεία στον ΕΟΠΥΥ, εκτός από κάποια αυτοχρηματοδοτούμενα, όπως των δημοσιογράφων.

²⁹ http://www.pis.gr/images/site/100/441_eopyy_first_draft_15_10_final.pdf- η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 βήματα για τη μεταρρύθμιση, σελ 6-Οκτώβριος 2013

Στην πορεία βέβαια ο ΕΟΠΥΥ με το νόμο 4238/2014 εξελίχθηκε από πάροχο, σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, αν και στην αρχή θεωρούταν ότι εάν διαχωριστεί η παροχή από την αγορά και προκύψουν δύο διαφορετικοί οργανισμοί με χωριστούς προϋπολογισμούς, τότε είναι βέβαιο ότι ο οργανισμός παροχής θέλοντας να συγκρατήσει ή και να μειώσει το δικό του προϋπολογισμό, θα μειώσει τις παροχές με αποτέλεσμα να επιβαρυνθεί κατά πολύ περισσότερο ο προϋπολογισμός του Οργανισμού Αγοράς Υγείας³⁰. Έτσι υπέγραψε σύμβαση με τις Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδας για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και την υποστήριξη του δημόσιου δικτύου υγείας.

6.3. Το νέο σχέδιο για τη δημόσια πρωτοβάθμια υγεία

Τον τελευταίο χρόνο παρουσιάστηκε ένα νέο σχέδιο δράσης για την πρωτοβάθμια υγεία. Οι βασικοί άξονες του συστήματος είναι οι αποκεντρωμένες δομές σε επίπεδο κοινότητας που θα αποκαλούνται Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY). Οι TOMY θα αποτελούνται από οικογενειακούς γιατρούς, παιδίατρο, νοσηλευτές, κοινωνικό λειτουργό, μαία και επισκέπτη υγείας και θα υποστηρίζονται και διοικητικά. Κάθε δομή θα καλύπτει πληθυσμό 10.000-12.000 κατοίκων. Δημιουργείται δηλαδή μία διεπιστημονική ομάδα υγείας στην οποία θα υπάρχει καθολική πρόσβαση, με ευθύνη συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς και στόχο την ολιστική φροντίδα υγείας, από την πρόληψη και τους εμβολιασμούς μέχρι τους προσυμπτωματικούς ελέγχους, την λειτουργία ηλεκτρονικού φακέλου, την κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων, την παραπομπή στα άλλα επίπεδα του συστήματος, την αποθεραπεία-αποκατάσταση, καθώς και το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Με αναφορά στην κοινότητα και με παρέμβαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας όπως, απασχόληση, εισόδημα, διατροφή, συνθήκες διαβίωσης και ατομικής υγιεινής, συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, περιβαλλοντική προστασία.³¹ Το υπουργείο σχεδιάζει ότι έως το 2020 το δίκτυο θα καλύπτει 4,25 εκατ. πληθυσμού, με στόχο να μειωθούν κατά 10,4 εκατ. οι επισκέψεις σε νοσοκομεία και σε συμβεβλημένους γιατρούς. Σύμφωνα με τα στοιχεία του

³⁰ http://www.pis.gr/images/site/100/441_eopyy_first_draft_15_10_final.pdf- η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 βήματα για τη μεταρρύθμιση, σελ 12

³¹ Ομιλία του υπουργού υγείας Α. Ξανθού στην ημερίδα «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», η οποία πραγματοποιήθηκε στις 9 -10 Μαΐου στην Αθήνα

υπουργείου, το 2014 πραγματοποιήθηκαν 27,3 εκατ. επισκέψεις σε γιατρούς, εκ των οποίων 11,9 εκατ. έγιναν σε 9.189 γιατρούς εξωτερικών ιατρείων δημόσιων νοσοκομείων, 9,3 εκατ. επισκέψεις σε συμβεβλημένους γιατρούς και 6,1 εκατ. επισκέψεις σε γιατρούς των μονάδων του ΠΕΔΥ.³²

Το νέο αυτό σχέδιο, θέλει να φέρει νέα ήθη στη σχέση πολιτών και υπηρεσιών υγείας, με βασικό άξονα τον εξωστρεφή προσανατολισμό των υπηρεσιών, την πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ηλεκτρονικού φακέλου, την πρόληψη και αγωγή υγείας και την τακτική παρέμβαση του νέου συστήματος σε σχολεία και χώρους εργασίας. Θέλει να εξασφαλίσει επίσης την πλήρη και ισότιμη πρόσβαση με μηδενικές τιμές κατά τη στιγμή της παροχής, να εξορθολογήσει το σύστημα και να υπάρχει προγραμματισμός στις ροές των ασθενών. Πρόκειται για μία προσπάθεια που θεωρείται ότι θα καταπολεμά την υγειονομική φτώχεια, τις ανισότητες, την εμπορευματοποίηση της υγείας, τη διαφθορά και θα ενισχύει το δημόσιο χαρακτήρα της.

Η νέα αυτή συγκρότηση απαιτεί σαφή σχεδιασμό και αξιολόγηση της πορείας υλοποίησής της, γι' αυτό και θα προχωρήσει σταδιακά, ξεκινώντας πιλοτικά σε 4 Δήμους της χώρας και με ορίζοντα πλήρους ανάπτυξης τη δεκαετία, ενώ οι υπάρχουσες δομές του ΠΕΔΥ θα παραμείνουν, αλλάζοντας σταδιακά με βάση το συγκεκριμένο σχεδιασμό, σε μονάδες δευτεροβάθμιου χαρακτήρα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τις λεγόμενες Μονάδες Αναφοράς. Εκεί θα γίνονται οι πιο εξειδικευμένες εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις.

Η χρηματοδότηση θα προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τους κοινοτικούς πόρους των διαρθρωτικών ταμείων. Στόχος του Υπουργείου υγείας είναι να εξοικονομήσει πόρους από τον προϋπολογισμό υγείας, εκπαιδεύοντας τον πολίτη σε μία λιγότερο καταναλωτική συμπεριφορά υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας την τεχνητή ζήτηση, την πολυφαρμακία και την επιβάρυνση των νοσοκομείων, αφού ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που προσέρχονται σήμερα στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων θα εξυπηρετούνται από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Ευελπιστεί επίσης στην αναβάθμιση της ΠΦΥ, με τον οικογενειακό γιατρό να μη λειτουργεί μόνο στο επίπεδο της διάγνωσης, αλλά να συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης,

³² <http://www.kathimerini.gr/866822/article/epikairothta/ellada/h-prwtova8mia-frontida-ygeias-allazei-koyltoyra/> 9-7-2016

ενώ τα ιατρεία θα συνεργάζονται με τα κέντρα υγείας αστικού τύπου. Βέβαια και το νέο σχέδιο αφενός δε διευκρινίζει ακριβώς τις αρμοδιότητες του οικογενειακού γιατρού, αφετέρου δεν έχει καμία αναφορά στη σχέση με τους συμβεβλημένους φορείς στο κομμάτι των εργαστηριακών εξετάσεων, όπου παρουσιάζεται και το μεγαλύτερο πρόβλημα δαπανών. Παρότι οι εξαγγελίες βρίσκονται εντός μιας λογικής κατεύθυνσης, έχουν όμως αποσπασματικό χαρακτήρα και δεν εντάσσονται στο πλαίσιο μιας συνολικής πολιτικής για την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

6.4. Αγορά υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση – το παράδειγμα της Σουηδίας

Όλοι οι κάτοικοι της Σουηδίας καλύπτονται από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας³³, το οποίο υποστηρίζει τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας και βρίσκεται υπό την εποπτεία του κράτους. Οι επενδύσεις στον τομέα της περίθαλψης είναι περίπου το 9% του Α.Ε.Π. ,ενώ το σύστημα υγείας είναι σταθερό επί χρόνια και οι προσπάθειες που γίνονται για να διατηρηθεί σε υψηλό επίπεδο συνεχείς. Το σύστημα υγείας αναπτύχθηκε μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο με ταχύτατους ρυθμούς και από τις αρχές της δεκαετίας του '70, θεωρείται ένα από τα καλύτερα οργανωμένα και αποκεντρωμένα συστήματα, όχι μόνο στην Ευρώπη, αλλά παγκοσμίως. Το κράτος φροντίζει να εξασφαλίζονται οι αναγκαίοι πόροι για προσωπικό και γνώση και να τηρούνται όλα τα διεθνή πρότυπα. Η κεντρική και κυρίως η τοπική Αυτοδιοίκηση, είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση, την επίβλεψη και την αξιολόγηση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας, καθώς και με την συστηματική προώθηση και βελτίωση της ήδη υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Βασικό χαρακτηριστικό που παρατηρούμε είναι ότι το Σουηδικό μοντέλο στην αγορά υγείας, έχει ως κύριο άξονα λειτουργίας του την τοπική αυτοδιοίκηση και όχι την κεντρική διοίκηση. Αυτή μπορούμε να πούμε ότι είναι και η κύρια διαφορά που έχει, με τα υπόλοιπα εθνικά και δημόσια συστήματα υγείας, η εξουσία δηλαδή που έχει η τοπική διοίκηση στα οργανωτικά και χρηματοδοτικά θέματα

Στη Σουηδία το μεγαλύτερο μέρος των φόρων που πληρώνουν οι πολίτες πηγάζει στην τοπική αυτοδιοίκηση, σε δημοτικό και νομαρχιακό επίπεδο. Ένα μικρότερο μέρος πηγάζει στην κεντρική κυβέρνηση στην Στοκχόλμη, η οποία

³³ Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο συστημάτων και πολιτικών υγείας

αναδιανέμει τα χρήματα αυτά σε όλη την επικράτεια αναλόγως των προτεραιοτήτων που τίθενται.

Βάσει των κανονισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας, η αρμοδιότητα της οργάνωσης, της διαχείρισης και της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης ανήκει σε κάθε κράτος μέλος, όπως επίσης και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για αυτές τις υπηρεσίες³⁴. Έτσι λοιπόν, στη Σουηδία την ευθύνη για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και την αγορά υγείας, την έχουν τα 23 νομαρχιακά συμβούλια και οι 3 μεγάλοι δήμοι της χώρας³⁵. Μελετώντας περαιτέρω το σύστημα υγείας της Σουηδίας, αυτό που μπορούμε να δούμε είναι ότι καταφέρνει, όχι μόνο να ενσωματώνει όλα όσα οι συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης επιτάσσουν, εξασφαλίζοντας τις ελάχιστες προδιαγραφές αποτελεσματικής λειτουργίας των εθνικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και να τις ξεπερνάει προς όφελος του πολίτη, δημιουργώντας ένα εξαιρετικό πλέγμα παροχών υγείας. Έτσι βλέπουμε ότι εξασφαλίζεται η ισότιμη παροχή υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική και επαγγελματική τους κατάσταση. Επίσης, εξασφαλίζονται οι τρεις βασικές κατηγορίες της διασυνοριακής φροντίδας υγείας που προβλέπει η Ευρωπαϊκή Ένωση, οι οποίες αφορούν τους μετανάστες, τους εργαζόμενους που διαμένουν προσωρινά σε κράτος μέλος καθώς και τους μετακινούμενους ασθενείς κατόπιν έγκρισης του ασφαλιστικού φορέα.

Το Σουηδικό σύστημα υγείας θεωρείται ως ένα από τα καλύτερα συστήματα παγκοσμίως, ενώ και στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζεται σαν σημείο αναφοράς και πολλές κυβερνήσεις θα ήθελαν να το εφαρμόσουν, αφού κάτι τέτοιο θα τις εξύψωνε στα μάτια της κοινής γνώμης. Κύριο γνώρισμά του, είναι η καθολικότητα και η ισότιμη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες όλων των κατοίκων χωρίς αποκλεισμούς οι οποίοι έχουν να κάνουν με οικονομικούς ή εθνικούς λόγους. Χαρακτηριστικό στοιχείο που δείχνει τη σημασία που δίνει το Σουηδικό κράτος στην αγορά υγείας, είναι ότι παρότι παρέχει στους πολίτες ένα σύστημα πρότυπο αποτελεσματικότητας και οργάνωσης, προσπαθεί να το βελτιώνει συνέχεια μέσω

³⁴ Συνθήκες Ρώμης, Μάαστριχ, Άμστερνταμ, Νίκαιας

³⁵ http://www.ggka.gr/sseu_sw.htm-γενική γραμματεία κοινωνικών ασφαλίσεων, το Σουηδικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης

παρεμβάσεων που γίνονται τόσο από την κεντρική κυβέρνηση, όσο και από τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Στη Σουηδία, όλοι οι πολίτες που ζουν στο έδαφός της, με οποιοδήποτε καθεστώς, ακόμη και οι μετανάστες χωρίς χαρτιά και οποιασδήποτε καταγωγής, απολαμβάνουν τις ίδιες παροχές υγείας, χωρίς την παραμικρή διάκριση. Έτσι βλέπουμε ότι η πολιτική υγείας που εφαρμόζεται στην Σκανδιναβική αυτή χώρα, δεν αφορά μόνο τους Σουηδούς πολίτες, αλλά κάθε κάτοικο της χώρας, χωρίς να εξετάζει τον τρόπο που βρέθηκε εκεί, δίνοντας έτσι το σωστό παράδειγμα για κάθε σύστημα υγείας, το οποίο πρέπει να δίνει βαρύτητα και έμφαση στον άνθρωπο, ανεξάρτητα αν είναι πολίτης της χώρας ή όχι.

Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσω της γενικής φορολογίας κατά ένα ποσοστό 84,1%, από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές κατά 0,6%, από τους ιδιώτες κατά 14,8% ενώ ένα ποσοστό 0,5% προκύπτει από άλλες πηγές³⁶. Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο είναι το πολύ μικρό μερίδιο της ιδιωτικής ασφάλισης στις υπηρεσίες της αγοράς υγείας, το οποίο είναι αποτέλεσμα του πολύ καλά οργανωμένου συστήματος, που δεν αφήνει περιθώρια για την ύπαρξη ιδιωτών, αν και τα τελευταία χρόνια, έχουν κάνει την εμφάνισή τους και ιδιωτικές εταιρείες στον τομέα της υγείας, αφού στα πλαίσια εξοικονόμησης πόρων, υπάρχει κάποια στασιμότητα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και μία μετατόπιση στην αγορά υγείας προς τον ιδιωτικό τομέα.

Την ευθύνη της διοίκησης και της ροής των οικονομικών πόρων, την έχουν οι τοπικές αρχές, οι οποίες χωρίζουν τους τομείς υγειονομικής περίθαλψης και οι οποίοι με τη σειρά τους, χωρίζονται σε υποτομείς που αντιστοιχούν σε κάθε Δήμο της χώρας. Το κράτος έχει την ευθύνη, να οργανώνει και να χρηματοδοτεί την ιατρική έρευνα και τα μεγάλα ακαδημαϊκά νοσοκομεία, δηλαδή έχει τον έλεγχο των πλέον σημαντικών κομματιών της αγοράς υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα τελευταία χρόνια, η διοίκηση των νοσοκομείων έχει παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης, η οποία δεν έχει αφήσει ανεπηρέαστη και τη Σουηδία και οδηγεί στον περιορισμό των κρατικών δαπανών.

³⁶ ΟΟΣΑ health statistics 2015

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 επιχειρήθηκε, όπως και στη Μεγάλη Βρετανία, διαχωρισμός αγοραστών και προμηθευτών, ενώ παράλληλα δόθηκαν κίνητρα για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, στον οποίο περιλαμβάνονται ξενώνες ήπιας νοσηλείας και μικρά νοσοκομεία με λιγότερες από 50 κλίνες³⁷.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι το Σουηδικό σύστημα υγείας, είναι κατά κύριο λόγο αποκεντρωμένο και διοικούμενο ανά τομέα, με στόχο να μπορεί η πολιτεία να ελέγχει και να λύνει γρήγορα και άμεσα τα προβλήματα που προκύπτουν, χωρίς να δημιουργούνται ιδιαίτερες δυσκολίες στους πολίτες.

Υπάρχει επίσης το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας (SPRI), το οποίο ασχολείται με τον προγραμματισμό και την έρευνα, σε θέματα που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα του συστήματος, αλλά και με την αναζήτηση μέτρων και πολιτικών, για την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών που σχετίζονται με την αγορά υγείας³⁸.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ο πυλώνας δηλαδή κάθε συστήματος, παρέχεται από τα κέντρα υγείας. Ο πληθυσμός που εξυπηρετεί κάθε κέντρο υγείας ποικίλλει, αλλά συνήθως δεν ξεπερνάει τις πενήντα χιλιάδες. Το προσωπικό που απασχολείται στα κέντρα υγείας, είναι γιατροί με ειδικότητα στη γενική ιατρική και νοσηλευτές, ενώ στα περισσότερα υπάρχει επίσης γυναικολόγος, παιδίατρος, ορθοπαιδικός και ψυχίατρος. Οι σχέσεις εργασίας που υπάρχουν είναι οι εξής, οι γενικοί γιατροί, που απασχολούνται κυρίως στα κέντρα υγείας αμείβονται με βάση τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιούν, ενώ οι γιατροί των νοσοκομείων είναι δημόσιοι υπάλληλοι, που αμείβονται από τα νομαρχιακά συμβούλια της περιοχής δραστηριοποίησης. Υπάρχει επίσης ένα μικρό ποσοστό ιδιωτών γιατρών, οι οποίοι έχουν σύμβαση με τον δημόσιο τομέα.

Βέβαια τα τελευταία χρόνια ασκείται έντονη κριτική για τον τρόπο λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Υγείας, με βασική αιχμή ότι κύριο μέλημα είναι να σταματάνε τη ροή των ασθενών προς τα νοσοκομεία και όχι να παρέχουν την αναγκαία περίθαλψη. Υπάρχουν αρκετές καταγγελίες ασθενών για διαγνώσεις οι οποίες γίνονται αργότερα στα νοσοκομεία και ενώ, έχουν εξετασθεί αρχικά στα

³⁷ <http://www.healthview.gr/>

³⁸ Θεοδώρου- Σαρρής- Σούλης, συστήματα υγείας, εκδόσεις παπαζήση,

κέντρα υγείας³⁹, χωρίς να γίνει η κατάλληλη διάγνωση, κάτι που οφείλεται σύμφωνα με την προαναφερόμενη κριτική, στην προσπάθεια να μειωθεί η ροή των ασθενών προς τα νοσοκομεία.

Αυτή η κριτική θεωρεί, ότι υπάρχει μία σταδιακή προσπάθεια να μειωθούν οι δαπάνες που προορίζονται για την υγειονομική περίθαλψη, κάτι το οποίο αναγκαστικά μπορεί να γίνει μόνο εις βάρος της ποιότητας και βλέπουν ότι στόχος είναι ο περιορισμός των υγειονομικών παροχών τις οποίες απολαμβάνει ο πληθυσμός της Σουηδίας.

6.5. Πόροι του Σουηδικού συστήματος υγείας

Οι πόροι μέσω των οποίων χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας στη Σουηδία, προέρχονται από τη φορολόγηση των πολιτών, που πραγματοποιείται από τα περιφερειακά και δημοτικά συμβούλια, ενώ υπάρχει σε μικρότερο ποσοστό και η χρηματοδότηση απευθείας από την κυβέρνηση. Ο τρόπος υπολογισμού της κρατικής χρηματοδότησης, προκύπτει από τον πληθυσμό της κάθε περιφέρειας και κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του, τα οποία συνδέονται με τη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών ανά περιοχή, καθώς και από τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχονται, δηλαδή λειτουργεί βάσει στατιστικών δεδομένων. Οι διακυμάνσεις σε ποσοστό ΑΕΠ των δαπανών υγείας είναι οι εξής, από 4,7% το 1960, έφτασαν το 9,5% το 1980, ενώ μειώθηκαν σε 8,6% το 1990 εξαιτίας παρεμβάσεων που έγιναν για τη μείωση των δαπανών⁴⁰. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ποσοστού, το οποίο έφτασε το 11% το 2013⁴¹, η οποία οφείλεται όμως στην μείωση του ΑΕΠ και όχι στην αύξηση των δαπανών για την υγεία.

6.6. Εθνική Ασφάλιση Υγείας

Οι κυβερνητικοί πόροι μέσω των οποίων χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας, προέρχονται από τις εισφορές των εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων στην Εθνική

³⁹ <https://www.alfavita.gr/arhron/>

⁴⁰ Στοιχεία Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, (ΟΟΣΑ)

⁴¹ ΟΟΣΑ, health statistics 2015

Ασφάλιση Υγείας, η οποία είναι υποχρεωτική από το 1955 και καλύπτει εκτός των άλλων, τα επιδόματα ασθενείας και μητρότητας, καθώς και κάποιες υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονται από το σύστημα υγείας, όπως οι οδοντιατρικές. Οι μισθωτοί δεν είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν εισφορές στην εθνική ασφάλιση, καθώς το ποσοστό συμμετοχής που τους αναλογεί, πληρώνεται μέσω των φορολογικών κρατήσεων που τους γίνονται απευθείας στη μισθοδοσία. Τα νοσοκομεία έχουν ξεχωριστό προϋπολογισμό το κάθε ένα, ο οποίος περιλαμβάνει τις δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού, καθώς επίσης και το κόστος των φαρμάκων και των αναλώσιμων υλικών. Τα τελευταία χρόνια κάποιες περιφέρειες εφαρμόζουν πιλοτικά το σύστημα των κλινικών προϋπολογισμών, ώστε εάν στο τέλος του οικονομικού έτους υπάρχει ένα μέρος των χρημάτων το οποίο έχει μείνει διαθέσιμο, να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση των νοσοκομείων. Αυτό έχει στόχο τη βελτίωση των υποδομών, μέσω της μείωσης των δαπανών, κάτι που χωράει πολύ συζήτηση όμως εάν μπορεί να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά χωρίς να υποβαθμίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφού η προσπάθεια εξοικονόμησης χρημάτων, πολλές φορές υλοποιείται σε βάρος, τόσο της τεχνολογικής αναβάθμισης, όσο και του ύψους των μισθών του προσωπικού, κάτι που δημιουργεί δυσaréσκεια και γκρίνια.

6.7. Συμμετοχή ασθενών

Στη συνέχεια θα μιλήσουμε για τις χρεώσεις των προσερχόμενων στις δομές υγείας και τους γιατρούς. Σήμερα, το μάξιμουμ της δαπάνης έχει καθορισθεί στα 122 Ευρώ ετησίως για κάθε δικαιούχο. Βέβαια για τους ασθενείς κάτω των 20 ετών δεν υπάρχουν χρεώσεις. Για τα συνταγογραφούμενα σκευάσματα, εισπράττεται κρατική ενίσχυση, διαπραγματεύσιμη μεταξύ της Ένωσης Περιφερειών και Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και της κυβέρνησης, ενώ οι χρήστες καταβάλλουν ένα μέρος της αξίας τους με ιδία συμμετοχή. Σε διάστημα 12 μηνών, το όριο της ιδιωτικής συμμετοχής δεν μπορεί να ξεπεράσει τα 244 Ευρώ. Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν αποζημιώνονται και τα πληρώνουν οι ασθενείς με δική τους δαπάνη αποκλειστικά.

Συνολικά, οι χρεώσεις στις οποίες υποβάλλεται κάθε ασφαλισμένος που προσέρχεται στις δομές υγείας είναι οι ακόλουθες. Οι ιατρικές επισκέψεις, εκτός νοσοκομείου, χρεώνονται μεταξύ 11-22 ευρώ. Οι αντίστοιχες σε νοσοκομειακές μονάδες κυμαίνονται μεταξύ 25-35 Ευρώ. Τα παιδιά και οι κάτω των 20 ετών έχουν

μηδενική χρέωση. Η ίδια πολιτική εφαρμόζεται και στην οδοντιατρική θεραπεία για τους κάτω των 20 ετών. Στις πρωτοβάθμιες δομές, οι εμβολιασμοί, οι εξετάσεις, οι συμβουλές και οι θεραπείες, παρέχονται επίσης δωρεάν στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Ανάλογα, οι εγκυμονούσες απαλλάσσονται οποιασδήποτε χρέωσης σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης⁴².

Η νοσηλεία χρεώνεται ημερησίως με το ποσό των 9 ευρώ, ενώ υπάρχουν απαλλαγές, για τους ασθενείς κάτω των 20 ετών ή εκπτώσεις βάσει εισοδήματος, ηλικίας ή διάρκειας νοσηλείας που καθορίζονται από τα Περιφερειακά Συμβούλια.

Στην οδοντιατρική περίθαλψη, καταβάλλεται ολόκληρο το ποσό μέχρι τα 333 Ευρώ και στην συνέχεια υπάρχει κλιμακωτή συμμετοχή, με απαλλαγές όμως για συγκεκριμένες ομάδες.

Στις δαπάνες της φαρμακευτικής περίθαλψης, η συμμετοχή του κράτους είναι μικρή. Πρέπει να πληρώσει ο ασθενής μόνος του τα πρώτα 250 ευρώ κάθε χρόνο και μετά, τα φάρμακα τα οποία βέβαια πρέπει να είναι συνταγογραφούμενα είναι δωρεάν. Τις συνταγές δεν χρειάζεται καν να τις εκτυπώνουν οι γιατροί από τον υπολογιστή και να τις δίνουν στους ασθενείς. Τις στέλνουν ηλεκτρονικά στο φαρμακείο και πηγαίνει ο ασθενής και παραλαμβάνει τα φάρμακα από αυτά με την επίδειξη της ταυτότητάς του.

6.8. Φαρμακευτική δαπάνη

Υπεύθυνος οργανισμός για την φαρμακευτική δαπάνη είναι ο Εθνικός Φορέας Σουηδικών Φαρμακείων⁴³, ο οποίος ελέγχει την αγορά και διανομή των φαρμάκων και εποπτεύεται από την κεντρική κυβέρνηση. Το κόστος κάθε συνταγής δεν πρέπει να ξεπερνά ένα συγκεκριμένο ποσό, κάτι το οποίο γίνεται για λόγους ελέγχου των δαπανών, ενώ όλα τα φάρμακα που συνταγογραφούνται, πρέπει να είναι εγκεκριμένα από μία ειδική επιτροπή του υπουργείου και εγγεγραμμένα στη λίστα φαρμάκων. Το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι 10% περίπου των συνολικών δαπανών

⁴² Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο συστημάτων και πολιτικών υγείας

⁴³ Θεοδώρου- Σαρρής- Σούλης, συστήματα υγείας

υγείας και καλύπτεται είτε μέσω των κρατικών κονδυλίων, είτε με τη συμμετοχή των ασθενών, η οποία μπορεί διαφοροποιείται, αναλόγως της πάθησης ή του φαρμάκου.

6.9. Ιδιώτες γιατροί

Το πλαίσιο συνεργασίας των ιδιωτών γιατρών με το Σουηδικό δημόσιο είναι το ακόλουθο. Η τοπική αυτοδιοίκηση, αποφασίζει κατά τακτά χρονικά διαστήματα και κατά περιοχή, το πόσοι γιατροί ανά ειδικότητα και ανά περιφέρεια θα έχουν σύμβαση με το Δημόσιο. Η απόφαση λαμβάνεται ανάλογα με τον αριθμό του πληθυσμού που καλύπτει κάθε περιφέρεια, αλλά και με το πόσα κέντρα υγείας και νοσοκομεία υπάρχουν ήδη στην περιοχή. Ένας ιδιώτης γιατρός λοιπόν, για να συνεργασθεί με το Σουηδικό δημόσιο θα πρέπει, ή να περιμένει να προκηρυχθεί καινούρια θέση για την ειδικότητά του ή να αγοράσει τη θέση από έναν ιδιώτη της ειδικότητάς του, που έχει ήδη σύμβαση και ο οποίος πρόκειται να συνταξιοδοτηθεί.

6.10. Συμπεράσματα για την αγορά υγείας στη Σουηδία

Κλείνοντας, αυτό που μπορούμε να συμπεράνουμε, είναι ότι το Σουηδικό σύστημα υγείας κατατάσσεται στα πιο εξελιγμένα Ευρωπαϊκά συστήματα, στηριζόμενο στις δημόσιες δαπάνες, οι οποίες πραγματοποιούνται είτε απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, είτε μέσω της τοπικής αυτοδιοίκησης, η οποία έχει βαρύνοντα ρόλο σε όλη την κρατική οργάνωση της χώρας, έχοντας διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η οργάνωση και διοίκηση του συστήματος, βρίσκεται υπό τον έλεγχο της τοπικής αυτοδιοίκησης, κάτι που είναι και η σημαντικότερη διαφοροποίηση, σε σχέση με τα άλλα δημόσια συστήματα υγείας που εφαρμόζονται στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.

Επίσης βλέπουμε ότι υπάρχει πολύ μικρή συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, κάτι το οποίο οφείλεται, στην επάρκεια των υπηρεσιών που παρέχει το δημόσιο σύστημα υγείας και που κάνει περιττή την παρουσία ιδιωτών. Βέβαια υπάρχουν κάποια προβλήματα, τα οποία έχουν να κάνουν με την αναμονή στους γιατρούς, αλλά κυρίως με την προσπάθεια εξοικονόμησης δαπανών, χαρακτηριστικό σημείο των τελευταίων ετών και που έχει ως συνέπεια την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε γενικές γραμμές πάντως, παρέχονται σχεδόν τα πάντα δωρεάν στους πολίτες, η χρηματοδότηση γίνεται με ιδίους πόρους, ενώ η ιδιωτική πρωτοβουλία,

έχει πολύ μικρή συμμετοχή, η οποία συνήθως είναι σε έργα τα οποία γίνονται για την ενίσχυση της αποδοτικότητας του συστήματος και την παροχή υπηρεσιών υψηλότερου επιπέδου από τις ήδη υπάρχουσες. Η ευθύνη της ιατρικής έρευνας επίσης, στοιχείο πολύ σημαντικό για την αποτελεσματικότητα της δημόσιας υγείας ανήκει στο κράτος

Ένα ακόμη σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η καθολικότητα του συστήματος και η ισότιμη πρόσβαση που έχουν όλοι οι κάτοικοι της χώρας, χωρίς αποκλεισμούς, ανεξάρτητα από το αν είναι πολίτες της ή όχι, κάτι που δείχνει την ανθρωποκεντρικότητα του συστήματος, η οποία πρέπει να είναι το επίκεντρο, σε όλα τα συστήματα πολιτικών υγείας.

Πυλώνας του συστήματος είναι τα κέντρα υγείας, τα οποία παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ αν χρειασθεί περαιτέρω νοσηλεία, οι ασθενείς παραπέμπονται στα νοσοκομεία, τα οποία είναι δημόσια και η νοσηλεία είναι δωρεάν.

Μπορούμε τελικά συνοψίζοντας να πούμε, ότι στη Σουηδική αγορά υγείας, παρά τις περικοπές που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, στα πλαίσια του εξορθολογισμού των δαπανών και της γενικότερης μείωσης δυστυχώς, αυτού που αποκαλούμε κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη, ως συνέπεια της επικράτησης των νεοφιλελεύθερων πολιτικών, παραμένει, ένα σύστημα που σχεδόν όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη και οι πολίτες αυτών θα ζήλευαν, παρέχοντας ιατρικές υπηρεσίες υψηλού επιπέδου και δίνοντας στους χρήστες της αγοράς υγείας τη δυνατότητα να επιλέγουν ποιοτικές υπηρεσίες με πολύ χαμηλό κόστος, συνέπεια της ορθολογικής διαχείρισης των οικονομικών αλλά και της αποτελεσματικής οργάνωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Η Ελληνική αγορά υγείας

7.1. Πως πρέπει να δομηθεί η αγορά υγείας στην Ελλάδα

Η αγορά υγείας στην Ελλάδα, δηλαδή η αγορά κάθε ιατρικής και φαρμακευτικής υπηρεσίας που προσφέρεται με αντίτιμο, πρέπει κατά τη γνώμη μου να δομηθεί πάνω στις αρχές της ελεύθερης και χωρίς εμπόδια και αποκλεισμούς πρόσβασης όλων όσων την έχουν ανάγκη. Άποψη μου είναι ότι δεν θα πρέπει το κόστος των ιατρικών

υπηρεσιών να αποτελεί εμπόδιο στην παροχή αυτών σε οποιονδήποτε, ούτε θα έπρεπε να υπάρχουν διαχωρισμοί στο επίπεδο των υπηρεσιών που λαμβάνει κάποιος, οι οποίοι έχουν να κάνουν με την οικονομική κατάσταση του καθενός. Δυστυχώς όμως είναι ξεκάθαρο ότι παρόλο που μπορούμε να πούμε ότι δεν υπάρχουν εκτεταμένοι αποκλεισμοί από τις υπηρεσίες υγείας, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η πρόσβαση σε αυτές και η ποιότητα τους δεν περιλαμβάνει εκτεταμένες ανισότητες, οι οποίες έχουν να κάνουν τόσο με την οικονομική δυνατότητα που έχει κάποιος, η οποία του επιτρέπει να επισκέπτεται με αμοιβή γιατρούς υψηλότερου επιπέδου ή ιδιωτικά νοσοκομεία με άμεση εξυπηρέτηση, όσο και με το σε ποιο ταμείο είναι ασφαλισμένος, κάτι που βέβαια εξομαλύνθηκε αρκετά με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ.

Πρέπει να ξεφύγουμε από τις λογικές που βλέπουν την αγορά υγείας ως κόστος που επιβαρύνει τους κρατικούς προϋπολογισμούς και κύριο μέλημά τους έχουν τη μείωση των δαπανών για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών και των υποδομών της υγείας πρέπει να είναι αποκλειστικά κρατική υπόθεση μέσα στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους και να μην μεταφέρεται στους πολίτες ως ατομική ευθύνη. Δεν πρέπει η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας να συνδέεται με την οικονομική κατάσταση του καθενός, ούτε να αντιμετωπίζονται όσοι έχουν ανάγκη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ως εμπόρευμα και πελάτες.

7.2. Η πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Κάθε εργαζόμενος της Ευρωπαϊκής κοινότητας έχει δικαίωμα επαρκούς κοινωνικής προστασίας και παροχών κοινωνικής ασφάλισης σε ικανοποιητικό επίπεδο. Επίσης κάθε εργαζόμενος πρέπει να απολαμβάνει ικανοποιητικών συνθηκών προστασίας της υγείας και της ασφάλειας του στο χώρο εργασίας του. Οι εθνικές κυβερνήσεις είναι αρμόδιες για την οργάνωση και την εξασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης. Ο ρόλος της ΕΕ είναι να συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές:

- βοηθώντας τις κυβερνήσεις της ΕΕ να επιτυγχάνουν κοινούς στόχους,
- δημιουργώντας οικονομίες κλίμακας, μέσω της συγκέντρωσης των πόρων,

- βοηθώντας τα κράτη μέλη της ΕΕ να αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, όπως πανδημίες, χρόνιες ασθένειες ή τις επιπτώσεις του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Η πολιτική υγείας της ΕΕ, η οποία υλοποιείται μέσω της στρατηγικής για την υγεία εστιάζει στα εξής:

- πρόληψη, ιδίως μέσω της προαγωγής πιο υγιεινών τρόπων ζωής,
- ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους (ανεξάρτητα από εισόδημα, φύλο, εθνική καταγωγή κ.λπ.),
- αντιμετώπιση σοβαρών απειλών κατά της υγείας που αφορούν περισσότερες από μία χώρες της ΕΕ,
- φροντίδα για την υγεία των ηλικιωμένων
- προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών.⁴⁴

7.3. Το Ελληνικό σύστημα υγείας την περίοδο πριν την ένταξη στα μνημόνια

Το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα μικτό σύστημα, όπου σε ό,τι αφορά τη δομή του συνυπάρχει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας, σε ό,τι αφορά τον τρόπο χρηματοδότησής του στηρίζεται στους δημόσιους πόρους, δηλαδή τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές καθώς και στις ιδιωτικές πληρωμές. Αρκετοί θεωρούν ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό σύστημα, αφού συνυπάρχουν στοιχεία από το μοντέλο Bismarck και από το μοντέλο Beveridge. Η γέννηση του ΕΣΥ το 1983 (Ν. 1397/1983) σηματοδοτεί μία προσπάθεια της κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ την περίοδο εκείνη, να δημιουργήσει ένα δημόσιο σύστημα υγείας στα πρότυπα του μοντέλου Beveridge με σκοπό την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη του συνόλου του ελληνικού πληθυσμού. Το ΕΣΥ αποτελεί την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια για τη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας το οποίο προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας

⁴⁴ https://europa.eu/european-union/topics/health_el

περίθαλψης μέσω των Κέντρων Υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Ο δυισμός που χαρακτηρίζει το ελληνικό σύστημα υγείας αντικατοπτρίζεται άμεσα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία προσφέρεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς μέχρι την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, είτε με την παροχή υπηρεσιών μέσω δικών τους κέντρων ή ιατρών είτε μέσω συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα ιδιωτών ιατρών, αλλά και από τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία.⁴⁵

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (Ν. 1397/1983) αποτέλεσε ίσως τη σοβαρότερη προσπάθεια μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας. Όμως σημαντικές νομοθετικές ρυθμίσεις που εμπεριέχονταν στο νόμο δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή εφαρμόστηκαν αρκετά περιορισμένα. Δεν επιτεύχθηκε ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, δεν υπήρξε ουσιαστική αποκέντρωση του συστήματος υγείας και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, αναπτύσσοντας την υποδομή του συστήματος υγείας, περιορίζοντας σημαντικά το ρόλο του ιδιωτικού τομέα και ενισχύοντας κυρίως το ρόλο του δημοσίου και του κράτους. Με την πάροδο του χρόνου η πρωτοβάθμια περίθαλψη και οι υπηρεσίες πρόληψης περιορίστηκαν έως και εγκαταλείφθηκαν στα πλαίσια του ΕΣΥ, το οποίο εστίασε πλήρως στο θεσμό του νοσοκομείου και έγινε νοσοκομειοκεντρικό. Σε ότι αφορά τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, οι ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία είναι από τις υψηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ 28,4% το 2012, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 19%. Όλη αυτή την περίοδο παρατηρούνταν διογκούμενα δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη, που οφείλονταν τόσο στις τεχνητά αυξημένες δαπάνες για την υγεία, την υπερκοστολόγηση των υπηρεσιών, την ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, καθώς και στην αδυναμία συλλογής εσόδων, στην ελλιπή δημόσια χρηματοδότηση ανεξάρτητη του πραγματικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁴⁶

⁴⁵ Μιχάλης Χλέτσος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών, <http://www.isoinhealth.com/index.php/arhra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

⁴⁶ Μιχάλης Χλέτσος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών, <http://www.isoinhealth.com/index.php/arhra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

Ανεξαρτήτως της δομής που τελικά έλαβε το ΕΣΥ, μπορούμε να επισημάνουμε τρία βασικά χαρακτηριστικά του στοιχείου, α) ο ρόλος του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας παρέμενε κυρίαρχος και σαφώς υποδεέστερος ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, β) το κράτος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων ήταν κυρίως ο άμεσος παραγωγός υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούσαν ταυτόχρονα και ως αγοραστές υπηρεσιών, κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γ) η κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών καθοριζόταν από το κράτος και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δε σχετιζόταν άμεσα με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, δ) το σύστημα υγείας δημιουργούσε συνεχώς ελλείμματα και ε) υπήρχε άνιση πρόσβαση και άνιση κατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες.⁴⁷

Η έναρξη της κρίσης βρήκε το Σύστημα Υγείας να είναι αντιμέτωπο με σοβαρά προβλήματα αναποτελεσματικότητας, με μεγάλα δημοσιονομικά προβλήματα και με αυξανόμενη τη δυσαρέσκεια των Ελλήνων πολιτών για την κατάσταση στο σύστημα υγείας και για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

7.4. Η αγορά υγείας την περίοδο της κρίσης

Η αδυναμία της Ελλάδας να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές την οδήγησε στη σύναψη συμφωνίας, το γνωστό μνημόνιο με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, με την οποία η Ελλάδα θα δανειζόταν χρήματα από τον Μηχανισμό Στήριξης (ESM). Η χρηματοδότηση της Ελλάδας μέσω αυτού του μηχανισμού είχε ως απαραίτητη προϋπόθεση την λήψη συγκεκριμένων μέτρων και δράσεων από πλευράς της ελληνικής κυβέρνησης σε διάφορους τομείς που στόχευαν στη βελτίωση των δημοσιονομικών της χώρας και στην επίτευξη της ανάπτυξης. Από τότε έχουν υπογραφεί δύο μνημόνια ακόμη, ενώ όλη αυτή την περίοδο επήλθαν σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στο σύστημα υγείας που στοχεύουν κυρίως στην αλλαγή της δομής του, αλλά και στο δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του. Οι βασικές αλλαγές που σημειώθηκαν είναι οι ακόλουθες.

⁴⁷ Μιχάλης Χλέτσος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών, <http://www.isoinhealth.com/index.php/arhra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

α) Δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ (Ν. 3918/2011) που προκύπτει από τη συνένωση καταρχήν επτά μεγάλων ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου) για να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο συντριπτικό ποσοστό των ασφαλισμένων της χώρας. Οι παροχές που προσφέρει ο ΕΟΠΥΥ είναι παροχές σε είδος και παροχές σε χρήμα. Την περίοδο αυτή ο ΕΟΠΥΥ απορροφά τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ και λειτουργεί ταυτόχρονα ως πάροχος και αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ έχει και δικούς τους ιατρούς, που εργάζονται στις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ, αλλά συνεργάζεται και με ιατρούς που αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ με βάση τις ιατρικές επισκέψεις που δέχονται.

Ο ΕΟΠΥΥ αν και αποτελεί ένα φιλόδοξο τόλμημα που αποσκοπεί στην ενιαία παροχή υπηρεσιών υγείας, εντούτοις στήθηκε πρόχειρα και χωρίς σοβαρή αναλογιστική μελέτη για τη βιωσιμότητά του, αφού καλείται να καλύψει τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών Ταμείων στο χώρο της Υγείας χωρίς να έχει προβλεφθεί η ανάλογη χρηματοδότηση και με ένα προϋπολογισμό που αποδεικνύεται ανεπαρκής για τις υποχρεώσεις που έχει. Ένα εξίσου επιβαρυντικό στοιχείο της βιωσιμότητάς του, είναι ότι δεν έχει καμία εικόνα για τα έσοδά του, δηλαδή τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, αφού αυτές πιστοποιούνται και εισπράττονται από τα ασφαλιστικά Ταμεία, τα οποία στη συνέχεια του μεταφέρουν σε μεταγενέστερο χρόνο το ποσό που αναλογεί στις εισφορές στον κλάδο της υγείας.⁴⁸

β) Με τον Ν. 4238 / 2014, αλλάζει η φυσιογνωμία και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος παραμένει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ σηματοδοτεί και την αλλαγή του τρόπου λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την σημαντική αναβάθμιση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος διεκδικεί να υποκαταστήσει σε αρκετές περιπτώσεις το δημόσιο τομέα, αφού από τη μία η απαξίωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και το λουκέτο που μπαίνει στην ουσία σε πολλές δομές υγείας και από την άλλη οι συμβάσεις που έχει υπογράψει ο ΕΟΠΥΥ

⁴⁸ Μιχάλης Χλέτσος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών, <http://www.isoinhealth.com/index.php/arhtra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

με τους ιδιώτες παρόχους υγείας στέλνουν τους ασφαλισμένους στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Η αλλαγή της φυσιογνωμίας του ΕΟΠΥΥ, σημαίνει στην πραγματικότητα την πολιτική επιλογή της ιδιωτικοποίησης του Ελληνικού συστήματος υγείας. Βέβαια τόσο η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, όσο και η μετέπειτα αλλαγή του μόνο σε αγοραστή των υπηρεσιών υγείας έχει ως στόχο τη συγκέντρωση των πόρων σ' ένα μόνο φορέα ώστε να γίνεται ορθολογικότερη διαχείριση των δαπανών και την προσπάθεια να αυξηθούν οι χρηματοδοτικοί πόροι του. Συνολικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι στόχος του ΕΟΠΥΥ είναι ο έλεγχος των δαπανών υγείας και η ορθολογικότερη κατανομή τους, κάτι το οποίο δεν μπορούμε να πούμε όμως ότι επιτυγχάνεται.

γ) Μέτρα που συμβάλλουν στον περιορισμό των δαπανών του συστήματος υγείας όπως η θεσμοθέτηση του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου (KEN), με το ΦΕΚ 1702/β/2011, το οποίο αποτελεί ένα νέο τρόπο αποζημίωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων, η ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας (Ν. 3918/2011) και η ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ παρέχοντας ηλεκτρονικές υπηρεσίες στους πολίτες και τη σύνδεσή του με τους παρόχους υγείας μέσω της εφαρμογής e-ΔΑΠΥ

δ) Μέτρα που συμβάλλουν στην αύξηση των εσόδων, όπως η θεσμοθέτηση του clawback, όπου 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 και η θεσμοθέτηση του rebate, η υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, καθώς επίσης και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Στα μέτρα που συμβάλλουν στην αύξηση των εσόδων μπορούμε να συμπεριλάβουμε και την αύξηση της ασφαλιστικής εισφοράς για τον κλάδο υγείας που περιλήφθηκε στη συμφωνία με την τρόικα τον Αύγουστο του 2015.

ε) Μέτρα για την αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας με τη νομοθέτηση της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων (ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014).

Οι νομοθετικές παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας την περίοδο των μνημονίων, που επιβάλλονται τόσο από την πίεση των δανειστών, όσο και από πολιτικές επιλογές που στοχεύουν στη ενίσχυση των ιδιωτών στην αγορά υγείας έχουν ως βασικό στόχο τη βελτίωση των δημοσιονομικών του συστήματος υγείας. Τα μέτρα αποσκοπούν στη μείωση και τον εξορθολογισμό των δαπανών και στην αύξηση των εσόδων, αλλά και στη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών και ειδικά των πλέον ευαίσθητων ομάδων στο σύστημα υγείας. Η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ, από πάροχο και αγοραστή, μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, εντάσσεται μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ενώ κατά τη νεοφιλελεύθερη αντίληψη στοχεύει και στη δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά υγείας μεταξύ των παρόχων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.

Ενώ η μείωση των δαπανών είναι εφικτή σε μεγάλο βαθμό αφού υπόκειται στην πολιτική βούληση να γίνει, η αύξηση των εσόδων εξαρτάται από πολλούς μη ελέγξιμους παράγοντες όπως είναι ο αριθμός των ανασφάλιστων, η μείωση του ΑΕΠ, το ύψος των εργοδοτικών εισφορών, η πάταξη της ανασφάλιστης εργασίας. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ενώ η βιωσιμότητα ενός οργανισμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αν έχει έσοδα τα οποία μπορεί και ελέγχει, δεν έχει θεσμοθετηθεί η άμεση καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών για την υγεία στον ΕΟΠΥΥ και όχι στα ασφαλιστικά Ταμεία όπως γίνεται μέχρι σήμερα. Έτσι ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να γνωρίζει με ακρίβεια ούτε ποια είναι τα έσοδά του, ούτε πολύ περισσότερο πότε θα τα εισπράττει. Αυτό συμβαίνει γιατί με τις εισφορές για τον κλάδο υγείας πληρώνεται μέρος των συντάξεων, λειτουργεί όμως εις βάρος του χώρου της υγείας.

7.5. Οι επιπτώσεις των μνημονίων στην αγορά υγείας

Οι μνημονιακές πολιτικές, οι πολιτικές λιτότητας δηλαδή, έχουν επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το χώρο της αγοράς υγείας, αφού βυθίζουν τη χώρα στην ύφεση με καταστροφικές συνέπειες και για τον τομέα της υγείας. Ακόμη και η δημοσιονομική σταθερότητα, την οποία επικαλούνται οι υποστηρικτές αυτών των πολιτικών είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί όπως θα δούμε, παρότι το επίπεδο υγείας επηρεάστηκε αρνητικά σε μεγάλο βαθμό

Η δημοσιονομική σταθερότητα ενός συστήματος επιτυγχάνεται όταν τα έσοδα του συστήματος μπορούν να χρηματοδοτήσουν τις δαπάνες του συστήματος.

Σε περίπτωση ελλειμμάτων επιχειρείται η μείωση των δαπανών και η αύξηση των εσόδων. Ενώ στην περίπτωση του ελληνικού συστήματος υγείας η μείωση των δαπανών επετεύχθη, πιθανώς σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα έσοδα όμως δεν αυξήθηκαν όπως ήταν αναμενόμενο, εξαιτίας της μείωσης του εθνικού εισοδήματος, της αύξησης του αριθμού των ανέργων και της αύξησης του αριθμού των ανασφάλιστων. Άρα η δημοσιονομική σταθερότητα του συστήματος υπό τις παρούσες συνθήκες δεν είναι εφικτή και η πολιτική ηγεσία θα πρέπει να το λάβει αυτό σοβαρά υπόψη της στα πλαίσια μιας συνολικής πρότασης για τη χρηματοδότηση του συστήματος.⁴⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

Δαπάνες υγείας

8.1. Χρηματοδοτικό βάρος των ασφαλισμένων

Το χρηματοδοτικό βάρος που υφίστανται οι πολίτες για να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας παρότι είναι ασφαλισμένοι, αποτελεί ένα σημαντικό θέμα που απασχολεί τις εθνικές κυβερνήσεις, τους Ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς καθώς και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσό των χρημάτων που ο ασφαλισμένος πρέπει να πληρώσει, τόσο πιο δύσκολα μπορούν να το πληρώνουν οι πιο φτωχοί και έτσι γίνεται απαγορευτική η πρόσβασή τους στην αγορά υγείας.

Πίνακας 1 : Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών για την υγεία (out-of pocket money), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Australia	19,0	19,1	20,4	19,2	19,9	..
Austria	17,5	17,4	17,7	17,9	17,5	17,4
Belgium	18,5	18,2	17,9	18,7	17,8	17,9
Canada	15,4	15,0	15,4	14,8	14,5	14,3

⁴⁹ Μιχάλης Χλέτσος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών,
<http://www.isoinhealth.com/index.php/arhra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

Chile	36,8	34,2	34,1	34,1	33,1	33,0
Czech Republic	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	14,7
Denmark	14,1	13,7	13,7	13,3	12,9	13,7
Estonia	20,5	21,2	18,7	17,8	20,7	21,8
Finland	19,9	19,8	20,3	19,7	19,1	19,3
France	7,9	7,8	7,7	7,1	6,9	6,7
Germany	14,1	13,9	14,1	14,1	14,1	13,5
Greece	37,9	28,4	29,4	28,7	28,8	30,7
Hungary	26,3	25,9	27,0	27,9	29,3	28,1
Iceland	16,0	16,6	18,2	18,0	17,9	17,8
Ireland	15,3	16,1	18,2	17,7	16,9	..
Israel	25,0	24,8	23,2	23,3	24,1	25,8
Italy	21,3	20,7	20,5	22,0	22,0	21,7
Japan	15,2	15,2	14,6	14,1	14,0	..
Korea	37,9	36,1	35,7	36,0	36,5	36,9
Luxembourg	10,1	9,9	10,2	11,2	11,6	..
Mexico	51,9	50,8	48,9	45,9	45,8	44,7
Netherlands	6,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,3
New Zealand	13,5	12,8	12,6	12,6	12,7	12,6
Norway	15,7	15,3	15,0	15,2	14,8	14,6
Poland	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6
Portugal	25,8	24,6	24,8	26,7	28,8	28,0
Slovak Republic	26,1	26,9	22,8	23,6	23,2	23,3
Slovenia	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6
Spain	21,0	19,1	20,4	20,6	22,1	..
Sweden	16,9	16,9	17,0	14,1	14,5	14,8
Switzerland	24,8	24,7	26,4	26,4	27,2	25,8
Turkey	19,2	14,5	16,9	15,9	15,9	16,9
United Kingdom	9,7	9,5	10,2	9,7	9,9	9,9
United States	13,3	12,8	12,5	12,5	12,4	12,3
OECD AVERAGE	20,2	19,4	19,5	19,3	19,5	19,9

Η Ελλάδα, αν και παρουσιάζει περίπου το ίδιο ποσοστό, ως προς το ΑΕΠ, συνολικών δαπανών για την υγεία σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, εντούτοις οι ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών είναι

περίπου μιάμιση φορά μεγαλύτερες από αυτές των χωρών του ΟΟΣΑ. Το 2008 οι ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό του συνόλου των πληρωμών στην Ελλάδα είναι 37,9% ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 20,2%. Παρόλο που στην περίπτωση της Ελλάδας το ποσοστό αυτό μειώνεται τα επόμενα χρόνια σαν συνέπεια της οικονομικής κρίσης και της αδυναμίας αρκετών, κυρίως φτωχών, άνεργων και ανασφάλιστων, οι οποίοι είτε δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για την αγορά υγείας, παραμένει όμως αρκετά υψηλό συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των χωρών του ΟΟΣΑ.⁵⁰

8.2. Επίπεδο υγείας των πολιτών

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα μελετών η οποία αναφέρεται στις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο της υγείας των ατόμων. Οι άνεργοι και οι φτωχοί είναι οι πιο ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού που εμφανίζουν τις περισσότερες πιθανότητες να επηρεαστεί το επίπεδο υγείας τους σε σχέση με άλλες κοινωνικές ομάδες. Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης αυξάνεται ο αριθμός των ανέργων, των μακροχρόνια ανέργων και των φτωχών και ως εκ τούτου το επίπεδο υγείας των πολιτών της χώρας χειροτερεύει. Οι περισσότερες μελέτες που έγιναν στην περίπτωση της Ελλάδας έδειξαν ότι το επίπεδο της αυτοεκτιμούμενης υγείας του πληθυσμού επηρεάστηκε αρνητικά από την οικονομική κρίση και ειδικότερα το επίπεδο υγείας των ανέργων.

Το επίπεδο υγείας εκφράζεται είτε μέσω δεικτών όπως είναι το ποσοστό θνησιμότητας, το προσδόκιμο ζωής κλπ, είτε μέσα από το αυτοεκτιμούμενο επίπεδο υγείας των πολιτών. Σε ότι αφορά τη χρήση των πρώτων δεικτών δεν αναμένεται να υπάρχει άμεσα οποιαδήποτε επίπτωση αφού η όποια επίπτωση της κρίσης αποτυπώνεται σε αυτούς τους δείκτες πολύ αργά. Αντίθετα μπορεί να αποτυπωθεί άμεσα η όποια επίπτωση στο αυτοεκτιμούμενο επίπεδο υγείας των πολιτών

Το προσδόκιμο ζωής τη στιγμή της γέννησης είναι ένας δείκτης που αποτυπώνει το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού. Όσο βελτιώνεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τόσο αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής. Τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα δείχνουν μία σαφή βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού όχι μόνο

⁵⁰ Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα του μηνονίου, 2011

από παλιά, αλλά και κατά τα τελευταία χρόνια της κρίσης. Τα στοιχεία για την παιδική θνησιμότητα δείχνουν μία σαφή βελτίωση έως και το 2009. Την περίοδο 2009 - 2013 υπάρχει μία μικρή χειροτέρευση χωρίς όμως να σημαίνει πραγματική χειροτέρευση του επιπέδου υγείας. Αντίθετα τα στοιχεία για τις αυτοκτονίες δείχνουν μία συνεχιζόμενη αύξηση από το 2001 και ιδιαίτερα από το 2009. Προφανώς η αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών.

Ένας άλλος τρόπος μέτρησης της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των πολιτών είναι η παρουσίαση του δείκτη του αυτοεκτιμώμενου επιπέδου υγείας τους, όπως αυτό προκύπτει από έρευνες πεδίου.⁵¹

Πίνακας 3 : Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας των πολιτών στην Ελλάδα την περίοδο 2004 - 2013

% ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού που δηλώνουν ότι έχουν
κακό επίπεδο υγείας

2004	6,3
2005	6,3
2006	6,3
2007	6,1
2008	6,6
2009	6,6
2010	6,7
2011	6,3
2012	6,6
2013	7,6

Πηγή : Eurostat Database

Σύμφωνα με τα ανωτέρω στοιχεία το ποσοστό των πολιτών που δηλώνουν ότι έχουν κακό επίπεδο υγείας είναι περίπου το ίδιο την περίοδο 2004 - 2009 και αυξάνεται από 6,6% το 2009 σε 7,6% το 2013. Έως και το 2012 το ποσοστό των

⁵¹Μιχάλης Χλέτσος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών,
<http://www.isoinhealth.com/index.php/arhra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

ατόμων με κακό επίπεδο υγείας παραμένει ίδιο με αυτό του 2009. Τα συγκεκριμένα στοιχεία δείχνουν μία χειροτέρευση του επιπέδου υγείας, ιδιαίτερα τον τελευταίο χρόνο.

8.3. Ίση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας

Η ίση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κεντρικό ζήτημα της πολιτικής υγείας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας είναι κοινωνικοί και οικονομικοί. Το εισόδημα αποτελεί βασικό παράγοντα πρόσβασης σε ένα σύστημα υγείας. Στα πλαίσια του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, η καταβολή ασφαλιστικών εισφορών είναι η αναγκαία και ικανή συνθήκη για να έχει ένα άτομο πρόσβαση στο σύστημα υγείας και να απολαμβάνει τις παροχές υγείας. Η μη καταβολή ασφαλιστικών εισφορών είτε γιατί είναι ανασφάλιστος, είτε γιατί είναι φτωχός σημαίνει και τον αποκλεισμό του από το σύστημα υγείας εκτός και αν ορίζεται διαφορετικά από το κράτος. Όπως δηλαδή βλέπουμε, σε όλα τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, απαιτείται η συμμετοχή του πολίτη στο κόστος απόκτησης ορισμένων υπηρεσιών. Είναι προφανές ότι ο άνεργος και ο φτωχός αδυνατούν να καταβάλουν αυτού του είδους τις πληρωμές και ως εκ τούτου δεν μπορούν να λάβουν υπηρεσίες υγείας που τους χρειάζονται. Σε νομοθετικό επίπεδο όμως υπάρχουν νομοθετικές ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν την πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ανέργων. Ένας δείκτης ο οποίος μπορεί να μας δείξει το βαθμό πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας είναι το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του σε υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 4 : Ποσοστό ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού που δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας επειδή είναι πολύ ακριβές

	Self-reported unmet needs for medical examination	Self-reported unmet needs for dental examination
2004	3,1	4,1
2005	3,2	4,9

2006	4,5	5,0
2007	4,6	5,1
2008	4,2	5,6
2009	4,0	5,7
2010	4,2	5,6
2011	6,2	6,8
2012	6,5	6,9
2013	7,8	8,1

Πηγή : Eurostat Database

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ανωτέρω πίνακα το ποσοστό των ατόμων που δηλώνει ότι δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε υπηρεσίες υγείας για οικονομικούς λόγους υπερδιπλασιάζεται την περίοδο 2004 - 2013 και ειδικότερα το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 48,7% την περίοδο 2009 - 2013 που είναι επίπτωση της υπάρχουσας κρίσης αυτή την περίοδο.

8.4. Προβληματισμοί

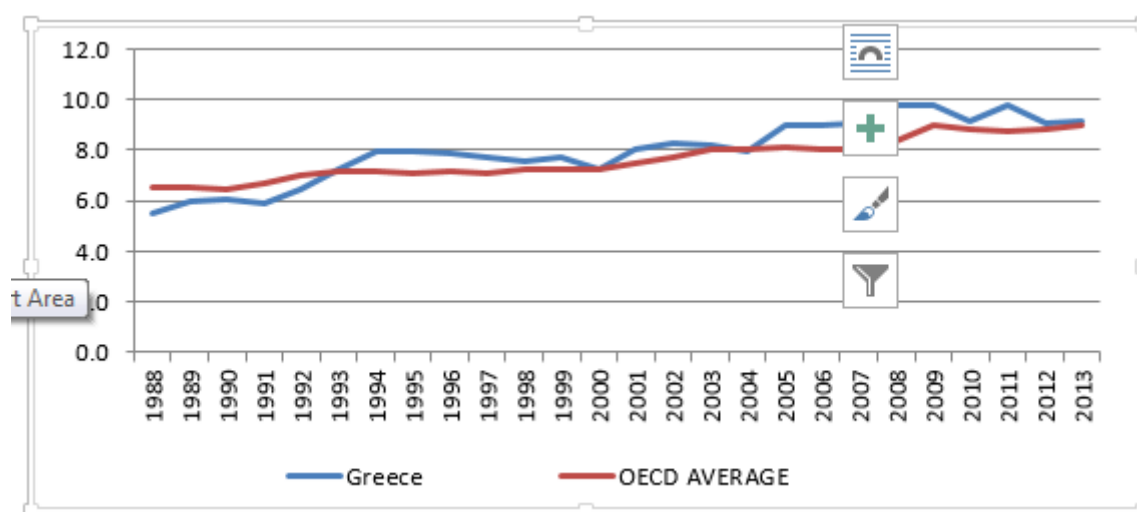
Η τρέχουσα περίοδος είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη περίοδος για το σύστημα υγείας το οποίο ευρίσκεται αντιμέτωπο με σοβαρά δομικά αλλά κοινωνικά προβλήματα. Προφανώς η υπάρχουσα οικονομική κρίση και οι εφαρμοζόμενες πολιτικές των μνημονίων δεν προκάλεσαν τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας. Τα προβλήματα αυτά προϋπήρχαν και απλά η οικονομική κρίση όξυνε κάποια από αυτά και οι δεσμεύσεις των κυβερνήσεων απέναντι στους δανειστές μας, μας ανάγκασαν να δούμε κατάματα την πραγματικότητα και να δράσουμε ώστε να τα επιλύσουμε. Ποια είναι όμως τα προβλήματα που πρέπει να επιλύσει το σύστημα υγείας.

Κατά τη γνώμη μου είναι βασικά δύο. Το πρώτο αφορά τη δημοσιονομική σταθερότητα του συστήματος υγείας ακουμπώντας τόσο την πλευρά των δαπανών, όσο και την πλευρά των εσόδων. Πέρασε η περίοδος που δεν μας απασχολούσε η δημιουργία ελλειμμάτων. Σήμερα κάθε υποσύστημα της κοινωνικής προστασίας, στην περίπτωσή μας το σύστημα υγείας, πρέπει να είναι οικονομικά βιώσιμο. Στα πλαίσια των αναζητήσεων τρόπων για την επίτευξη της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας τίθενται και ιδεολογικά ζητήματα που αφορούν το ρόλο του κράτους, το ρόλο του ιδιωτικού τομέα, καθώς και της αναμεταξύ τους σχέσης.

Το δεύτερο πρόβλημα που πρέπει να επιλύσει το σύστημα υγείας είναι να εξασφαλίσει ίση πρόσβαση σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου εισοδήματος και εργασιακής κατάστασης. Αυτό είναι σημαντικό και ιδιαίτερα δύσκολο σε περίοδο έντονης οικονομικής κρίσης.

8.5. Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ

Η ελληνική κυβέρνηση κατά τα τελευταία χρόνια μείωσε τις δαπάνες για υγεία από 9,8% το 2009, ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε 9,2% το 2013. Στο ακόλουθο διάγραμμα γίνεται η σύγκριση των δαπανών για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας και του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ.



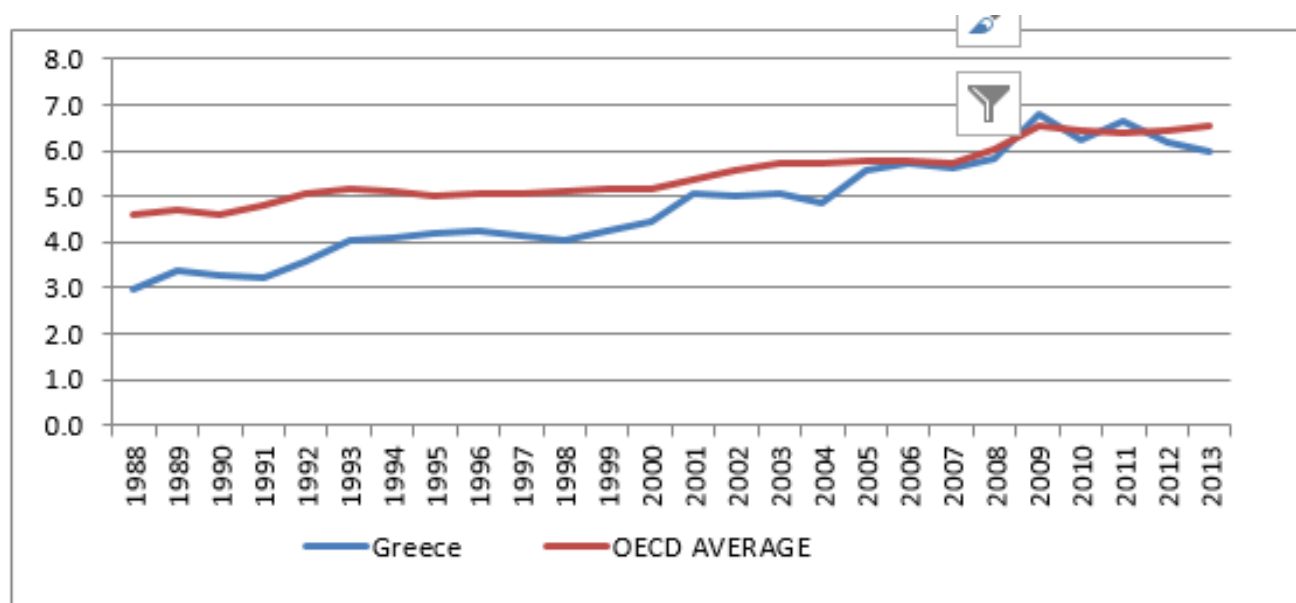
Πηγή : OECD Database

Από το ανωτέρω διάγραμμα προκύπτει ότι η Ελλάδα προσεγγίζει τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Σε ότι αφορά τις δημόσιες δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, η Ελλάδα πάντοτε δαπανούσε λιγότερα χρήματα από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, που σημαίνει ότι ανέκαθεν οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία στην Ελλάδα ήταν πάντοτε ψηλότερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

8.6. Δημόσιες δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ

Παρόλο που η δημόσια δαπάνη για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι χαμηλότερη στην Ελλάδα απ' ότι στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ, εντούτοις η απαίτηση της τρόικας είναι να διαμορφωθεί σε επίπεδο χαμηλότερο του 6% του ΑΕΠ. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ, μειώθηκε στην Ελλάδα από 6,8% το 2009 σε 6% το 2013. Την περίοδο 2005 - 2013 οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες

για υγεία σε πραγματικές τιμές αυξήθηκαν στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ κατά 2,2% και στην Ελλάδα μειώθηκαν κατά 4,1%. Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε την περίοδο 2009 - 2010 (-13,2%) και την περίοδο 2011 - 2012 (-12,8%).



Πηγή : OECD Database

Ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους πιο πολύπλοκους και ιδιαίτερους τομείς της οικονομίας μιας χώρας. Απαιτείται η κατανάλωση πολύ υψηλών πόρων του προϋπολογισμού της για την επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας και ευημερίας. Αποτελεί πρόκληση επομένως, η κατά το δυνατόν αποδοτικότερη προσέγγιση αναφορικά με την επίτευξη παροχής υψηλών αγαθών και υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη κατανάλωση το δυνατόν λιγότερων πόρων του κρατικού προϋπολογισμού για το σκοπό αυτό. Υποτομείς του τομέα υγείας μιας χώρας, όπως ο τομέας του φαρμάκου με τις αντίστοιχες δαπάνες του, βαρύνουν σημαντικά τη συνολική δαπάνη υγείας και χρήζουν μελέτης και ανάλυσης με σκοπό την εξορθολογικοποίησή τους. Παρακάτω θα δούμε την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας της Ελλάδας, τη περίοδο 2009 – 2013, αφενός για να αναδειχθεί, μέσα από αναλυτικούς πίνακες και διαγράμματα η μεγάλη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ως αποτέλεσμα των επιπτώσεων της κρίσης γενικότερα στην ελληνική οικονομία, αλλά και ειδικότερα στις δαπάνες υγείας και τις

φαρμακευτικές δαπάνες και αφετέρου, για να εξαχθούν συμπεράσματα αναφορικά με τη συσχέτιση εφαρμογής μέτρων και μεταρρυθμίσεων στο τομέα του φαρμάκου, την υπό μελέτη περίοδο και της απόδοσής τους όσον αφορά τη μείωση του φαρμακευτικού κόστους.

Έτος	Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2010	9,56%
2011	9,10%
2012	8,78%
2013	8,34%
2014	7,94%
2015	8,38%

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Το ΑΕΠ της Ελλάδας το έτος 2014 ανήλθε σε 185,6 δισ. ευρώ. Ενώ το 2015 ανήλθε σε 185 δισ. ευρώ και μάλιστα παρατηρήθηκε υποχώρηση στην κατανάλωση κατά 0,1%, οι επενδύσεις μειώθηκαν κατά 14,4% και οι εξαγωγές υποχώρησαν κατά 8,8% και οι εισαγωγές κατά 12,5%.

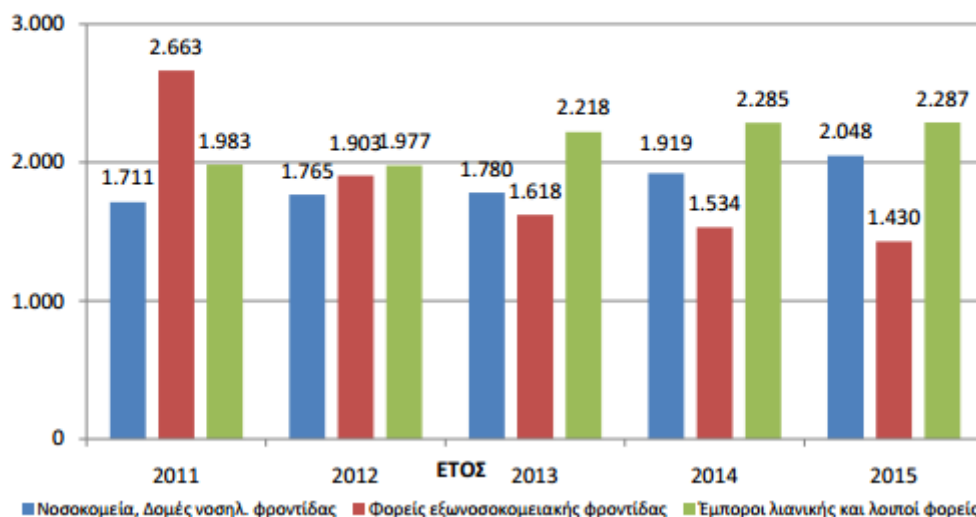
Πίνακας 3
Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ)

	2011	2012	2013	2014	2015	12/11 %	13/12 %	14/13 %	15/14 %
1.Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2+3+4)	18.835,7	16.780,9	15.058,5	14.130,9	14.731,9	-10,9%	-10,3%	-6,2%	4,3%
2.Χρηματοδότηση για δημόσια δαπάνη (2Α+2Β)	12.425,3	11.082,7	9.302,9	8.194,7	8.704,5	-10,8%	-16,1%	-11,9%	6,2%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	5.694,1	5.787,9	4.734,6	4.095,8	4.299,7	1,6%	-18,2%	-13,5%	5,0%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	1.261,8	917,9	1.081,4	1.074,3	1.486,1	-27,3%	17,8%	-0,7%	38,3%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	5.469,4	4.376,9	3.486,8	3.024,6	2.918,7	-20,0%	-20,3%	-13,3%	-3,5%
2Α.Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (ΗΦ.1.1)	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4.459,5	20,1%	-8,8%	-9,3%	6,8%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	3.580,1	4.454,4	4.032,3	3575,6	3582,9	24,4%	-9,5%	-11,3%	0,2%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	387,7	446,1	407,8	390,3	732,1	15,1%	-8,6%	-4,3%	87,6%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	234,4	145,9	162,9	210,6	144,5	-37,8%	11,7%	29,3%	-31,4%
2Β.ΟΚΑ (ΗΦ.1.2)*	8.223,1	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4.245,0	-26,6%	-22,1%	-14,5%	5,6%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	2.114,0	1.333,5	702,3	520,2	716,8	-36,9%	-47,3%	-25,9%	37,8%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	8/4,1	4/1,8	6/3,6	684,0	754,0	-46,0%	42,8%	-1,5%	10,2%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	5.235,0	4.231,0	3.323,9	2814,0	2774,2	-19,2%	-21,4%	15,3%	-1,4%
3.Ιδιωτικός τομέας (3Α+3Β)	6.357,9	5.644,6	5.616,2	5.737,8	5.765,4	-11,2%	-0,5%	2,2%	0,5%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	1.711,4	1.764,8	1.779,8	1.919,0	2.047,9	3,1%	0,8%	7,8%	6,7%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	2.663,1	1.903,2	1.618,4	1.533,9	1.430,4	-28,5%	-15,0%	-5,2%	-6,7%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	1.983,4	1.976,6	2.218,1	2.284,9	2.287,1	-0,3%	12,2%	3,0%	0,1%
3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (ΗΦ.2.1)	534,2	525,8	495,1	534,9	541,3	-1,6%	-5,8%	8,0%	1,2%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	379,6	377,2	358,2	395,1	394,1	-0,6%	-5,0%	10,3%	-0,3%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	53,3	50,8	47,7	50,0	57,2	-4,6%	-6,2%	4,8%	14,4%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	101,3	97,7	89,2	89,8	90,0	-3,6%	-8,7%	0,7%	0,2%
3Β. Ιδιωτικές Πληρωμές (ΗΦ.3.1)	5.823,7	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	-12,1%	0,0%	1,6%	0,4%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	1.331,8	1.387,6	1.421,6	1523,9	1653,8	4,2%	2,5%	7,2%	8,5%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	2.609,8	1.852,4	1.570,7	1483,9	1373,2	-29,0%	-15,2%	-5,5%	-7,5%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	1.882,1	1.878,9	2.128,9	2195,1	2197,1	-0,2%	13,3%	3,1%	0,1%
4.Λοιπές δαπάνες (ΗΦ.2.2, ΗΦ.2.3, ΗΦ.4, ΗΦ.0)	52,5	53,6	139,4	198,4	262,0	2,0%	160,1%	42,3%	32,1%

*Τα στοιχεία των ΟΚΑ έχουν αναθεωρηθεί λόγω μεθοδολογικής προσαρμογής που αφορά στην καταγραφή των στοιχείων σε δεδουλευμένη βάση.

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 5
Κατανομή Χρηματοδότησης Ιδιωτικού Τομέα Υγείας για τα έτη 2011-2015 (σε εκατ. ευρώ)



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

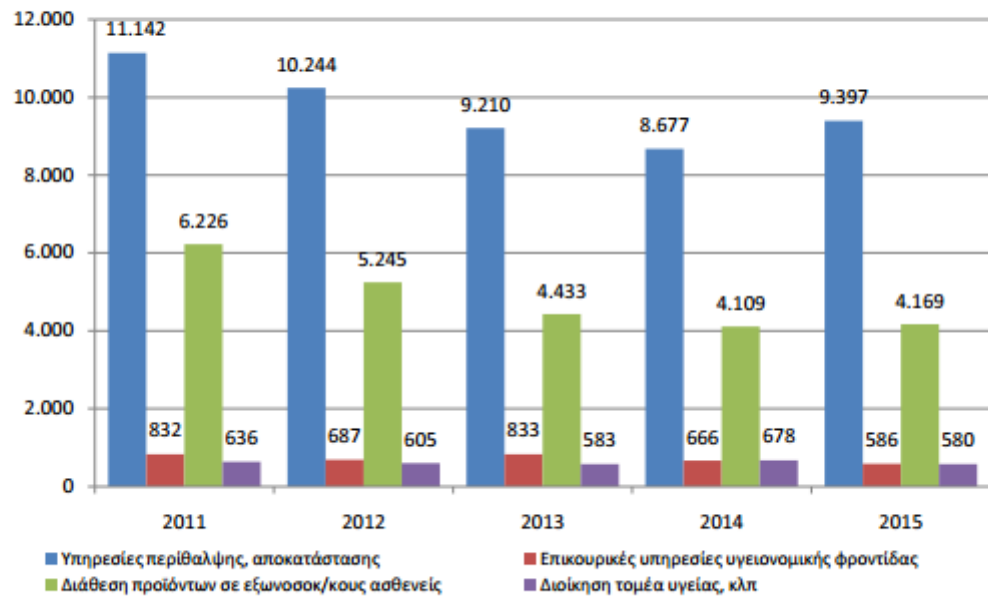
Στον πίνακα 3 και στο διάγραμμα 5 εμφανίζεται η χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Εμφανίζεται επίσης η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς τις εγχώριας οικονομίας (Κυβέρνηση εκτός Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης - Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης - νοικοκυριά - ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) προς τους προμηθευτές (νοσοκομεία - ιατρούς – φαρμακεία - διαγνωστικά κέντρα.)

Πίνακας 4
Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (σε εκατ. ευρώ)

	2011	2012	2013	2014	2015	12/11 %	13/12 %	14/13 %	15/14 %
1.Χρηματοδότηση δαπάνης υγείας (2+3+4) (HF.1.1+HF.4) σε :	18.835,7	16.780,9	15.058,5	14.130,9	14731,9	-10,9%	-10,3%	-6,2%	4,3%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	11.142,3	10.242,9	9.209,7	8.677,3	9396,9	-8,1%	-10,1%	-5,8%	8,3%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	829,2	686,2	833,1	666,4	586,4	-17,2%	21,4%	-20,0%	-12,0%
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	6.228,1	5.246,5	4.433,1	4.109,0	4169,1	-15,8%	-15,5%	-7,3%	1,5%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6+HC.0)	636,0	605,4	582,6	678,2	579,5	-4,8%	-3,8%	16,4%	-14,6%
2.Χρηματοδότηση δημόσιας δαπάνης (2A+2B) (HF.1.1,HF.1.2)	12.425,2	11.082,7	9.302,9	8.194,7	8704,5	-10,8%	-16,1%	-11,9%	6,2%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	6.710,5	6.517,2	5.668,5	5.021,4	5666,5	-2,9%	-13,0%	-11,4%	12,8%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	490,5	360,0	489,1	368,1	305,1	-26,6%	35,9%	-24,7%	-17,1%
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	4.684,7	3.693,8	2.648,2	2.212,2	2253,3	-21,2%	-28,3%	-16,5%	1,9%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6+HC.0)	539,5	511,8	497,1	593,0	479,6	-5,1%	-2,9%	19,3%	-19,1%
2Α.Χρηματοδότηση από την Κεντρική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4459,5	20,1%	-8,8%	-9,3%	6,8%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	3.815,1	4.746,0	4318,37	3819,7	4177,2	24,4%	-9,0%	-11,5%	9,4%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	109,6	85,9	59,87	57,5	62,4	-21,7%	-30,3%	-4,0%	8,5%
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	18,1	10,3	10,78	11,5	13,3	-43,1%	4,9%	6,7%	15,7%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6+HC.0)	259,4	204,3	214,09	287,8	206,6	-21,2%	4,8%	34,4%	-28,2%
2Β.Χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ (HF.1.2)*	8.223,0	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4245,0	-26,6%	-22,1%	-14,5%	5,6%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	2.895,4	1.771,2	1350,1	1201,7	1489,3	-38,8%	-23,8%	-11,0%	23,9%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	380,9	274,1	429,27	310,6	242,7	-28,0%	56,6%	-27,6%	-21,9%
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	4.666,6	3.683,5	2637,4	2200,7	2240,0	-21,1%	-28,4%	-16,6%	1,8%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6+HC.0)	280,1	307,5	283,0	305,2	273,0	9,8%	-8,0%	7,8%	-10,6%
3.Ιδιωτικός τομέας (3Α+3Β) (HF.2.1,HF.3.1)	6.357,9	5.644,5	5.616,2	5.737,8	5765,4	-11,2%	-0,5%	2,2%	0,5%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	4.383,1	3.675,6	3.405,5	3.460,9	3486,4	-16,1%	-7,3%	1,6%	0,7%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	338,7	326,2	343,9	298,3	281,3	-3,7%	5,4%	-13,3%	-5,7%
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	1.543,4	1.552,7	1.784,9	1.896,8	1915,8	0,6%	15,0%	6,3%	1,0%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6+HC.0)	92,7	90,0	81,9	81,8	81,9	-2,9%	-9,0%	-0,1%	0,1%
3Α.Χρηματοδότηση από την Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3	-1,6%	-5,8%	8,0%	1,2%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	441,5	435,7	413,172	453,1	459,4	-1,3%	-5,2%	9,7%	1,4%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6+HC.0)	92,7	90,0	81,8883	81,8	81,9	-2,9%	-9,0%	-0,1%	0,1%
3Β.Χρηματοδότηση μέσω πληρωμών νοικοκυριών (HF.3.1)	5.823,7	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5224,1	-12,1%	0,0%	1,6%	0,4%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	3.941,6	3.239,9	2992,29	3007,8	3027,0	-17,8%	-7,6%	0,5%	0,6%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	338,7	326,2	343,943	298,3	281,3	-3,7%	5,4%	-13,3%	-5,7%
Διάθεση προϊόντων σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	1.543,4	1.552,7	1.784,94	1.896,8	1.915,8	0,6%	15,0%	6,3%	1,0%
4.Χρηματοδότηση από λοιπούς φορείς (HF.2.2,HF.2.3,HF.4)	52,5	53,7	139,4	198,4	262,0	2,2%	159,6%	42,3%	32,1%
Υπηρεσίες περιβαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	48,7	50,1	135,8	195	244,0	2,8%	171,1%	43,6%	25,1%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6+HC.0)	3,8	3,6	3,6	3,4	18,0	-5,3%	0,0%	-5,6%	429,4%

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 6
Χρηματοδότηση Υγειονομικής Δαπάνης ανά Υγειονομική Δραστηριότητα για τα έτη 2011-2015 (σε εκατ. ευρώ)



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Στον πίνακα 4 και στο διάγραμμα 6 εμφανίζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς τις εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης - Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης – νοικοκυριά - ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και λοιπές δαπάνες, ΜΚΟ, Εκκλησία, ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδονοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα, φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα.).

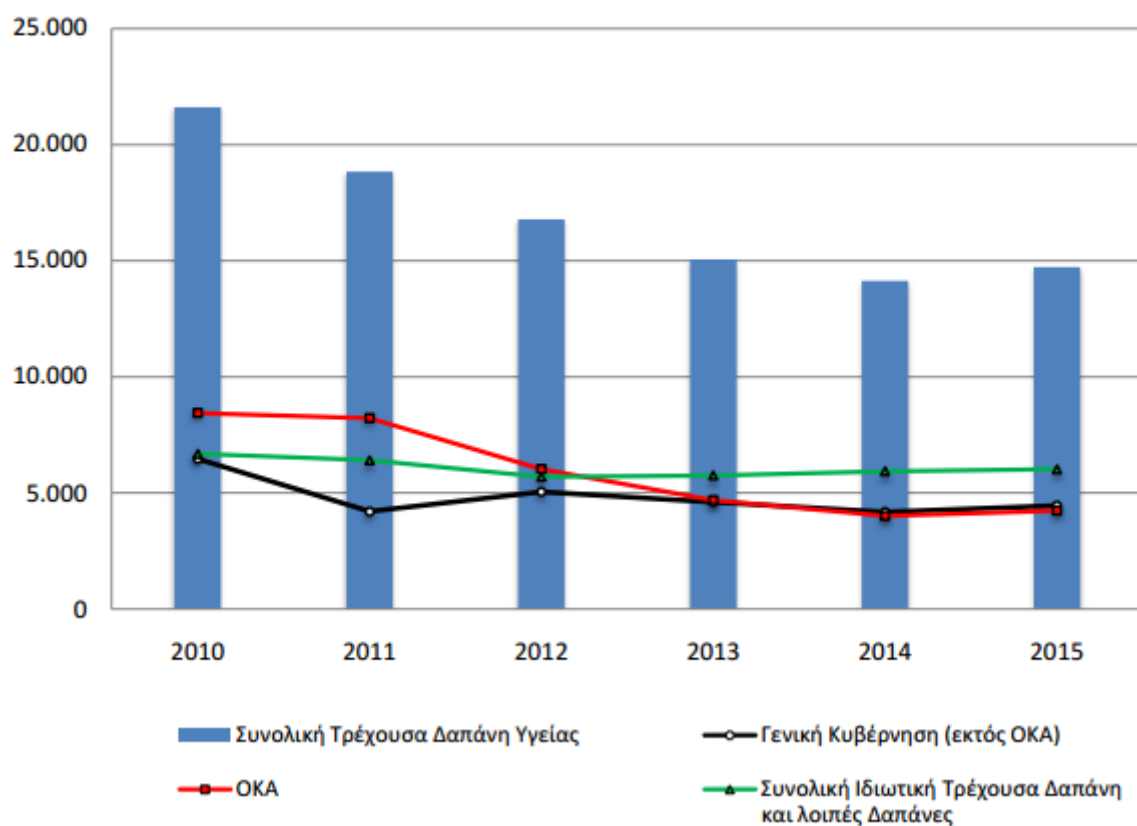
Πίνακας 3
Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ)

	2011	2012	2013	2014	2015	12/11 %	13/12 %	14/13 %	15/14 %
1.Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2+3+4)	18.835,7	16.780,9	15.058,5	14.130,9	14.731,9	-10,9%	-10,3%	-6,2%	4,3%
2.Χρηματοδότηση για δημόσια δαπάνη (2Α+2Β)	12.425,3	11.082,7	9.302,9	8.194,7	8.704,5	-10,8%	-16,1%	-11,9%	6,2%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	5.694,1	5.787,9	4.734,6	4.095,8	4.299,7	1,6%	-18,2%	-13,5%	5,0%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	1.261,8	917,9	1.081,4	1.074,3	1.486,1	-27,3%	17,8%	-0,7%	38,3%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	5.469,4	4.376,9	3.486,8	3.024,6	2.918,7	-20,0%	-20,3%	-13,3%	-3,5%
2Α.Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (ΗΦ.1.1)	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4.459,5	20,1%	-8,8%	-9,3%	6,8%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	3.580,1	4.454,4	4.032,3	3575,6	3582,9	24,4%	-9,5%	-11,3%	0,2%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	387,7	446,1	407,8	390,3	732,1	15,1%	-8,6%	-4,3%	87,6%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	234,4	145,9	162,9	210,6	144,5	-37,8%	11,7%	29,3%	-31,4%
2Β.ΟΚΑ (ΗΦ.1.2)*	8.223,1	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4.245,0	-26,6%	-22,1%	-14,5%	5,6%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	2.114,0	1.333,5	702,3	520,2	716,8	-36,9%	-47,3%	-25,9%	37,8%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	874,1	471,8	673,6	684,0	734,0	-46,0%	42,8%	-1,3%	10,2%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	5.235,0	4.231,0	3.323,9	2814,0	2774,2	-19,2%	-21,4%	15,3%	-1,4%
3.Ιδιωτικός τομέας (3Α+3Β)	6.357,9	5.644,6	5.616,2	5.737,8	5.765,4	-11,2%	-0,5%	2,2%	0,5%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	1.711,4	1.764,8	1.779,8	1.919,0	2.047,9	3,1%	0,8%	7,8%	6,7%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	2.663,1	1.903,2	1.618,4	1.533,9	1.430,4	-28,5%	-15,0%	-5,2%	-6,7%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	1.983,4	1.976,6	2.218,1	2.284,9	2.287,1	-0,3%	12,2%	3,0%	0,1%
3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (ΗΦ.2.1)	534,2	525,8	495,1	534,9	541,3	-1,6%	-5,8%	8,0%	1,2%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	379,6	377,2	358,2	395,1	394,1	-0,6%	-5,0%	10,3%	-0,3%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	53,3	50,8	47,7	50,0	57,2	-4,6%	-6,2%	4,8%	14,4%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	101,3	97,7	89,2	89,8	90,0	-3,6%	-8,7%	0,7%	0,2%
3Β. Ιδιωτικές Πληρωμές (ΗΦ.3.1)	5.823,7	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	-12,1%	0,0%	1,6%	0,4%
Νοσοκομεία, Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (ΗΡ.1, ΗΡ.2)	1.331,8	1.387,6	1.421,6	1523,9	1653,8	4,2%	2,5%	7,2%	8,5%
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ΗΡ.3)	2.609,8	1.852,4	1.570,7	1483,9	1373,2	-29,0%	-15,2%	-5,5%	-7,5%
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (ΗΡ.4 έως ΗΡ.0)	1.882,1	1.878,9	2.128,9	2195,1	2197,1	-0,2%	13,3%	3,1%	0,1%
4.Λοιπές δαπάνες (ΗΦ.2.2, ΗΦ.2.3, ΗΦ.4, ΗΦ.0)	52,5	53,6	139,4	198,4	262,0	2,0%	160,1%	42,3%	32,1%

*Τα στοιχεία των ΟΚΑ έχουν αναθεωρηθεί λόγω μεθοδολογικής προσαρμογής που αφορά στην καταγραφή των στοιχείων σε δεδουλευμένη βάση.

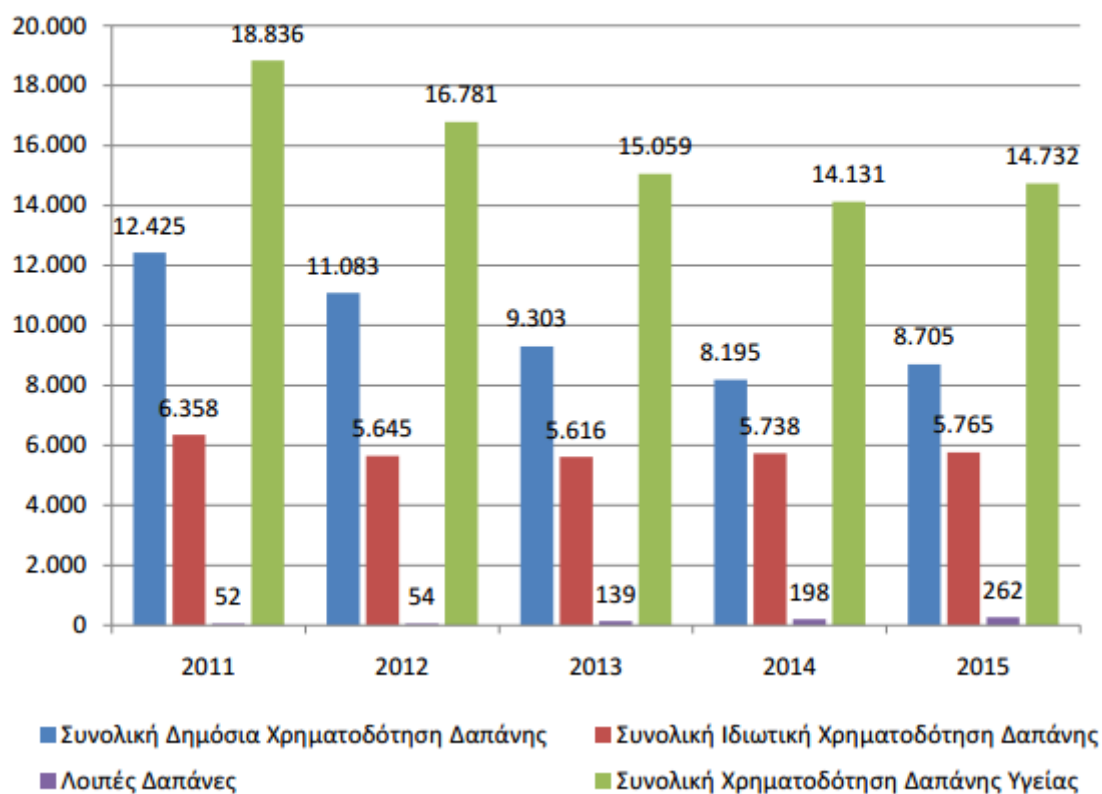
Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 1
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας για τα Έτη 2010-2015 (σε εκατ. ευρώ)



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 2
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης για τα έτη 2011-2015 (εκατ. ευρώ)



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Στον πίνακα 3 και στα διαγράμματα 1 και 2 εμφανίζεται η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας, η οποία παρουσίασε αύξηση 6,2% το 2015 σε σχέση με τις δαπάνες του 2014. Η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε αύξηση κατά 0,5% το 2015 ως προς το έτος 2014.

Πίνακας 2

Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα (σε εκατ. ευρώ)

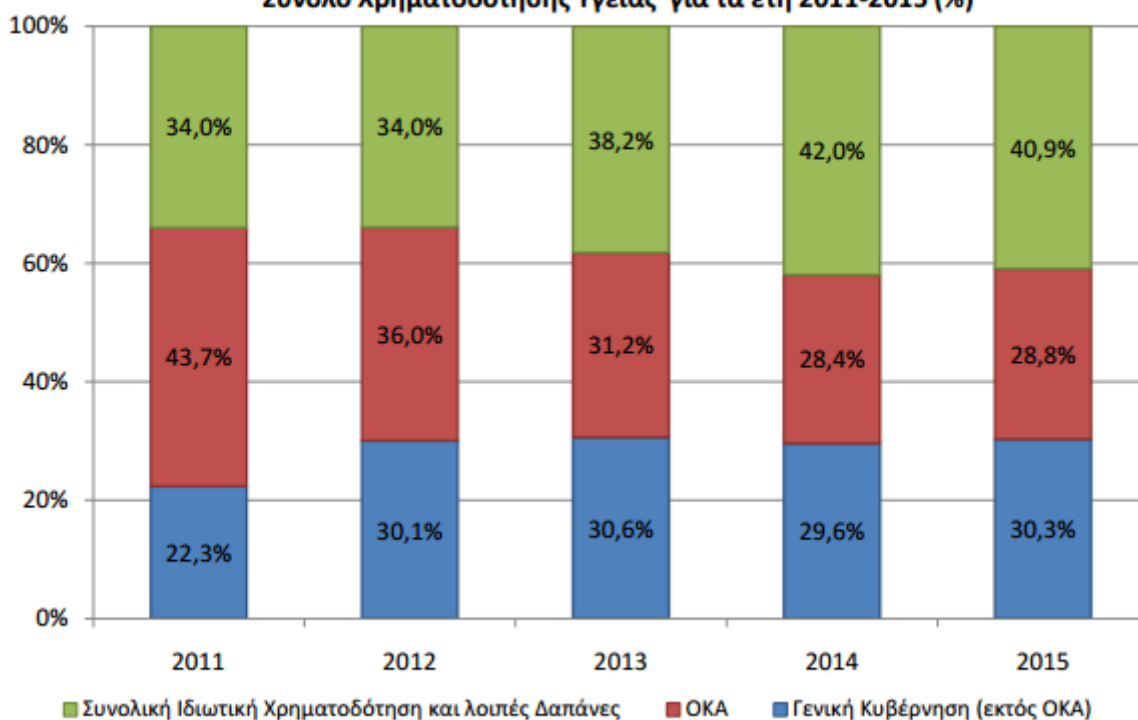
	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4.459,5
(% της συνολικής)	22,3%	30,1%	30,6%	29,6%	30,3%
2. ΟΚΑ (HF.1.2)*	8.223,1	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4.245,0
(% της συνολικής)	43,7%	36,0%	31,2%	28,4%	28,8%
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης (1)+(2)	12.425,3	11.082,7	9.302,9	8.194,7	8.704,5
(% της συνολικής)	66,0%	66,0%	61,8%	58,0%	59,1%
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
(% της συνολικής)	2,8%	3,1%	3,3%	3,8%	3,7%
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1
(% της συνολικής)	30,9%	30,5%	34,0%	36,8%	35,5%
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης (3)+(4)	6.358,0	5.644,6	5.616,3	5.737,8	5.765,4
(% της συνολικής)	33,8%	33,6%	37,3%	40,6%	39,1%
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	52,4	53,6	139,3	198,4	262,0
(% της συνολικής)	0,3%	0,3%	0,9%	1,4%	1,8%
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	18.835,7	16.780,9	15.058,5	14.130,9	14.731,9

*α στοιχεία των ΟΚΑ έχουν αναθεωρηθεί λόγω μεθοδολογικής προσαρμογής που αφορά στην καταγραφή των στοιχείων σε δεδουλευμένη ίση.

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 3

Σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας για τα έτη 2011-2015 (%)



Στον πίνακα 2 και το διάγραμμα 3 εμφανίζεται η συμβολή του δημόσιου τομέα στην συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας η οποία σημειώνει αύξηση από 58,0% το έτος 2014, σε 59,1% το έτος 2015. Σε αντίθεση, η συμβολή του ιδιωτικού τομέα της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας μειώθηκε από 40,6% το 2014, σε 39,1% το 2015.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

Δείκτες υγείας

9.1. Υγεία – δείκτες ΟΟΣΑ

Στις χώρες του ΟΟΣΑ οι δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης ανήρθαν σε 800 δις. δολάρια ΗΠΑ το 2013. Αυτό ισοδυναμεί με περίπου 20% των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά μέσο όρο όταν η κατανάλωση φαρμάκων εντός των νοσοκομείων προστεθεί στη λιανική αγορά φαρμάκων.

Ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για τη λιανική αγορά φαρμάκων επιβραδύνθηκε κατά τα τελευταία έτη στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ οι δαπάνες για φάρμακα εντός των νοσοκομείων γενικά αυξήθηκαν. Η εμφάνιση νέων ειδικών φαρμάκων «υψηλού κόστους» που προορίζονται για μικρές ομάδες ασθενών και για περίπλοκες καταστάσεις έδωσε την αφορμή για τη διεξαγωγή νέου διαλόγου σχετικά με τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης μακροπρόθεσμα.⁵²

Το προσδόκιμο ζωής συνεχίζει να αυξάνεται, παραμένουν όμως οι μεγάλες διαφορές τόσο μεταξύ κρατών όσο και μεταξύ κοινωνικών και δημογραφικών ομάδων.

Το προσδόκιμο ζωής συνεχίζει τη σταθερή ανοδική του πορεία στις χώρες του ΟΟΣΑ με μέσο ρυθμό αύξησης 3-4 μήνες κάθε χρόνο. Το 2013 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έφτασε τα 80,5 έτη κατά μέσο όρο σημειώνοντας αύξηση άνω των 10 ετών από το 1970. Η Ελβετία, η Ιαπωνία και η Ισπανία είναι επικεφαλής μίας

⁵² <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b6ff47e-el/index.html?itemId=/content/summary/6b6ff47e-el&mimeType=text/html>

ομάδας οκτώ χωρών του ΟΟΣΑ στις οποίες το προσδόκιμο ζωής ξεπερνά πλέον τα 82 έτη.

Το προσδόκιμο ζωής στις βασικές αναδυόμενες οικονομίες, όπως η Ινδία, η Ινδονησία, η Βραζιλία και η Κίνα, αυξανόταν κατά τις τελευταίες δεκαετίες συγκλίνοντας ταχέως προς το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Όμως η πρόοδος που επιτεύχθηκε ήταν πολύ μικρότερη σε χώρες όπως η Νότια Αφρική και η Ρωσική Ομοσπονδία .

Στις χώρες του ΟΟΣΑ οι γυναίκες αναμένεται να ζήσουν 5 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες, όμως η διαφορά αυτή έχει μειωθεί κατά 1,5 έτη από το 1990. Τα άτομα με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης αναμένεται να ζήσουν 6 χρόνια περισσότερο κατά μέσο όρο από ό,τι τα άτομα με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η διαφορά αυτή είναι ιδιαίτερα μεγάλη μεταξύ των ανδρών και ανέρχεται κατά μέσο όρο σε σχεδόν 8 έτη.⁵³

Ο αριθμός των ιατρών και των νοσοκόμων είναι ο μεγαλύτερος που έχει υπάρξει ποτέ στις χώρες του ΟΟΣΑ

Ο αριθμός των ιατρών και των νοσοκόμων αυξήθηκε από το 2000 σε όλες σχεδόν τις χώρες του ΟΟΣΑ, τόσο σε απόλυτο αριθμό όσο και ανά κάτοικο. Η αύξηση ήταν ιδιαίτερα γρήγορη σε μερικές χώρες οι οποίες διέθεταν λιγότερους ιατρούς το 2000 (Τουρκία, Κορέα, Μεξικό και Ηνωμένο Βασίλειο), όμως σημειώθηκε επίσης μεγάλη αύξηση σε χώρες όπου ο αριθμός των ιατρών ήταν ήδη σχετικά μεγάλος (Ελλάδα, Αυστρία, Αυστραλία).

Η αύξηση οφειλόταν στον υψηλότερο αριθμό φοιτητών στα εγχώρια προγράμματα ιατρικής και νοσηλευτικής εκπαίδευσης, καθώς και στον υψηλότερο αριθμό ιατρών και νοσοκόμων που είχαν εκπαιδευτεί στην αλλοδαπή και εργάζονταν στις χώρες του ΟΟΣΑ για την κάλυψη βραχυπρόθεσμων αναγκών.

Για κάθε ένα γενικό ιατρό υπάρχουν περισσότεροι από δυο ειδικοί κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Σε ορισμένες χώρες η αργή αύξηση του αριθμού των γενικών

⁵³ <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b6ff47e-el/index.html?itemId=/content/summary/6b6ff47e-el&mimeType=text/html>

ιατρών εγείρει ανησυχίες σχετικά με την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για το σύνολο του πληθυσμού.⁵⁴

Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες περίθαλψης παραμένουν εμπόδιο στην πρόσβαση στην αγορά υγείας

Όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ διαθέτουν καθολική κάλυψη υγείας για μια βασική δέσμη υπηρεσιών υγείας, με εξαίρεση την Ελλάδα, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Πολωνία. Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση οδήγησε στην απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας των μακροχρόνια ανέργων και πολλών αυτοαπασχολούμενων. Όμως από τον Ιούνιο του 2014 έχουν ληφθεί μέτρα, προκειμένου ο ανασφάλιστος πληθυσμός να έχει πρόσβαση σε συνταγογραφούμενα φάρμακα και σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό του πληθυσμού που ήταν ανασφάλιστο μειώθηκε από 14,4% το 2013 σε 11,5% το 2014 έπειτα από την εφαρμογή του νόμου για την οικονομικά προσιτή φροντίδα υγείας, και αναμένεται ότι θα μειωθεί περαιτέρω το 2015.

Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, το 20% περίπου των δαπανών υγείας καταβάλλεται απευθείας από τους ασθενείς. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από κάτω από 10% στη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο έως πάνω από 35% στο Μεξικό, την Κορέα, τη Χιλή και την Ελλάδα. Στην Ελλάδα, το μερίδιο των δαπανών για την υγεία που καταβάλλονται απευθείας από τα νοικοκυριά έχει αυξηθεί κατά 4 εκατοστιαίες μονάδες από το 2009 λόγω της μείωσης των δημόσιων δαπανών.

Τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος είναι κατά τέσσερις έως έξι φορές πιο πιθανό να αναφέρουν ότι οι ιατρικές ή οι οδοντιατρικές ανάγκες τους δεν καλύπτονται λόγω οικονομικών ή άλλων αιτιών από ό,τι τα νοικοκυριά με υψηλότερο εισόδημα. Σε μερικές χώρες, όπως η Ελλάδα, το μερίδιο του πληθυσμού που αναφέρει ότι κάποιες ιατρικές ανάγκες του δεν καλύπτονται υπερδιπλασιάστηκε κατά την οικονομική

⁵⁴ <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b6ff47e-el/index.html?itemId=/content/summary/6b6ff47e-el&mimeType=text/html>

κρίση.⁵⁵

Πάρα πολλοί ακόμα άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους επειδή η ποιότητα της φροντίδας υγείας δε βελτιώνεται αρκετά γρήγορα.

Χάρη στην καλύτερη αντιμετώπιση των νόσων που συνιστούν απειλή για τη ζωή, όπως η καρδιακή προσβολή και το εγκεφαλικό επεισόδιο, τα ποσοστά θνησιμότητας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ μειώθηκαν. Κατά μέσο όρο, τα ποσοστά θνησιμότητας ύστερα από εισαγωγή σε νοσοκομείο λόγω καρδιακής προσβολής μειώθηκαν κατά 30% μεταξύ του 2003-2013 και λόγω εγκεφαλικού κατά περίπου 20%. Παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, πολλές χώρες έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την εφαρμογή καλύτερων πρακτικών στον τομέα της εντατικής νοσηλείας, προκειμένου να μειωθεί περαιτέρω η θνησιμότητα ύστερα από καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Τα επίπεδα επιβίωσης επίσης έχουν βελτιωθεί για πολλές μορφές καρκίνου στις περισσότερες χώρες λόγω καλύτερης θεραπείας και πιο έγκαιρης διάγνωσης. Παρόλα αυτά, ορισμένες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Πολωνία και η Χιλή, εξακολουθούν να υστερούν σε σχέση με τις χώρες με την καλύτερη επίδοση όσον αφορά την επιβίωση μετά τη διάγνωση διάφορων μορφών καρκίνου.

Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει βελτιωθεί σε πολλές χώρες, όπως φαίνεται από τη συνεχή μείωση των νοσοκομειακών εισαγωγών για νοσηλεία λόγω χρόνιων ασθενειών. Παρόλα αυτά, σε όλες τις χώρες υπάρχουν περιθώρια για τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατά συνέπεια για την περαιτέρω μείωση των δαπανηρών εισαγωγών σε νοσοκομεία στο πλαίσιο της γήρανσης του πληθυσμού και του αυξανόμενου αριθμού των ανθρώπων που πάσχουν από μία ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες.

Οι πρακτικές συνταγογράφησης φαρμάκων μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Για παράδειγμα, τα αντιβιοτικά πρέπει να συνταγογραφούνται μόνο όταν υπάρχει τεκμηριωμένη ανάγκη, προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος μικροβιακής αντοχής. Οι διαφορές στις συνολικές ποσότητες

⁵⁵ <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b6ff47e-el/index.html?itemId=/content/summary/6b6ff47e-el&mimeType=text/html>

κατανάλωσης αντιβιοτικών είναι πάνω από τετραπλάσιες στις χώρες του ΟΟΣΑ, με τη Χιλή, τις Κάτω Χώρες και την Εσθονία να αναφέρουν τις χαμηλότερες ποσότητες και την Τουρκία και την Ελλάδα τις υψηλότερες. Η μείωση της περιττής χρήσης αντιβιοτικών συνιστά πιεστικό αν και περίπλοκο πρόβλημα που απαιτεί την ανάληψη πολλαπλών συντονισμένων πρωτοβουλιών όπως η εποπτεία, η ρύθμιση και η εκπαίδευση των ασθενών.⁵⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

Προοπτικές κοινωνικής ασφάλισης

10.1. Κοινωνικό κράτος και κοινωνική ασφάλιση - προοπτικές

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα βρίσκεται σε ένα οριακό σημείο, καθώς είναι ολοφάνερο ότι οφείλει να αναδιοργανωθεί και να τεθεί σε νέες βάσεις για να καταστεί βιώσιμο μακροπρόθεσμα.

Το υπάρχον σύστημα κοινωνικής ασφάλισης απέχει πολύ από το χαρακτηρισμό του ως βιώσιμο ενώ επίσης δεν λαμβάνει υπόψη του τις εξελίξεις των τελευταίων ετών τόσο στην Ελλάδα, όσο σε Πανευρωπαϊκό επίπεδο. Συνεπώς από τη μία δεν μπορεί να επιτελέσει το ρόλο του, ενώ από την άλλη βαρύνει δυσανάλογα τόσο τον κρατικό προϋπολογισμό όσο και τους εργαζόμενους, οι οποίοι εισφέρουν και δεν καρπώνονται την ανταποδοτικότητά του. Επιπλέον, καθώς διαχρονικά έχει διαμορφωθεί μέσα από μία πληθώρα νόμων, δεν είναι συνεκτικό, περισσότερο δίνει την εντύπωση συγκόλλησης αποσπασματικών νομοθεσιών, με συνέπεια να καθίσταται αναποτελεσματικό. Το δυσμενές οικονομικό περιβάλλον που χαρακτηρίζει τα τελευταία χρόνια την ελληνική οικονομία, με κύρια χαρακτηριστικά την ύφεση και την πολύ υψηλή ανεργία, επιδείνωσε περαιτέρω την οικονομική και κοινωνική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι εξελίξεις στην αγορά εργασίας οδήγησαν σημαντικό αριθμό εργαζομένων στην συνταξιοδότηση, ενώ ταυτόχρονα τα έσοδα των ταμείων συρρικνώθηκαν λόγω κυρίως της μείωσης των εσόδων από εισφορές, τόσο λόγω της αυξημένης ανεργίας, όσο και λόγω της αδυναμίας ή

⁵⁶ <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/6b6ff47e-el/index.html?itemId=/content/summary/6b6ff47e-el&mimeType=text/html>

δυσκολίας καταβολής τους.

Παράλληλα, στο πλαίσιο εφαρμογής των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής, για την μείωση του ελλείμματος στο δημοσιονομικό ισοζύγιο υπήρξαν σημαντικές περικοπές σε όλες τις συντάξεις, κύριες και επικουρικές, ως εύκολη, ταμειακή και εισπρακτική λύση, χωρίς να υπάρξει κάποιος συνολικός σχεδιασμός για την συνέχιση της επίτευξης του ρόλου τους, δηλαδή της αναπλήρωσης του εισοδήματος και της διατήρησης του βιοτικού επιπέδου των συνταξιούχων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αλλοίωση της ανταποδοτικότητάς τους και την έλλειψη προοπτικής για την μελλοντική τους εξέλιξη.

Είναι προφανές ότι η μεταρρύθμιση ενός τόσο σημαντικού ζητήματος όχι μόνο για την παρούσα αλλά κυρίως για τις μελλοντικές γενεές, όπως είναι το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, πρέπει να είναι αποτέλεσμα ενός καλά οργανωμένου σχεδίου.

Χρειάζεται προσεκτική μελέτη, κατάστροψη ενδελεχούς σχεδίου, σύνταξη διαδικασιών και ποσοτικοποίηση των βημάτων για τη μετάβαση από την υφιστάμενη κατάσταση στην επιθυμητή μελλοντική. Ο σχεδιασμός απαιτείται να αντέξει για τα επόμενα 30 έτη διότι τότε θα μπορέσουμε να κρίνουμε τους καρπούς του. Απαιτεί συνεννόηση των ενδιαφερομένων φορέων, ώστε να μην υπάρξει παρέκκλιση από το στόχο. Η συναίνεση οφείλει να είναι μακροχρόνια και όχι περιστασιακή η βραχυπρόθεσμη. Η επιλεγθείσα μετάβαση καλείται αφενός να διασφαλίζει όσο περισσότερο γίνεται τα δικαιώματα των υφιστάμενων ασφαλισμένων αλλά και να βελτιστοποιεί τις συντάξεις των νέων ασφαλισμένων.⁵⁷

10.2. Πολιτοκεντρική προσέγγιση ασφαλιστικού συστήματος

Επίσης, το νέο σύστημα δεν θα πρέπει να είναι δομημένο αποκλειστικά στο κράτος, αλλά θα πρέπει να δίνει βάρος και στον πολίτη. Θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την κοινωνική ασφάλιση και τον ρόλο της στο κοινωνικό κράτος, όμως ταυτόχρονα πρέπει να μεριμνά και για την ορθολογική διαχείριση των κεφαλαίων που συσσωρεύονται από τις εισφορές.

Επιπλέον, θα δίνει κίνητρα, για παράδειγμα φορολογικά, για τις εισφορές ή τα ποσά που αποταμιεύονται για σύνταξη. Τα χρήματα των εισφορών εκτός από κεφάλαια

⁵⁷ Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σελ.6, Μάρτιος 2017

προς επένδυση μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην ανάπτυξη. Δεν είναι τυχαίο ότι τα περισσότερα συνταξιοδοτικά σχήματα αποτελούν παγκοσμίως από τους μεγαλύτερους χρηματοδότες. Η Ελλάδα αυτή τη στιγμή πασχίζει να βρει οδούς ανάπτυξης. Αν η κοινωνική ασφάλιση διέπεται από διαφάνεια και αν δημιουργηθούν τα κατάλληλα επενδυτικά οχήματα, τότε η ανάπτυξη μπορεί να υποστηριχθεί και μέσω της ασφάλισης.⁵⁸

10.3. Δημογραφικός παράγοντας

Οι δημογραφικές εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών αλλά και οι προβλέψεις για τις μελλοντικές πληθυσμιακές μεταβολές δείχνουν ότι η ηλικιακή δομή του πληθυσμού της Ελλάδας θα αλλάξει σημαντικά. Από τη μία η αύξηση της υπογεννητικότητας και από την άλλη η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αναμένεται να οδηγήσουν στη περαιτέρω γήρανση του πληθυσμού.

Η γήρανση του πληθυσμού έχει ως άμεση συνέπεια την αύξηση της αναλογίας του μη ενεργού οικονομικά πληθυσμού προς τον οικονομικά ενεργό με σοβαρές συνέπειες στο ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό σύστημα.

Μάλιστα, ενώ κατά το παρελθόν, οι μεταβολές του πληθυσμού οδήγησαν στην αύξηση του εργατικού δυναμικού, οι εξελίξεις που βιώνουμε σήμερα οδηγούν στην μείωσή του, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι νέες γενιές που εισέρχονται στην αγορά εργασίας είναι αριθμητικά μικρότερες από τις γενιές των ατόμων που αποχωρούν.

Στο μέλλον δηλαδή εκτιμάται ότι θα υπάρχει μικρότερος αριθμός εργαζομένων που θα καταβάλλει ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες λόγω της κρίσης και της μείωσης των μισθών είναι και μειωμένες και μεγαλύτερος αριθμός συνταξιούχων που θα δικαιούται συνταξιοδοτικές παροχές οι οποίες θα δίνονται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου ζωής.

10.4. Δομή ασφαλιστικού συστήματος

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα μέχρι πρόσφατα υλοποιούνταν μέσω αυτόνομων ασφαλιστικών φορέων, τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία παρέχουν κύριες και επικουρικές συντάξεις, παροχές υγείας σε χρήμα καθώς και προνοιακές παροχές. Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ο διοικητικός κατακερματισμός, που έχει ως

⁵⁸ Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σελ.7, Μάρτιος 2017

αποτέλεσμα μία πολύπλοκη θεσμική δομή που εμποδίζει την αποδοτική λειτουργία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Σύμφωνα με την μελέτη του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) η οποία έγινε το 2014, συντάξεις δίνονταν από πάμπολλους φορείς ορισμένοι εκ των οποίων εξυπηρετούν ορισμένες δεκάδες συνταξιούχων. Παρά την βελτίωση που επέφερε κυρίως ο Ν. 3655/2008 στο πεδίο της διοικητικής ενοποίησης, η κατάσταση παραμένει προβληματική. Η βασική αιτία είναι ότι οι διαχρονικές ενοποιήσεις ταμείων ήταν επιφανειακές, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις προέβλεπαν μαζί με την ενοποίηση ή την συγχώνευση, την οικονομική και λογιστική τους αυτοτέλεια καθώς και χωριστές διοικητικές δομές και πληροφοριακά συστήματα⁵⁹. Η πολυνομία και η δαιδαλώδης διάρθρωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί και την βασική αιτία για τις κοινωνικές ανισότητες που παράγει, αφού αντιμετωπίζει όμοιες περιπτώσεις πολιτών με διαφορετικό τρόπο, τόσο αναφορικά με τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης όσο και με την συνταξιοδοτικές παροχές. Με τη λειτουργία του ΕΦΚΑ από τις αρχές του 2017 το πρόβλημα αυτό βελτιώθηκε, απομένουν όμως αρκετά βήματα μέχρι την οριστική του λύση.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζει επίσης διαχρονικά πρόβλημα με την εισφοροδιαφυγή, καθώς και με τα τεράστια ποσοστά αδήλωτης και ανασφάλιστης εργασίας. Ειδικά την περίοδο της κρίσης και παρά την αύξηση των προστίμων το πρόβλημα οξύνθηκε σοβαρά. Ο βασικός λόγος είναι η αύξηση των επιχειρήσεων που αδυνατούν λόγω των ειδικών συνθηκών να καταβάλλουν τις ασφαλιστικές εισφορές. Βέβαια σε περιόδους δημοσιονομικών πιέσεων, η είσπραξη των εισφορών είναι αναγκαία συνθήκη για την χρηματοδότηση των παροχών προς τους δικαιούχους, αφού μειώνονται η κρατική επιχορήγηση και οι κοινωνικοί πόροι.

Είναι χαρακτηριστικό ότι σύμφωνα με το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το 2013 το ΙΚΑ πλήρωσε για συντάξεις 10,8 δισ. ευρώ, ενώ οι οφειλές προς το ταμείο που δεν εισπράχτηκαν έφθασαν τα 13 δισ. ευρώ.

Η κρίση που πλήττει την ελληνική οικονομία μετέβαλλε προς το δυσμενέστερο όλα τα οικονομικά μεγέθη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η μείωση του ΑΕΠ κατά 26%, η αύξηση της ανεργίας που έφτασε το 27% το 2014, η παρατεταμένη

⁵⁹ Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σελ.8, Μάρτιος 2017

ύφεση, οι μειώσεις των μισθών τόσο του ιδιωτικού τομέα, όσο και του δημόσιου, η εισφοροδιαφυγή, η αύξηση της ανασφάλιστης εργασίας, η μετατροπή θέσεων εργασίας πλήρους απασχόλησης σε μερικής αποτελούν εξηγούν τη μείωση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων. Οι συνθήκες αυτές καθιστούν αναποτελεσματική οποιαδήποτε θεσμική αλλαγή που νομοθετήθηκε τα προηγούμενα χρόνια, όπως την αύξηση των ορίων ηλικίας, τη μείωση των συντάξεων, με σκοπό να ισορροπήσει το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα του. Έτσι, μέσα σε ένα περιβάλλον βαθιάς οικονομικής ασφυξίας είναι πολύ δύσκολο για τους εργαζόμενους και τους συνταξιούχους να επωμιστούν το κόστος αυτών των αλλαγών, με βασικό κίνδυνο οποιαδήποτε αλλαγή να είναι συνέπεια των δημοσιονομικών πιέσεων και των εκτάκτων συνθηκών και να μην εξασφαλίζουν τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος παρά μόνο την πρόσκαιρη βελτίωση των δημοσιονομικών μεγεθών.

10.5 Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης - θεμελιώδεις αρχές

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να χαρακτηρίζεται από πέντε θεμελιώδεις αρχές. Αυτές είναι, η κοινωνική αποτελεσματικότητα, η οικονομική βιωσιμότητα, η προστασία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, η διαφάνεια και η συνεισφορά στην ανάπτυξη.⁶⁰

- κοινωνική αποτελεσματικότητα,

το ασφαλιστικό σύστημα οφείλει να είναι διανεμητικό έχοντας έντονα χαρακτηριστικά κοινωνικής αλληλεγγύης, αλλά και αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών. Βασικός του σκοπός είναι όμως η παροχή επαρκούς συνταξιοδοτικού εισοδήματος, δίνοντας την δυνατότητα στους ηλικιωμένους να ζουν με αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης και οικονομική ανεξαρτησία.⁶¹

Στο πλαίσιο αυτό η διατήρηση των ποσοστών αναπλήρωσης πρέπει να διατηρείται σε τέτοιο επίπεδο ώστε να μην υφίστανται τόσο οι νέοι όσο και οι παλαιοί εργαζόμενοι σημαντική μείωση του βιοτικού τους επιπέδου εξερχόμενοι από την αγορά εργασίας και εισερχόμενοι στον συνταξιοδοτικό βίο.

Επίσης ιδιαίτερα σημαντικό είναι, οι αλλαγές του συστήματος κοινωνικής

⁶⁰ Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, Μάρτιος 2017

⁶¹ Λευκή Βίβλος, Ατζέντα για επαρκείς, ασφαλείς και βιώσιμες συντάξεις, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012

ασφάλισης να λάβουν ειδική μέριμνα ,στο πλαίσιο της διαγενεακής αλληλεγγύης, για την τωρινή γενιά εργαζομένων στην Ελλάδα που υφίσταται τα αποτελέσματα μιας σοβαρής, οικονομικής κρίσης, σωρευτική ύφεση 26%, ποσοστό ανεργίας 26,5% το 2014, ανεργία με μακροχρόνια χαρακτηριστικά, προκειμένου να μην επηρεαστεί αρνητικά η επάρκεια των συνταξιοδοτικών τους παροχών. Αντίστοιχα, ειδική μέριμνα πρέπει να ληφθεί για τα νέα άτομα που εργάζονται με συμβάσεις μικρής διάρκειας, άτυπης εργασίας και τις ευάλωτες ομάδες εργαζομένων.⁶²

- οικονομική βιωσιμότητα,

δεν είναι δυνατόν να υπάρξει αποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο δεν μπορεί να εξασφαλίσει την οικονομική βιωσιμότητά του. Στην Ελλάδα όμως το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε στρεβλά με συνέπεια την ύπαρξη τεράστιων αδικιών. Έτσι κρίνεται απαραίτητη η αναμόρφωση του συστήματος, για να απομακρυνθεί ο κίνδυνος να πληρώσουν οι μελλοντικές γενιές εργαζομένων και συνταξιούχων το κόστος της προσαρμογής σε βαθμό που δεν τους αντιστοιχεί αλλά και δεν έχουν τη δυνατότητα να κάνουν.

Αλλαγές που μπορούν να εξασφαλίσουν την οικονομική βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος είναι η σύνδεση εισφορών – παροχών, η αξιοποίηση των αποθεματικών και της περιουσίας των ταμείων, η αντιμετώπιση της εισφοροδιαφυγής με την εντατικοποίηση των ελέγχων, η οργάνωση ενός ενιαίου φορέα είσπραξης των εισφορών καθώς και η ουσιαστική διοικητική και λειτουργική ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων για την μείωση του διοικητικού και διαχειριστικού κόστους.

- προστασία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης,

το κράτος θα πρέπει να εγγυάται τη βιωσιμότητα και λειτουργία του ασφαλιστικού συστήματος και την προστασία του αποθεματικού κεφαλαίου στο σύνολό του. Κέντρο βάρους του νέου συστήματος πρέπει να παραμείνει η κοινωνική και διαγενεακή αλληλεγγύη και δικαιοσύνη. Την πορεία μετάβασης στο νέο ασφαλιστικό σύστημα επιβάλλεται να διαπερνά η αρχή της ισότιμης αντιμετώπισης κάθε γενιάς ασφαλισμένων αλλά και κάθε ασφαλισμένου της παρούσας γενιάς.

Σε κάθε περίπτωση το κράτος απαιτείται να εγγυηθεί το επίπεδο της συνταξιοδοτικής παροχής, ώστε να μπει ένας φραγμός στη διαδικασία συνεχούς

⁶² Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σελ.10, Μάρτιος 2017

απαξίωσης που υποτιμά το ασφαλιστικό κοινωνικό συμβόλαιο και ενισχύει τις τάσεις απεμπλοκής κυρίως από την νέα γενιά των εργαζομένων.⁶³

- διαφάνεια,

το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να χαρακτηρίζεται από διαφάνεια ώστε οι ασφαλισμένοι να γνωρίζουν από την αρχή του εργασιακού τους βίου, τόσο το ποσό που θα εισφέρουν στο ασφαλιστικό σύστημα, όσο και το επίπεδο της σύνταξης που θα λάβουν. Θα έπρεπε να υπάρχει επίσης ετήσια ενημέρωση των ασφαλισμένων για το ποσό του συσσωρευμένου αποθεματικού κεφαλαίου τους, αλλά και για το συνολικό ποσό που συσσωρεύεται στους αποθεματικούς λογαριασμούς του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

- συνεισφορά στην ανάπτυξη – χαρακτηριστικά συστήματος,

επίσης το ασφαλιστικό σύστημα μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό αναπτυξιακό ρόλο στην λειτουργία του οικονομικού συστήματος. Η οικονομική ανάπτυξη μπορεί να υποστηριχθεί μέσω των δημόσιων επενδύσεων και μέσω των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, ακολουθώντας το παράδειγμα των περισσότερων ανεπτυγμένων κρατών. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι τα εξής.

Βασική σύνταξη που χρηματοδοτείται από το κράτος και χορηγείται χωρίς κριτήρια.

Αναλογική Σύνταξη που βασίζεται στο σύστημα των καθορισμένων παροχών, το οποίο λειτουργεί με βάση την αρχή της αλληλεγγύης των γενεών, την κοινωνική δικαιοσύνη και έχει ως σημείο αναφοράς το διανεμητικό σύστημα. Χρηματοδοτείται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών.

Επικουρική Σύνταξη που αποτελεί τον δεύτερο πυλώνα της κοινωνικής ασφάλισης. Χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

10.6. Τρίτος πυλώνας - ανάπτυξη

Η τάση στην κοινωνική ασφάλιση τα τελευταία χρόνια τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι η μείωση του πρώτου βασικού πυλώνα της ασφάλισης ενώ προβλέπεται να μειωθεί περισσότερο στο μέλλον.

Στο πλαίσιο αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία να αναλυθούν οι δυνατότητες ανάπτυξης

⁶³ Προς ένα νέο κοινωνικό συμβόλαιο για τις συντάξεις, πόρισμα του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πρόταση ενός νέου ασφαλιστικού συστήματος, Οκτώβριος 2015.

των συμπληρωματικών συνταξιοδοτικών σχημάτων του τρίτου πυλώνα της κοινωνικής ασφάλισης.

Η καθυστερημένη εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας (Ν. 3029/2002) με τις κατευθύνσεις της ΕΕ που κατοχυρώνουν την θεσμική δυνατότητα αξιοποίησης των προοπτικών της επαγγελματικής ασφάλισης, εξηγεί το λόγο της περιορισμένης έκτασης των επαγγελματικών ταμείων στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις χώρες της ΕΕ που καλύπτουν πάνω από το 35% του ενεργού πληθυσμού.

Από την άλλη βέβαια, η περιορισμένη έκταση των επαγγελματικών ταμείων και της ιδιωτικής ασφάλισης δείχνουν και τις προοπτικές ανάπτυξης τους στο μέλλον.

Στο σημείο αυτό, σημειώνεται ότι μία σύγχρονη αρχιτεκτονική δεν μπορεί να αγνοεί το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης, όχι ως υποκατάστατο αλλά ως συμπλήρωμα.

Οι ασφαλιστικές εταιρίες λειτουργούν με τρόπο που μπορούν να διαχειριστούν και την είσπραξη εισφορών (ασφαλιστρών) και την απόδοση παροχών (συντάξεων) τόσο σε εφάπαξ ποσό όσο και με τη μορφή περιοδικής προσόδου. Συνεπώς έχουν ήδη διαδικασίες οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν την συμμετοχή τους σε μία σύγχρονη αρχιτεκτονική.

Επιπλέον, είναι μέρος της δομικής τους δραστηριότητας η παροχή και άλλων καλύψεων, όπως θανάτου, ανικανότητας για εργασία (πρόσκαιρης ή μόνιμης), ανεργίας, απαλλαγής πληρωμής ασφαλιστρών σε περίπτωση ανικανότητας ή θανάτου. Οι καλύψεις αυτές τους δίνουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν ταυτόχρονα ή και συμπληρωματικά με φορείς κοινωνικής ασφάλισης, δίνοντας παροχές προς τους ασφαλισμένους.⁶⁴

10.7. Εισφοροδιαφυγή

Η αντιμετώπιση της εισφοροδιαφυγής είναι ζήτημα κεφαλαιώδους σημασίας για την αποκατάσταση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Με τον Ν.4172/2013 ιδρύθηκε το Κέντρο Είσπραξης Ασφαλιστικών Οφειλών (ΚΕΑΟ). Πρόκειται για μία νομοθετική πρωτοβουλία η οποία κινείται στην κατεύθυνση είσπραξης των ληξιπρόθεσμων εισφορών των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης που ανήκουν στο Υπουργείο Εργασίας, χρειάζεται όμως περαιτέρω

⁶⁴ Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σελ.13, Μάρτιος 2017

ενίσχυση για να καταστεί αποτελεσματική.

Το ΚΕΑΟ θα αναλάβει την είσπραξη των εισφορών όλων των ταμείων από το αρχικό στάδιο, πριν αυτές καταστούν ληξιπρόθεσμες. Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του ΚΕΑΟ θα πρέπει να εναρμονιστεί με αυτόν των φορολογικών αρχών, ενώ παραδείγματα πρακτικών είσπραξης των εισφορών μπορούν να βρεθούν από αυτά που βλέπουμε σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

10.8. Διαχείριση περιουσιακών στοιχείων ασφαλιστικών οργανισμών

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί έχουν ως σκοπό την είσπραξη των ασφαλιστικών εισφορών και την απόδοση συντάξεων προς του δικαιούχους. Οι εισφορές εισπράττονται περιοδικά και βραχυπρόθεσμα, δηλαδή σε μικρά και κοντινά χρονικά διαστήματα, ενώ οι συνταξιοδοτικές παροχές αποδίδονται μακροπρόθεσμα, δηλαδή σε μεγαλύτερα και μελλοντικά χρονικά διαστήματα. Αυτό σημαίνει ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί καλούνται να επενδύσουν τα κεφάλαια τα οποία μαζεύουν, τα οποία και αποτελούν τα περιουσιακά τους στοιχεία, σε μακροχρόνια χρονικά διαστήματα, με τέτοιο τρόπο που να μπορούν να καλύπτουν τις συνταξιοδοτικές υποχρεώσεις τους.

Στην εύρεση των κατάλληλων επενδύσεων, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί καλούνται αφενός να πετύχουν την όσο το δυνατόν καλύτερη αντιστοίχιση των περιουσιακών στοιχείων με τις υποχρεώσεις τους, και αφετέρου να βρουν τίτλους που θα τους διασφαλίσουν μία ικανοποιητική απόδοση, με τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο.

10.9. Αντιστοίχιση περιουσιακών στοιχείων και υποχρεώσεων

Το πρώτο, αφορά τη συνηθισμένη λειτουργία Asset Liability Management ή Asset Liability Matching (ALM)⁶⁵, δηλαδή ακριβώς της αντιστοίχισης των περιουσιακών στοιχείων με τις υποχρεώσεις που επιτελούν όλα τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, ασφαλιστικοί οργανισμοί και ασφαλιστικές εταιρίες. Η αντιστοίχιση των περιουσιακών στοιχείων με τις υποχρεώσεις επιλύει το θεμελιώδες πρόβλημα ενός ασφαλιστικού οργανισμού, που έχει να κάνει με τη δομική λειτουργία του και το δομικό χαρτοφυλάκιο του. Ταυτόχρονα όμως επιδιώκεται μία ικανοποιητική απόδοση από το επενδυτικό χαρτοφυλάκιο, με επιλογή τίτλων που δεν εκθέτουν τον οργανισμό

⁶⁵ Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σελ.14, Μάρτιος 2017

σε υψηλό επενδυτικό κίνδυνο.

10.10. Εύρεση κατάλληλων επενδύσεων

Οι πρώτες επιλογές με βάση την παραπάνω διαπίστωση, είναι οι προθεσμιακές καταθέσεις και τα ομόλογα. Οι προθεσμιακές καταθέσεις καλύπτουν τις βραχυπρόθεσμες ανάγκες ενώ τα ομόλογα τις μακροχρόνιες. Και οι δύο αυτές επιλογές μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν απόλυτα ασφαλείς. Η πρόσφατη όμως εμπειρία απέδειξε, ότι υπάρχει πιστωτικός κίνδυνος και τίθενται σε κίνδυνο οι επενδύσεις που προκύπτουν από τις εισφορές των ασφαλισμένων. Επίσης, ακόμα και για καλής ποιότητας περιουσιακά στοιχεία απαιτείται διαφοροποίηση και άρα αποφυγή της πρακτικής συγκέντρωσης σε συγκεκριμένο εκδότη ή οργανισμό. Στο σημερινό όμως περιβάλλον αναδεικνύονται και άλλες υποψήφιες επενδυτικές επιλογές, λόγω των σημαντικά χαμηλότερων αποδόσεων των ομολόγων αυτών. Πλέον, κατάλληλες επενδύσεις για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, θα μπορούσαν να θεωρηθούν, αφενός εταιρικά ομόλογα τα οποία έχουν υψηλότερες αποδόσεις, αφετέρου μετοχές ή αμοιβαία κεφάλαια, τα οποία μπορούν να δώσουν ενδεχόμενα υψηλότερες αποδόσεις με υψηλότερο όμως κίνδυνο.

Τα συνταξιοδοτικά ταμεία, καθώς και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, μπορούν να επενδύουν σε μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις για να επιτύχουν υψηλότερες αποδόσεις σε σχέση με άλλες επενδύσεις, πάντα όμως υπό την εποπτεία των ελεγκτικών αρχών. Μια τέτοια επένδυση μπορεί να γίνει είτε άμεσα ή έμμεσα μέσω επενδυτικών σχημάτων, όπως τα αμοιβαία κεφάλαια που προσφέρουν πρόσβαση σε επενδύσεις που έχουν υψηλότερες προσδοκώμενες αποδόσεις, αλλά λόγω της επαγγελματικής τους διαχείρισης, έχουν μέσα προστασίας από τον επενδυτικό κίνδυνο.

Συνεπώς προτείνεται ένα πλήρως διαφοροποιημένο χαρτοφυλάκιο, το οποίο να διασφαλίζει αφενός γεωγραφική διασπορά, αφετέρου να επενδύει σε ένα μεγάλο εύρος τίτλων, ώστε να μπορεί αφενός να ωφελείται από τις ανοδικές κινήσεις των εκάστοτε ευνοούμενων περιουσιακών στοιχείων, αφετέρου να είναι προστατευμένο από τις πτωτικές κινήσεις των τίτλων οι τιμές των οποίων υποχωρούν.⁶⁶

⁶⁶Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, σελ.15, Μάρτιος 2017

10.11. Διακυβέρνηση Ασφαλιστικών Οργανισμών

Από όσα είδαμε παραπάνω, είναι σαφές ότι οι επενδύσεις των ασφαλιστικών οργανισμών πρέπει να γίνονται με σχέδιο και οργάνωση. Απαιτείται σαφής επενδυτική πολιτική, αλλά ταυτόχρονα και πολιτική διαχείρισης κινδύνου, αφού διακινδυνεύονται τα χρήματα και εισφορές των ασφαλισμένων. Στις βασικές λειτουργίες που πρέπει να υπάρχουν είναι της διαχείρισης κινδύνου, του εσωτερικού ελέγχου, της αναλογιστικής λειτουργίας. Σημαντική είναι επίσης η διαφάνεια τόσο στη διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων όσο και στην εξέλιξη του επενδυτικού λογαριασμού του κάθε ασφαλισμένου, ο οποίος προορίζεται για να αποδώσει τη σύνταξη του στη λήξη του χρόνου εργασίας του.

Τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν είναι πολλά. Ως σημαντικότερα μπορούμε να αναδείξουμε τα εξής,

- οι ασφαλιστικοί οργανισμοί μπορούν να διαχειρίζονται τα περιουσιακά τους στοιχεία με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτύχουν το καλύτερο επενδυτικό αποτέλεσμα για το χαρτοφυλάκιό τους, ελέγχοντας παράλληλα αποτελεσματικά τους κινδύνους που προκύπτουν από αυτό,
- μπορεί η επένδυση των εισφορών να γίνεται σε μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις, όπως επίσης και σε κρατικά ομόλογα και μετοχές, συνεισφέροντας έτσι σημαντικά στην ανάπτυξη της οικονομίας,
- μπορεί να διασφαλιστεί η διαφάνεια και η ανταποδοτικότητα των εισφορών αποκαθιστώντας έτσι την εμπιστοσύνη στο θεσμό της ασφάλισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

Αγορά φαρμάκου

11.1. Οι συνέπειες των τελευταίων εξελίξεων στην αγορά φαρμάκου

Στην αγορά του φαρμάκου προέκυψαν νέες αλλαγές μετά την τελευταία αξιολόγηση. Οι βασικότερες από αυτές, οι οποίες έχουν προκαλέσει τη δυσαρέσκεια του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ), ο οποίος κάνει λόγο για νέα οριζόντια μέτρα που δεν αποτελούν διαρθρωτικές αλλαγές, αλλά φοροεισπρακτικά μέτρα, τα οποία αφενός δεν εξασφαλίζουν τη μείωση του clawback

κατά 30%, αφετέρου θέτουν περιορισμούς στην είσοδο των νέων καινοτόμων φαρμάκων ή και την καθιστούν απαγορευτική, γεγονός που θα έχει άμεσες και δυσμενέστερες επιπτώσεις στους ασθενείς, πλήττουν την υγιή επιχειρηματικότητα, χωρίς να εξασφαλίζουν δημοσιονομικά οφέλη, ενώ το κυριότερο, δεν εξασφαλίζουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς, είναι οι εξής.

α) τα νέα φάρμακα θα εισάγονται στη θετική λίστα με την προϋπόθεση ότι κυκλοφορούν σε 9 κράτη- μέλη της Ε.Ε, αποζημιώνονται σε 6 από αυτά εκ των οποίων τα τρία διαθέτουν σύστημα αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας (HTA).

β) εισάγονται κριτήρια αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας, τα οποία είναι η ανεκπλήρωτη ιατρική ανάγκη, η προστιθέμενη θεραπευτική αξία του υπό αξιολόγηση φαρμακευτικού προϊόντος σε σχέση με τις υφιστάμενες θεραπείες, η αξιοπιστία των στοιχείων της κλινικής τεκμηρίωσης και η σχέση κόστους- οφέλους, μετά από συνεκτίμηση των δημοσιονομικών επιπτώσεων στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε συνάρτηση με τα φάρμακο-επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας.

- Ενοποιημένο rebate όγκου με επιπλέον επιβάρυνση 25% για τα νέα on patent φάρμακα και μέχρι να υπάρξει διαπραγμάτευση της τιμής αποζημίωσής τους.

- Διασύνδεση της επιτροπής διαπραγμάτευσης με την επιτροπή θετικής λίστας και συνεκτίμηση του αποτελέσματος της διαπραγμάτευσης με τα υπόλοιπα κριτήρια της θετικής λίστας (πρόκειται για τη λίστα με τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία).

-Μέτρα για την προώθηση των γενοσήμων με ποσοστιαίους στόχους συνταγογράφησης ανά γιατρό και με ειδικό οικονομικό κίνητρο για τα φαρμακεία.

-Πρόβλεψη κλειστών προϋπολογισμών ανά θεραπευτική κατηγορία σε συνδυασμό με την ενσωμάτωση υποχρεωτικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

-Αξιολόγηση και έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των γιατρών από τον ΕΟΠΥΥ.

Όλα αυτά θα δημιουργήσουν απώλειες τζίρου που θα φτάνουν το ένα δισ. ευρώ κυρίως λόγω των υποχρεωτικών εκπτώσεων και των επιστροφών προς τον ΕΟΠΥΥ,

με τις οποίες θα επιβαρυνθούν οι φαρμακευτικές εταιρείες, προκειμένου να καλυφθεί η υπέρβαση στον προϋπολογισμό του φαρμάκου.

Μόνο για τους πέντε πρώτους μήνες του 2017, η υπέρβαση ανέρχεται περίπου σε 320 εκατ. ευρώ, χωρίς μάλιστα να έχει υπολογισθεί η εισαγωγή νέων φαρμάκων, τα οποία κατά βάση είναι ακριβότερα και σύμφωνα με τους φορείς της αγοράς θα εκτοξεύσουν τον προϋπολογισμό του φαρμάκου, και άρα το ύψος των αναγκαστικών επιστροφών(clawback).

Την ίδια στιγμή, όπως αναφέρουν παράγοντες του κλάδου, μετά τα νέα μέτρα που επέβαλε το υπουργείο Υγείας στο πλαίσιο του τελευταίου μνημονίου για την εισαγωγή και αποζημίωση των καινοτόμων σκευασμάτων, το rebate, δηλαδή οι αναγκαστικές εκπτώσεις προς τον ΕΟΠΥΥ και τα δημόσια νοσοκομεία στις τιμές των θεραπειών, θα είναι αυξημένο κατά 140 εκατ. ευρώ αυτή τη χρονιά και δεν θα επιτευχθεί ο στόχος μείωσης του clawback κατά 30% για το 2017, όρος ο οποίος περιλαμβανόταν στα προαπαιτούμενα μέτρα.

Τα στοιχεία του rebate για το πρώτο τρίμηνο του 2017, είναι έως 5 φορές πέραν των αρχικών προβλέψεων, ενώ η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη παραμένει σταθερή στα 1,94 δις. ευρώ, όπου συμπεριλαμβάνεται και το κόστος των εμβολίων και της κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών.

Οι επιχειρήσεις καλούνται να καταβάλλουν υποχρεωτικές εκπτώσεις και επιστροφές, φαινόμενο που δεν συναντάται σε καμία άλλη ευρωπαϊκή χώρα, όταν ήδη οι τιμές των on patent και off patent προϊόντων, σκευάσματα που προστατεύονται από πατέντα και που βρίσκονται εκτός προστασίας αντίστοιχα είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη.

Σύμφωνα με τον ΣΦΕΕ, δεν έχει αποτιμηθεί η επίπτωσή των νέων μέτρων στη φαρμακευτική δαπάνη και στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, δεν υπάρχει κάποια σχετική μελέτη σχετικά με τις παρενέργειες στον κλάδο, ενώ επίσης οι παρεμβάσεις που προωθούνται απειλούν τη βιωσιμότητα των εταιρειών, εγκυμονούν τον κίνδυνο απώλειας θέσεων εργασίας, μηδενίζουν την προβλεψιμότητα των εταιρειών και το κυριότερο, απειλούν ευθέως την πρόσβαση των ασθενών στις νέες

θεραπείες.⁶⁷

11.2. Εταιρείες φαρμάκου

«Θα θέλαμε να θέσουμε υπόψη σας τη δυσaréσκεια και την έντονη αντίθεσή μας για τη νέα πολιτική φαρμάκου που υλοποιείται ήδη αναδρομικά. Η σειρά των καταγιστικών μέτρων που ψηφίστηκαν, αλλά και τα επερχόμενα μέτρα, πλήττουν άμεσα και δραματικά την ανάπτυξη, την καινοτομία, τη βιωσιμότητα των εταιρειών μελών μας και το κυριότερο την πρόσβαση των ασθενών σε σωτήριες θεραπείες, ενώ δεν εξασφαλίζουν στέρεα δημοσιονομικά οφέλη».⁶⁸

Αυτά αναφέρει η επιστολή του ΣΦΕΕ στο υπουργείο υγείας τον Ιούνιο του 2017 και αναφέρεται αναλυτικά στα προβλήματα που θα δημιουργηθούν στην αγορά του φαρμάκου.

- ενοποιημένο rebate: Το μέτρο αυτό μεροληπτεί κατά συγκεκριμένων καινοτόμων σκευασμάτων και βαρύνει άνισα ορισμένα προϊόντα έως και 5 φορές παραπάνω, επίσης ενώ είχε προβλεφθεί επιβάρυνση από 14% - 30%, τελικά το ανώτατο όριο σε κάποιες περιπτώσεις καινοτόμων φαρμάκων ανέρχεται στο 43,3%, ενώ η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη παραμένει σταθερή. Όχι μόνο πλήττεται δραματικά η καινοτομία, αλλά οδηγεί και σε άδικη αντιμετώπιση και διακριτική μεταχείριση κάποιων προϊόντων έναντι άλλων,

- νέα κριτήρια για την αξιολόγηση των φαρμάκων. Η εφαρμογή των εξωτερικών κριτηρίων με χώρες αναφοράς για την κυκλοφορία τους και η σύνδεσή τους με τις χώρες που αποζημιώνονται, απαιτεί σε όσες περισσότερες χώρες κυκλοφορεί τόσο περισσότερες χώρες με αποζημίωση να χρειάζονται, προκειμένου να πληροί τις προϋποθέσεις ένταξης. Αυτό σε συνδυασμό με την επιβολή έκπτωσης 25% στα νέα φάρμακα μπλοκάρει την καινοτομία και δυσχεραίνει την πρόσβαση των ασθενών σε νέες θεραπείες,

⁶⁷ <http://www.naftemporiki.gr/finance/story/1231385/entoni-dusareskeia-sfee-gia-ti-nea-politiki-sto-farmako> 4/5/2017

⁶⁸ Επιστολή του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος στον Υπουργό Υγείας, 16/6/2017

- κίνητρα γενοσήμων: Επιπλέον θεσμοθετούνται κίνητρα για τη διείσδυση των γενοσήμων, τα οποία όμως επιβαρύνουν όλες τις φαρμακευτικές εταιρείες και όχι τις εταιρείες που διακινούν γενόσημα. Η αδικία ενισχύεται επιπλέον από το γεγονός ότι αυτό εφαρμόζεται πάνω σε ένα στρεβλό σύστημα τιμολόγησης, στο οποίο η διαφορά τιμής μεταξύ γενοσήμων και off patent είναι ελάχιστη,
- δελτίο τιμών φαρμάκων για ανατιμολόγηση. Στο τελευταίο δελτίο τιμών φαρμάκου η στρέβλωση των τιμών παίρνει τεράστιες διαστάσεις. Η εφαρμογή καινοφανών ερμηνειών στην υλοποίηση της ισχύουσας Υπουργικής Απόφασης, καταδεικνύει την επιλεκτική προστασία σκευασμάτων, με αποτέλεσμα την ελάχιστη εξοικονόμηση του συστήματος, μόνο 1,5% και την αύξηση του clawback, η οποία επιβαρύνει όλες τις εταιρείες και εξαντλεί τις αντοχές του κλάδου,
- νέος τρόπος υπολογισμού clawback. Όπως ανακοινώθηκε στην πρόσφατη συνεδρίαση της Επιτροπής Παρακολούθησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης πρόκειται να εφαρμοστεί άμεσα ένας νέος τρόπος υπολογισμού του clawback. Η πρόταση αυτή σύμφωνα με τον ΣΦΕΕ είναι ένα άδικο μέτρο που ποινικοποιεί την ανάπτυξη, βάλλει κατά της επιχειρηματικότητας και δεν έχει κανένα δημοσιονομικό όφελος. Ταυτόχρονα δεν υπάρχει δέσμευση για μείωση του clawback κατά 30%, το οποίο καταβάλλεται σε λιανικές τιμές και όχι στην τιμή που τιμολογείται, το λεγόμενο ex-factory, που είναι το 67% της λιανικής τιμής,
- νέο μοντέλο τιμολόγησης. Υπάρχει η πρόθεση να αναθεωρηθεί το υπάρχον μοντέλο τιμολόγησης με ένα νέο, ενώ στην πραγματικότητα το υπάρχον δεν εφαρμόζεται ή παραβιάζεται σε μόνιμη βάση, αναπαράγοντας και διογκώνοντας τις στρεβλώσεις του παρελθόντος.

Είναι ξεκάθαρο ότι ο υπάρχων προϋπολογισμός δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού ενώ στον απόηχο του καταιγισμού των νέων μέτρων, χωρίς να έχει αποτιμηθεί η επίπτωσή τους στη φαρμακευτική δαπάνη και στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, χωρίς να υπάρχει κάποια μελέτη σχετικά και χωρίς να έχουν εφαρμοστεί ορθά οι υπάρχουσες νομοθετικές ρυθμίσεις, προωθούνται νέα μέτρα που απειλούν τη βιωσιμότητα των φαρμακευτικών εταιρειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ

Υγεία και ανάπτυξη

12.1. Η υγεία ως μοχλός ανάπτυξης

Ο τομέας της Υγείας μπορεί να προσφέρει τεράστιες ευκαιρίες επένδυσης, ενώ μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη της οικονομίας. Το ετήσιο όφελος μπορεί να φτάσει τα 750 εκατ. ευρώ, τα 500 εκατ. από τον ιατρικό και ιαματικό τουρισμό και περί τα 250 εκατ. από τις κλινικές μελέτες.⁶⁹

Εάν υπάρξει ένα σταθερό πλαίσιο δράσης η ελληνική φαρμακοβιομηχανία θα αποτελέσει την αιχμή του δόρατος της ανάπτυξης, αφού με τα υπάρχοντα στοιχεία με μία ετήσια προσέλευση 100.000 ασθενών το οικονομικό όφελος θα υπερβεί τα 500 εκ ευρώ.

Τα επόμενα χρόνια θα διενεργηθούν στη χώρα μας κλινικές μελέτες που θα προσελκύσουν επενδύσεις, ενώ παράλληλα θα υλοποιηθούν και επενδύσεις στην παραγωγή και συσκευασία φαρμάκων, ενώ τεράστιο χώρο για επενδύσεις ανοίγει η τεχνολογική επανάσταση στον χώρο της υγείας.

12.2. Τουρισμός υγείας και ευεξίας

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες που έχουν διεξαχθεί για τον ιατρικό τουρισμό, ο τομέας αναδεικνύεται σε μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες μορφές τουρισμού, με ανάπτυξη έως και 25% ετησίως για την επόμενη δεκαετία. Χώρες όπως η Ελλάδα μπορούν να προσφέρουν ολοκληρωμένη εμπειρία ιατρικού τουρισμού, ενώ μπορεί να συνδεθεί ο τομέας υγείας με τον τουρισμό, έτσι ώστε να καλυφθούν κενά και

⁶⁹ «Ο ρόλος της Υγείας στην ανάπτυξη», 1^ο συνέδριο Ναυτεμπορικής, ομιλία υπουργού Οικονομίας και Ανάπτυξης Δ. Παπαδημητρίου

ελλείψεις που υπάρχουν.

«Ο θεματικός τουρισμός αποτελεί προτεραιότητα στην εθνική τουριστική πολιτική μας και η ανάπτυξη του τουρισμού υγείας και ευεξίας είναι μία μορφή τουρισμού με σημαντικές οικονομικές και αναπτυξιακές προεκτάσεις»⁷⁰

12.3 Ο ρόλος των ιδιωτών

Μπορεί να δοθεί έμφαση επίσης στην ανάπτυξη ενός ισχυρού δημόσιου πόλου παροχής υπηρεσιών. Σε περιόδους ύφεσης, η υστέρηση εσόδων καθιστά αναγκαία την απαίτηση για εθνικό σύστημα υγείας από το κράτος αλλά και τους ιδιώτες, ειδικά για τα πιο ευάλωτα κομμάτια του πληθυσμού. Τα επόμενα χρόνια ο ιδιωτικός τομέας της υγείας θα έχει ένα πολύ κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη του συστήματος. Ο ιδιωτικός τομέας σε επίπεδο υποδομών αλλά και η αναπτυγμένη φαρμακοβιομηχανία έχουν αποδείξει ότι μπορούν να αποτελέσουν ένα δυναμικό κομμάτι του συστήματος. Επίσης η επένδυση στην υγεία είναι συνέχεια και της απόσβεσης της επένδυσης στο ανθρώπινο δυναμικό. Πρέπει να σταματήσουμε τη διαρροή του ανθρώπινου δυναμικού.

Μπορούμε να επικεντρώσουμε στα εξής σημεία.

- Αξιοποίηση των τριτοβάθμιων νοσοκομείων της χώρας του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα.
- Αποκαταστατικός τουρισμός και ιατρικός τουρισμός σε συνεργασία με κέντρα αποκατάστασης με ξενώνες και ξενοδοχεία.
- Ιατρικός τουρισμός εξωσωματικής και υποβοηθούμενης γονιμοποίησης σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και Κρήτη.
- Ξενοδοχεία και ξενώνες συνεργαζόμενα με κέντρα αιμοκάθαρσης σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Κρήτη και Ρόδο.
- Οι λουτροπόλεις, τα κέντρα αποκατάστασης στα οποία θέλουμε να απευθυνθούμε

⁷⁰ «Ο ρόλος της Υγείας στην ανάπτυξη», 1^ο συνέδριο Ναυτεμπορικής, ομιλία υπουργού τουρισμού Κουντουρά Ε.

ειδικά στον τουρισμό ομάδων ειδικών κατηγοριών και

- Οφθαλμολογική, δερματολογική, αισθητική και πλαστική χειρουργική.⁷¹

Χρειάζεται βέβαια σημαντική επανεξέταση και εξορθολογισμός του συστήματος, σύμφωνα με τον διευθύνοντα σύμβουλο της εταιρείας Janssen Μάκη Παπαταξιάρχη⁷². Όπως τόνισε, η Ελλάδα βρίσκεται σε παρατεταμένη κρίση και είναι λογικό να τιμολογεί τα φάρμακά της με βάση τις τρεις χαμηλότερες τιμές της Ευρώπης. Επίσης σωστά επιδιώχθηκε να τεθεί ένα νέο σύστημα του τρόπου αποζημίωσης. Όχι όμως με τον τρόπο που αυτά νομοθετήθηκαν.

12.4. Το φάρμακο ως κοινωνικό αγαθό

Η σημασία του φαρμάκου ως κοινωνικό αγαθό και οι παραγωγικές δυνατότητες στον χώρο των εξαγωγών, της απασχόλησης και της έρευνας είναι ένα σημαντικό ζήτημα προς έρευνα.

Σύμφωνα με τον Βασίλη Αραχωβίτη, δικηγόρο με εξειδίκευση σε θέματα Υγείας/Νομοθετικά Θέματα/Business, συντονιστή στην επιτροπή σοφών του Galien Think Tank Greece, πρέπει να βάλουμε σε προτεραιότητα την ελληνική φαρμακοβιομηχανία και θα πρέπει η χώρα να αποκτήσει αντανakλαστικά. Για τις κλινικές μελέτες αναφέρει ότι υπάρχουν πολλές υπηρεσίες συναρμόδιες και ότι μια λύση θα ήταν η θεσμοθέτηση ενός γενικού γραμματέα Κλινικών Μελετών στο υπουργείο Ανάπτυξης.⁷³

Βέβαια τα τελευταία χρόνια όλοι οι νόμοι περνούν από την έγκριση των θεσμών. Αν δεν ξεφύγουμε από αυτή τη διαδικασία και δεν βγούμε από το καθεστώς επιτροπείας δεν μπορούμε να μιλάμε για ανάπτυξη, ενώ η χωρίς στόχευση δραματική συρρίκνωση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω της μείωσης τιμών, με την ταυτόχρονη επιβολή των rebates και clawbacks, έχει προκαλέσει τα τελευταία χρόνια την απώλεια

⁷¹ Μελέτη του υπουργείου υγείας, 2017

⁷² «Ο ρόλος της Υγείας στην ανάπτυξη», 1^ο συνέδριο Ναυτεμπορικής

⁷³ «Ο ρόλος της Υγείας στην ανάπτυξη», 1^ο συνέδριο Ναυτεμπορικής, το φάρμακο ως μοχλός ανάπτυξης

50.000 θέσεων εργασίας στον ευρύτερο κλάδο του φαρμάκου. Αυτό που επιβάλλεται να γίνει για να λειτουργήσει ομαλά η αγορά φαρμάκου, είναι η σταθεροποίηση του οικονομικού περιβάλλοντος.

Στον τομέα των κλινικών μελετών κάθε νέο φάρμακο που έρχεται αποτελεί καθαρή αναπτυξιακή προοπτική και υπεραξία. Μεταξύ των σημαντικότερων ωφελειών των μελετών είναι και το γεγονός ότι η χώρα μας λαμβάνει δωρεάν υπηρεσίες και φάρμακα και απολαμβάνει άνω του 100% προστιθέμενη αξία. Απαιτείται να αποκτήσουμε ταχύτητα στη διαδικασία των εγκρίσεων για να γίνουμε ανταγωνιστικοί⁷⁴.

12.5. Ιδιωτική αγορά υγείας και ανάπτυξη

Η χώρα μας, αν και ανήκει στην Ε.Ε., έχει χαρακτηριστικά αναδυόμενης αγοράς στην υγεία⁷⁵, ενώ το σύστημα υγείας κινδυνεύει με κατάρρευση λόγω της μείωσης των προϋπολογισμών. Βέβαια σε ένα δυσμενές περιβάλλον με περιορισμό των δαπανών, συνήθως στην αγορά υγείας παρατηρείται μια μετακίνηση και σύμπραξη του ιδιωτικού με τον δημόσιο τομέα. Το Δημόσιο δεν έχει κεφάλαια για να αναπτυχθεί, οι επενδυτές όμως προσβλέπουν και στον δημόσιο τομέα. Οι συνεργασίες αυτές μπορούν να αναδείξουν τα πλεονεκτήματα τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα.

Πάντως είναι κοινά αποδεκτό από όλους τους εμπλεκόμενους στην αγορά υγείας, ότι στην Ελλάδα έχουν γίνει μεγάλες επενδύσεις, ενώ έχει δοθεί έμφαση και στον χώρο της τεχνολογίας υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας, αυτά που μπορούμε να βγάλουμε ως συμπεράσματα από την διπλωματική μας εργασία που αναφέρεται στο κοινωνικό κράτος, την εξέλιξή του και ειδικότερα στην αγορά υγείας και τη σχέση της με αυτό είναι τα εξής.

⁷⁴ «Ο ρόλος της Υγείας στην ανάπτυξη», 1^ο συνέδριο Ναυτεμπορικής,

⁷⁵ Από ομιλία του Γρηγόρη Σαραφιανού, προέδρου της Πανελλήνιας Ένωσης Ιδιωτικών Κλινικών

Το κοινωνικό κράτος σαν έννοια περιλαμβάνει την κρατική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, όπως η κοινωνική ασφάλιση, η κοινωνική πρόνοια, η εκπαίδευση η στέγαση και η υγεία. Η υγεία ως υπέρτατο αγαθό για τον άνθρωπο δεν θα πρέπει να υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς, αφού κάτι τέτοιο απαγορεύει την ισότιμη πρόσβαση σε αυτή. Η υγεία θεωρείται δημόσιο αγαθό και το κράτος έχει την υποχρέωση να παρεμβαίνει ώστε κάθε πολίτης του, να λαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας με βάση τις ανάγκες του, ανεξαρτήτως του εισοδήματός του.

Το κοινωνικό κράτος αναπτύχθηκε ιδιαίτερα μετά τον β' παγκόσμιο πόλεμο στη Δυτική Ευρώπη, ως απαραίτητη προϋπόθεση της σταθεροποίησης του καπιταλισμού, με την καθιέρωση σειράς κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων στις εργατικές και λαϊκές τάξεις που άλλοτε αποτέλεσαν κατακτήσεις από τους εργαζόμενους και άλλοτε παραχωρήσεις εκ μέρους των κεφαλαιοκρατικών τάξεων. Σε αυτό σημαντικό ρόλο έπαιξαν, από τη μία πλευρά οι διεκδικήσεις των εργαζομένων των καπιταλιστικών χωρών και από την άλλη οι πολιτικές των σοσιαλιστικών χωρών που λειτουργούσαν ως μοχλός πίεσης όπου η υγεία, η εργασία, η κατοικία και η κοινωνική ασφάλιση διαμορφώνονταν με μοναδικό κριτήριο το καθολικό κοινωνικό δικαίωμα για όλους, το οποίο όφειλε να το εξασφαλίζει το κράτος χωρίς κανενός είδους αποκλεισμό. Στην Ελλάδα ειδικότερα το κοινωνικό κράτος, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη που επικράτησαν μετά τον πόλεμο, καθυστέρησε να αναπτυχθεί.

Η σχέση της αγοράς υγείας με το κοινωνικό κράτος βασίζεται στην ανάπτυξη κρατικών πολιτικών υγείας. Η αγορά υπηρεσιών υγείας έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαφορετική συμπεριφορά από ότι οι υπόλοιπες αγορές. Στην αγορά υγείας οι καταναλωτές δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση και καταβάλλουν άμεσα το κόστος, ενώ οι πάροχοι επιδιώκουν την μεγιστοποίηση του κέρδους. Επίσης υπάρχουν οι ιδιαιτερότητες της ατελούς πληροφόρησης και της προκλητής ζήτησης, που επιβάλλουν την κρατική παρέμβαση για την άμβλυνση των ανισοτήτων.

Στην αγορά υγείας δεν μπορεί να ισχύει ο νόμος της αγοράς και της ζήτησης, αφού ως πολύτιμο κοινωνικό αγαθό είναι εγκληματικό να θεωρείται εμπορεύσιμο προϊόν. Εάν αφήσουμε την αγορά υγείας έρμαιο στον ανταγωνισμό της αγοράς, τότε θα δούμε να ανοίγεται ένα χάσμα ανάμεσα στις υπηρεσίες που διατίθενται στους πλούσιους και

σε εκείνες που διατίθενται στους υπόλοιπους ασφαλισμένους. Στις σύγχρονες κοινωνίες παρατηρείται έντονος ρυθμός ανάπτυξης των υγειονομικών δαπανών, που συνδέεται με τη δημογραφική γήρανση, τη μεταβολή στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και την ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας. Στο κοινωνικό κράτος, για την προστασία της δημόσιας υγείας πρέπει να αναλαμβάνονται πρωτοβουλίες που σκοπό έχουν την προστασία του συνολικού πληθυσμού από κινδύνους που απειλούν την υγεία και κατά συνέπεια, την ευημερία και την ποιότητα της ζωής του. Δεν πρέπει βέβαια να αγνοούμε ότι ο τομέας της υγείας αποτελεί πεδίο αντιπαράθεσης διαφόρων ιδεολογικών και κοινωνικών προσεγγίσεων, ενώ είναι και ένα πολύ σημαντικό πεδίο επιχειρηματικότητας για τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό έχει ως συνέπεια οι κρατικές πολιτικές στην αγορά υγείας να επηρεάζονται από τους πολιτικούς συσχετισμούς, δημιουργώντας άλλες φορές δίκαιες πολιτικές και άλλες άδικες. Έτσι ο κοινωνικός χαρακτήρας της φροντίδας για την υγεία έρχεται σε σύγκρουση με το θεμελιώδη νόμο λειτουργίας της αγοράς, που βασίζεται στο κέρδος και την εμπορευματοποίηση και απομένει η πολιτική βούληση να αμβλύνει τις ανισότητες και τις αδικίες, δημιουργώντας όσο είναι δυνατό τις προϋποθέσεις ισότιμης πρόσβασης για όλους στις υπηρεσίες υγείας.

Στη χώρα μας η αγορά υγείας στην πραγματικότητα δεν λειτούργησε ποτέ δωρεάν, ενώ οι πολίτες πληρώνουν όλο και περισσότερα χρήματα είτε απ' ευθείας από το εισόδημά τους ή μέσω των ασφαλιστικών ταμείων τους για όλο και λιγότερες δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, οι οποίες συνεχώς υποβαθμίζονται.

Η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα οδήγησε σε πτώση του παρεχόμενου επιπέδου της υγείας, ενώ όλες οι αλλαγές έχουν ως μοναδικό κριτήριο τον περιορισμό του δημοσιονομικού κόστους. Παρουσιάζεται μείωση της κρατικής χρηματοδότησης αλλά και μείωση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, με συνέπεια μεγάλο μέρος του πληθυσμού, κυρίως τα πιο αδύναμα οικονομικά στρώματα να μην έχουν πρόσβαση στην αγορά υγείας. Η μείωση των δαπανών, επιτυγχάνεται σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ το ποσοστό των ατόμων που δηλώνει ότι δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε υπηρεσίες υγείας για οικονομικούς λόγους υπερδιπλασιάζεται την περίοδο 2004 - 2013 και ειδικότερα το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 48,7% την περίοδο 2009 – 2013.

Κομβική αλλαγή που επηρέασε την Ελληνική αγορά υγείας ήταν η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012, η οποία αποσκοπούσε στη δημιουργία οικονομικών κλίμακας μέσω

της καλύτερης αξιοποίησης των πόρων, στην εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας προς όφελος της υγείας των χρηστών, αλλά και στην επίτευξη καλύτερων οικονομικών αποτελεσμάτων, καθώς και στην αποτροπή δημιουργίας μονοπωλιακών τάσεων. Επίσης στόχος ήταν ξεπεράσει τις στρεβλώσεις που δημιουργούνταν από την ύπαρξη διαφόρων ταμείων, με διαφορετικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών, που καθιστούσαν την αγορά υγείας πολυδιασπασμένη χωρίς την απαραίτητη κεντρική στόχευση. Η σημαντικότερη όμως αλλαγή ήταν η ενίσχυση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ αρχικά ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας και στη συνέχεια αποκλειστικά ως παρόχου για τον αποτελεσματικότερο έλεγχο του κόστους, αλλά και τη συγκράτηση της δαπάνης, μέσω της συνεχούς παρακολούθησης του προϋπολογισμού, της διαφάνειας των δαπανών και της δυνατότητας του ΕΟΠΥΥ να επιλέγει με βάση το χαμηλότερο κόστος. Βέβαια στήθηκε πρόχειρα και χωρίς σοβαρή αναλογιστική μελέτη για τη βιωσιμότητά του, αφού καλείται να καλύψει τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων στο χώρο της υγείας χωρίς να έχει προβλεφθεί η ανάλογη χρηματοδότηση και με ένα προϋπολογισμό που αποδεικνύεται ανεπαρκής για τις υποχρεώσεις που έχει, ενώ δέχεται και κριτική ως στρατηγική επιλογή που οδηγεί σε περαιτέρω ιδιωτικοποίηση της υγείας.

Βέβαια η αγορά υγείας στην Ελλάδα, δηλαδή η αγορά κάθε ιατρικής και φαρμακευτικής υπηρεσίας που προσφέρεται με αντίτιμο, πρέπει να λειτουργεί χωρίς εμπόδια και αποκλεισμούς πρόσβασης όλων όσων την έχουν ανάγκη. Επίσης δεν πρέπει το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών να αποτελεί εμπόδιο στην παροχή αυτών σε οποιονδήποτε. Δυστυχώς όμως είναι ξεκάθαρο ότι παρόλο που μπορούμε να πούμε ότι δεν υπάρχουν εκτεταμένοι αποκλεισμοί από τις υπηρεσίες υγείας, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η πρόσβαση σε αυτές και η ποιότητα τους δεν περιλαμβάνει εκτεταμένες ανισότητες.

Ειδικά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων, οι πολιτικές της λιτότητας επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την αγορά υγείας, μειώνοντας το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ποιότητά τους. Επίσης βάσει των στοιχείων που έχουμε η Ελλάδα πάντοτε δαπανούσε λιγότερα χρήματα από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ήταν πάντοτε ψηλότερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Επειδή ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους πιο πολύπλοκους και ιδιαίτερους τομείς της οικονομίας μιας χώρας και απαιτείται η κατανάλωση πολύ υψηλών πόρων του προϋπολογισμού

της για την επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας και ευημερίας, αποτελεί πρόκληση η αποδοτικότερη προσέγγιση αναφορικά με την επίτευξη παροχής υψηλών αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Πηγές

Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο συστημάτων και πολιτικών υγείας

Σύνταγμα της Ελλάδος

Eurostat database

<https://www.alfavita.gr/arthron/>

<https://www.europa.eu/european-union/topics/health>

<https://www.istoriatexnespolitismos.wordpress.com/2013/06/26/>

<http://www.kathimerini.gr/866822/article>

[http://www.naftemporiki.gr/finance/story/1231385/entoni-dusareskeia-sfee-gia-ti-neapolitiki-sto farmako](http://www.naftemporiki.gr/finance/story/1231385/entoni-dusareskeia-sfee-gia-ti-neapolitiki-sto-farmako) 4/5/2017

www.elstat.gr

www.eopyy.gov.gr

www.ggka.gr

www.healthview.gr/

www.iobe.gr

www.kepe.gr

www.oe-e.gr

www.oecd.gr

www.pis.gr

www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos

www.who.int

Βιβλιογραφία

Αγγελάκη Μ, 2009, Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική και κοινωνική ασφάλιση, η ανοικτή μέθοδος συντονισμού στον τομέα των συντάξεων, η περίπτωση της Ελλάδας,

Βασιλικό Ίδρυμα Ερευνών, 1970,

Βενιέρης Δ. 2015, κοινωνική πολιτική, έννοιες και σχέσεις, τόπος,

Βενιέρης Δ. – Παπαθεοδώρου Χ. 2003, η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα – προκλήσεις και προοπτικές, ελληνικά γράμματα,

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012, Λευκή Βίβλος, Ατζέντα για επαρκείς, ασφαλείς και βιώσιμες συντάξεις,

Θεοδώρου- Σαρρή- Σούλης, 2001, συστήματα υγείας, Παπαζήση,

Καράγιωργας Δ. 1981, δημόσια οικονομική, οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους, Παπαζήση,

Καραμπελιάς Γ. 2015, κοινωνικές αναπαραστάσεις, Παπαζήση,

Κήπας Μ. 2016, πολιτική οικονομία της μετάβασης, Ηρόδοτος,

Κομμουνιστική επιθεώρηση, τεύχος 3/2006,

Κρεμαλής Κ., 1987, το δικαίωμα προστασίας της υγείας,

Κυριόπουλος Γ., 2007, τα οικονομικά της υγείας, βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι, Παπαζήση,

Κωστόπουλος Τρ. 2014, Τοπική Δημοκρατία και Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση, Παπαζήση,

Κωστόπουλος Τρ. 2012, «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση και περιφερειακή οικονομική κρίση. Η περίπτωση της Ελλάδας», Ανακοίνωση στο 17ον Επιστημονικό Συνέδριο του Συνδέσμου Ελλήνων Περιφερειολόγων με θέμα: Το μέλλον του αναπτυξιακού και χωροταξικού σχεδιασμού της Ελλάδας, Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας, Δελφοί, 25.2.2012.

Μαλλιαρού – Σαράφη – Καραθανάση – Σωτηριάδου, <https://www.inhealthcare.gr/article/el/xaraktiristika-agathou-ugeias-kai-adunamia-epivolis-kanonon-eleutheris-antagonistikis-agoras>,

Μαλούτα Θ. – Οικονόμου Δ., 1988, προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, Εξάντας,

Μάρδας Γ., 2005, κοινωνική πολιτική, θεωρία και πράξη, διοίκηση - οικονομία - δίκαιο – κοινωνιολογία, Παπαζήση,

- Μούσης Ν., 2002, η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Παπαζήση,
- Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, 2017, πρόταση του ΟΕΕ για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης,
- Οικονόμου Χ., 2011, η επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα συστήματα υγείας των χωρών μελών, στο: Σακελλαρόπουλος Θ., (επιμ.). η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διόνικος,
- Οικονόμου Χ., 2010, υγεία, υπηρεσίες φροντίδας υγείας και κοινωνιολογική θεωρία, στο: Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., (επιμ.). Θεσμοί και πολιτικές υγείας. Παπαζήση,
- Πετμεζίδου – Τσουλουβή Μ., 1992, κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική, Εξάντας,
- Ρομπόλη Σ., 2012, οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος από το κράτος πρόνοιας στο κράτος φιλανθρωπίας, Επίκεντρο,
- Ρομπόλη Σ. – Χλέτσου Μ., 1995, η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, Παρατηρητής,
- Σακελλαρόπουλος Θ., 2011, η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Διόνικος,
- Σίσκου – Κατελίδου – Θεοδώρου – Λιαρόπουλος, 2005, η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, τμήμα νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Αθηνών, <https://www.inhealthcare.gr/article/el/xarakteristika-agathou-ugeias-kai-adunamia-epivolis-kanonon-eleutheris-antagonistikis-agoras>,
- Στασινοπούλου Όλγα, 2003, κράτος πρόνοιας, Gutenberg,
- Χλέτσος Μ., 2015, , Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών, <http://www.isoinhealth.com/index.php/arhtra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeia>
- Economou Ch, 2010, Health systems in transition: Greece. Health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen,
- Esping-Andersen, Gosta, 2006, γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος, Διόνικος,
- Gough Ian, 1998, η πολιτική οικονομία του κοινωνικού κράτους, Σαββάλα,
- Hobsbawm Er., 1995, η εποχή των άκρων, ο σύντομος εικοστός αιώνας 1914-1991, θεμέλιο,
- Siskou O., Kaitelidou D., Economou Ch., Kostagiolas P., Liaropoulos L., 2009, private expenditure and the role of private health insurance in Greece, status quo and future

trends, European Journal of Health Economics,

Vaithianathan R., 2006, health insurance and imperfect competition in the health care market, journal of health economics,