



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

“Διακυβέρνηση και Δημόσιες Πολιτικές”

Η αποδοτικότητα του συστήματος δημόσιας υγείας

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΠΑΤΤΠΑ

AM 3033202201026

*University of Peloponnese*

*Faculty of Social and International Sciences*

*Department of Political Science and International Relations*

*Master Program in*

*“Governance and Public Policies”*

*The efficiency of the public health system*

*Alexandra Pappa*

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

1. Δηλώνω ρητώς και ανεπιφυλάκτως ότι η διπλωματική εργασία που σας καταθέτω αποτελεί προϊόν δικής μου πνευματικής προσπάθειας, δεν παραβιάζει τα δικαιώματα τρίτων μερών και ακολουθεί τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα επιστημονικής συγγραφής, τηρώντας πιστά την ακαδημαϊκή δεοντολογία.

2. Οι απόψεις που εκφράζονται αποτελούν αποκλειστικά ευθύνη του συγγραφέως και ο επιβλέπων, οι εξεταστές, το Τμήμα και το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου δεν υιοθετούν κατ' ανάγκη τις εκφραζόμενες απόψεις ούτε φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν λάθη και παραλείψεις.

Η Δηλούσα  
Αλεξάνδρα Παππά

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δημόσια υγεία αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά πεδία δημόσιας πολιτικής με ισχυρή επίδραση στην ευημερία των πολιτών και την ποιότητα της ζωής τους. Ταυτόχρονα, αποτελεί έναν ουσιαστικό δείκτη δημοκρατίας, γιατί η αποτυχία κατοχύρωσης ισότιμων δυνατοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας πλήττει ιδιαίτερα τα ασθενέστερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα του πληθυσμού, και επιβαρύνει υπέρμετρα τα οικονομικά των οικογενειών με ιδιωτικές δαπάνες. Η μέριμνα αυτή φαίνεται ότι καθοδήγησε την εθνική πολιτική από τη δεκαετία 1980 με πολλές και σημαντικές επιτυχίες. Ωστόσο, αποτυχία σημειώθηκε στην αποδοτικότητα του συστήματος, καθώς η ραγδαία αύξηση της δημόσιας δαπάνης δεν συνδυάστηκε με την παροχή καλύτερων υπηρεσιών, υποδομών ή την μείωση της ιδιωτικής δαπάνης. Αντιθέτως, είχε αρνητική επίδραση στη δημοσιονομική κατάσταση της χώρας με αποτέλεσμα η περικοπή των δαπανών από το 2010 να θέσει στο επίκεντρο τις δαπάνες υγείας. Θα υποστηριχθεί ότι η αποδοτικότητα και βιωσιμότητα του συστήματος είναι στενά συνυφασμένη με την μεταρρύθμιση του δημοσίου τομέα. Θα διερευνηθούν ζητήματα όπως η λειτουργία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, των διοικήσεων των μονάδων υγείας, της διαχείρισης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και της υστέρησης στον ψηφιακό μετασχηματισμό.

## *Abstract*

*Public health is a field of public policy with high impact on citizens' prosperity and their quality of life. In the meantime, it constitutes a substantial index of democracy to the extent that failing to provide equal access to health services affects especially the less privileged socio-economic strata of the population, and private expenses have a reverse impact on family budgets. This end has guided national policy since the 1980s with many and substantial achievements. Nevertheless, there was failure with regard to the efficiency of the health system, to the extent that the expansion of public funding did not deliver better services, infrastructure or the reduction of private expenses. On the contrary, there was a negative impact on public finances and as a result the reduction of expenses since 2010 set health expenses at the forefront. It will be argued that the efficiency and the sustainability of the system is closely linked to public sector reform. The essay investigates issues such as social security funds, the management of health human resources, of health sector administration and the slow path of digital transformation.*

## Συντομογραφίες

ΑΕΤΤ Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΕΕ Ευρωπαϊκή Ένωση Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΟΠΥΥ Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΗΔΙΚΑ/Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης

ΚΤΑ Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας

NHS National Health System

ΟΔΙΠΥ Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία

ΟΟΣΑ Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη

## Γραφήματα και Πίνακες

Γράφημα 1 Το πολιτικό σύστημα κατά τον Easton (1965)

Γράφημα 2 Ο κύκλος της δημόσιας πολιτικής

Πίνακας 1 Δαπάνες και έσοδα γενικής κυβέρνησης 2000-2009 (% ΑΕΤΤ)

Πίνακας 2 Εξέλιξη πληθυσμού, υγεία και ΑΕΤΤ 1974-2009

Πίνακας 3 Δαπάνες υγείας προς ΑΕΤΤ Ελλάδα, ΟΟΣΑ 2009-2018

## ΤΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1. Δημοκρατία και Δημόσιες Πολιτικές: η αποδοτικότητα του πολιτικού συστήματος και ο κύκλος της δημόσιας πολιτικής.

Κεφάλαιο 2. Κράτος, Ευρωπαϊσμός και Μεταρρυθμίσεις. Η ελληνική περίπτωση.

Κεφάλαιο 3. Η βιωσιμότητα του συστήματος δημόσιας υγείας: υστέρηση και μεταρρυθμίσεις.

### Συμπεράσματα

## Εισαγωγή

Η δημόσια υγεία αποτελεί ουσιαστικό δείκτη ευημερίας κάθε κοινωνίας. Ένα βιώσιμο σύστημα ανταποκρίνεται στην ιατρική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και την κοινωνική ισότητα (Υφαντόπουλος, 2006). Η ποιότητα της παροχής των συναφών υπηρεσιών απαιτεί μία διαρκή προσπάθεια βελτίωσης των υποδομών, παρακολούθησης των νέων επιστημονικών δεδομένων και επένδυσης σε νέο εξοπλισμό και κατάρτιση του προσωπικού. Υφίστανται, όμως, σαφείς περιορισμοί στη διάθεση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, στο πλαίσιο του στόχου εξοικονόμησης πόρων από τον τακτικό προϋπολογισμό. Η εμπειρία του National Health System (NHS) της Βρετανίας είναι χαρακτηριστική της προσπάθειας των κρατικών αρχών να ανταποκριθούν στην ζήτηση των υπηρεσιών με συγκράτηση των δαπανών, χωρίς να είναι εφικτές οι βέλτιστες λύσεις εξοικονόμησης πόρων και διασφάλισης της υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών. Η πρόσφατη πανδημία covid-19 δοκίμασε σε πρωτόγνωρο βαθμό τις υποδομές υγείας, και δημιούργησε νέες προκλήσεις για τα συστήματα διοίκησης.

Ταυτόχρονα, η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας αποτελεί ζήτημα δημοκρατίας. Είναι βασική υποχρέωση της πολιτείας να μεριμνά για την υγεία και την ζωή των πολιτών, αλλά εξακολουθεί να είναι προβληματική η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στα σχετικά αγαθά λόγω των περιορισμών από το καθεστώς ασφάλισης, αλλά και τις συνέπειες της μακροχρόνιας ανεργίας για ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων από ευάλωτες ομάδες. Στην Ελλάδα ιδιαίτερα υφίσταται το διαχρονικό πρόβλημα των υψηλών ιδιωτικών δαπανών για υπηρεσίες υγείας, το οποίο πλήττει ιδιαίτερα τις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες για τις οποίες το σχετικό κόστος υπερβαίνει τις πραγματικές οικονομικές δυνατότητες τους. Κατά συνέπεια, παρατηρείται επιβάρυνση της υγείας πολιτών με χαμηλό εισόδημα, στους οποίους το δημόσιο σύστημα δεν μπορεί να εξασφαλίσει πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες, ενώ δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών.



Η διαπίστωση των αυξημένων κρατικών δαπανών για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη χωρίς αυτές να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού και να προάγουν τη δημόσια υγεία προκάλεσε μία σειρά μεταρρυθμίσεων, οι οποίες ήταν το αντικείμενο αιρεσιμότητας κατά την εκπλήρωση των στόχων των τριών μνημονιακών συμβάσεων την περίοδο 2010-2018. Οι σχετικές δράσεις πράγματι έθεσαν σαφείς περιορισμούς σε πρακτικές οι οποίες τροφοδοτούσαν τα δημοσιονομικά ελλείμματα του προϋπολογισμού, αλλά η επίδρασή τους στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης, καθώς από σημαντικές απόψεις εξακολουθεί η απόκλιση σύμφωνα με τα στοιχεία Eurostat για την συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) με συνέπειες για την υποβάθμιση της υγείας του πληθυσμού (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες επιδρούν στην αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας. Οι ασφαλιστικές εισφορές στα δημόσια ταμεία ασφάλισης, απαραίτητες για την κάλυψη του κλάδου υγείας, επηρεάζονται από τα επίπεδα απασχόλησης και εισοδημάτων πολιτών. Η υγεία των πολιτών επηρεάζεται από τις κοινωνικές και υλικές συνθήκες διαβίωσης, οι οποίες επίσης επηρεάζονται από την οικονομική κατάσταση, αλλά και των ταχύτατων αλλαγών στον τρόπο ζωής. Η ικανότητα διαχείρισης του συστήματος υγείας εξαρτάται από τις ικανότητες του πολιτικού προσωπικού το οποίο στελεχώνει τις θέσεις λήψης αποφάσεων στα αρμόδια υπουργεία, αλλά και το διοικητικό προσωπικό του δημοσίου τομέα το οποίο στελεχώνει τις μονάδες διοίκησης. Ακόμη, η αναλογία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τον πληθυσμό, η κατανομή τους ανά την επικράτεια, αλλά και η διαρκής αναβάθμιση των δεξιοτήτων του και οι συνθήκες εργασίας ασκούν τη δική τους επίδραση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Οι παραπάνω κοινοί συντελεστές για κάθε σύστημα υγείας θα μελετηθούν ως προς τη διαχρονική εξέλιξή τους με ιδιαίτερη έμφαση

στις εξελίξεις μετά το 2010. Θα υποστηριχθεί ότι η πολιτική για τη δημόσια υγεία συνδέεται στενά με την εξέλιξη της πολιτικής για το δημόσιο τομέα, τόσο από την πλευρά της διαχείρισης, της διάθεσης και του ελέγχου των σχετικών πιστώσεων, όσο και της διαχείρισης του ανθρωπίνου δυναμικού και της οργάνωσης και λειτουργίας των διοικητικών μονάδων στον συγκεκριμένο κλάδο του δημοσίου τομέα.

Η ανάλυση θα αξιοποιήσει μεθοδολογικά εργαλεία της Πολιτικής Επιστήμης για την μελέτη των δημοσίων πολιτικών, τον ευρωπαϊσμό και τη δημόσια διοίκηση. Το γενικότερο ερευνητικό ερώτημα είναι πώς διασφαλίζεται η βιωσιμότητα του συστήματος δημόσιας υγείας, και στα ειδικότερα ερευνητικά ερωτήματα περιλαμβάνονται τα εξής:

- γιατί η κατακόρυφη άνοδος της δημόσιας δαπάνης για την υγεία δεν είχε το αναμενόμενο αποτέλεσμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, και υπονόμωσε τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας;
- πώς επιδρούν οι σημαντικές θεσμικές και δημοσιονομικές μεταβολές μετά το 2010 στο πεδίο της δημόσιας υγείας;
- πώς αξιολογούνται οι βασικές θεσμικές μεταβολές από το 2010 στην οργάνωση και εποπτεία του συστήματος υγείας και η αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας;
- γιατί η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία αποτελεί ζήτημα δημοκρατίας;

## **Κεφάλαιο 1. Δημοκρατία και Δημόσιες Πολιτικές: η αποδοτικότητα του πολιτικού συστήματος και ο κύκλος της δημόσιας πολιτικής**

Η δημοκρατία στηρίζεται στο σεβασμό και την τήρηση ορισμένων θεμελιωδών προϋποθέσεων σχετικά με την ελευθερία και την ισότητα των πολιτών, οι οποίες διασφαλίζονται μέσω ενός πλέγματος θεσμικών εγγυήσεων (Dahl, 1998:37-38). Η εκτελεστική εξουσία οφείλει να υπηρετεί τα διαπιστωμένα κοινά συμφέροντα των πολιτών (Pettit, 2001:156), και να αποτρέπει την κυριαρχία των ισχυρότερων ομάδων συμφερόντων και των αιτημάτων τους. Σε ένα αντιπροσωπευτικό σύστημα τα συμφέροντα των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων, ή των λιγότερο οργανωμένων ομάδων πίεσης, πρέπει να τύχουν αξιολόγησης. Πέραν των τυπικών εγγυήσεων, οι άμεσες ή απρόβλεπτες συνέπειες των δημοσίων πολιτικών έχουν ουσιαστική επίδραση στην άσκηση της ελευθερίας και της ισότητας των πολιτών. Οι κυβερνήσεις έχουν υποχρέωση λογοδοσίας σχετικά με την αιτιολόγηση των αποφάσεων, δηλαδή τους στόχους, τα μέσα και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, και πώς αυτά προάγουν το δημόσιο συμφέρον και τη δημοκρατία.

Μία οικονομική πολιτική η οποία επιτυγχάνει υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης, αλλά δεν θεραπεύει την μακροχρόνια ανεργία ειδικότερων κατηγοριών πολιτών δημιουργεί σοβαρά προβλήματα. Οι πολίτες αυτοί θα διαπιστώσουν ότι οι δυσμενείς συνθήκες της ζωής τους - η διατροφή, στέγαση, υγεία, μόρφωση - τους στερούν την ουσιαστική δυνατότητα να ασκήσουν την ιδιότητα του πολίτη. Ενδεχομένως, υπονομεύονται οι ισότιμες δυνατότητές τους να αξιοποιήσουν το εκπαιδευτικό σύστημα, να συμμετάσχουν στις πολιτικές διαδικασίες, ακόμη και να διατηρήσουν σε ένα καλό επίπεδο την υγεία τους. Για τους λόγους αυτούς, μία "καλά οργανωμένη δημοκρατική κοινωνία" στηρίζεται σε ένα πολιτικό πρότυπο δικαιοσύνης, το οποίο μεριμνά

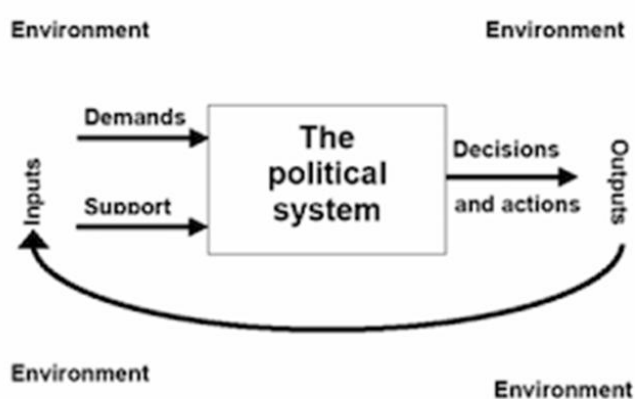
για τις κοινωνικές ανισότητες, ιδιαίτερα για όσους βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ('well-ordered society', Rawls, 1993:35 και 2001:9).

Έτσι, είναι κρίσιμης σημασίας η μελέτη ειδικότερη δημοσίων πολιτικών, και πώς αυτές υπηρετούν τους δημοκρατικούς σκοπούς. Μία χρήσιμη προσέγγιση για τον στόχο αυτό είναι οι λειτουργίες του πολιτικού συστήματος για την κατανομή αξιών και πόρων σύμφωνα με την κλασική ανάλυση του Easton (1965). Το πολιτικό σύστημα δέχεται εισροές αιτημάτων και στήριξης. Η πληθώρα των αιτημάτων καθιστά υποχρεωτική την ιεράρχησή τους και τον συνδυασμό τους, τα οποία πραγματοποιούνται κατά κύριο λόγο από τα κόμματα και τις ομάδες πίεσης. Στο πολιτικό σύστημα πραγματοποιούνται πολύπλοκες διεργασίες μεταξύ των δρώντων υποκειμένων - κυβέρνηση, κόμματα, ομάδες πίεσης, κοινοβούλιο, διοίκηση - για τον προσδιορισμό των δημοσίων προβλημάτων, του δημοσίου συμφέροντος, των ειδικότερων στόχων πολιτικής και των τρόπων και μέσων για να επιτευχθούν αυτοί.

Τα πολιτικά συστήματα παράγουν εκροές, δηλαδή δημόσιες πολιτικές κατά κύριο λόγο, με τις οποίες επιδιώκουν να ανταποκριθούν στις εισροές των αιτημάτων. Η ικανότητα μετασχηματισμού των εισροών σε εκροές χαρακτηρίζει την ισορροπία ενός πολιτικού συστήματος, η οποία δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη, καθώς υφίστανται πολλοί περιορισμοί. Πρώτον, η κλίμακα των αιτημάτων, ή η διεκδίκηση ανταγωνιστικών και αιτημάτων χωρίς δυνατότητα συγκερασμού και ο έντονος ανταγωνισμός των ομάδων πίεσης. Οι συνθήκες αυτές μπορεί να εντείνουν τον κομματικό ανταγωνισμό, και να κάνουν δύσκολη την λήψη αποφάσεων. Δεύτερον, οι θεσμικές δυνατότητες για τη διεκπεραίωση των απαραίτητων διεργασιών, αλλά και οι διαθέσιμοι υλικοί πόροι. Συχνά διαπιστώνονται καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των νομοθετικών διαδικασιών, αλλά και στο στάδιο εφαρμογής των κυβερνητικών δράσεων, οι οποίες μπορεί να οφείλονται στο

κυβερνητικό προσωπικό, ή τη δημόσια διοίκηση. Ακόμη, οι διαθέσιμες δημόσιες δαπάνες συχνά δεν επαρκούν για την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων, οπότε επιλέγονται ενδιάμεσες λύσεις, οι οποίες πιθανόν επιτείνουν τα προβλήματα.

Γράφημα 1 Το πολιτικό σύστημα κατά τον Easton (1965)



Η υπονόμηση της ισορροπίας για ένα πολιτικό σύστημα μπορεί να σημαίνει την μείωση της πολιτικής στήριξης εκ μέρους των πολιτών, δηλαδή της νομιμοποίησης, ακόμη και της αμφισβήτησης. Ακόμη, μπορεί να σημαίνει ότι η υστέρηση των εκρών έναντι των εισρών ενδεχομένως να υπονομεύουν τη βιωσιμότητα του συστήματος. Η τελευταία απειλείται είτε από τις τάσεις αμφισβήτησης, όπως συμβαίνει στα περισσότερα συστήματα της Ευρώπης με την άνοδο αντι-συστημικών κομμάτων. Απειλείται, όμως, και από την αδυναμία διαχείρισης πραγματικών απειλών για τη βιωσιμότητα του κράτους, όπως η δημοσιονομική κατάσταση και το δημόσιο χρέος, η ανθεκτικότητα των υποδομών, η δημόσια υγεία, το περιβάλλον και άλλα.

Στην προσέγγιση του Easton αναφέρονται δύο ακόμη ενδιαφέροντα στοιχεία, ο μηχανισμός ανάδρασης και το εξωτερικό περιβάλλον, τα οποία είναι συναφή για τη βιωσιμότητα. Πρώτον, ο

μηχανισμός ανάδρασης σημαίνει ότι οι ίδιες οι εκροές παράγουν νέες εισροές, δηλαδή δημιουργούν νέες απαιτήσεις. Αυτό συμβαίνει είτε γιατί μερικώς εκπληρώθηκαν οι στόχοι, οπότε εξακολουθούν τα σχετικά αιτήματα, είτε γιατί δημιουργήθηκαν νέες ανάγκες. Για παράδειγμα, το αίτημα για πανεπιστήμια στην περιφέρεια της χώρας δημιουργεί την εκροή για την ίδρυσή τους, αλλά ακολούθως προκύπτουν και νέα αιτήματα για την στελέχωσή τους με προσωπικό, την προσέλκυση και εγγραφή φοιτητών και τις υπηρεσίες προς αυτούς (βιβλιοθήκες, στέγαση, σίτιση κλπ). Έτσι, δημιουργούνται σοβαρές και διαρκείς απαιτήσεις των πολιτών έναντι του πολιτικού συστήματος στις οποίες πρέπει να ανταποκριθεί.

Δεύτερον, το περιβάλλον, δηλαδή συνολικά οι συνθήκες που επηρεάζουν ένα πολιτικό σύστημα, και οι οποίες μπορεί να προκαλούν απρόβλεπτες εξελίξεις. Για παράδειγμα, μία διεθνής οικονομική κρίση ή μια εξωτερική απειλή για την ασφάλεια επιτείνουν τα προβλήματα, ή δημιουργούν νέα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι και η κλιματική αλλαγή, και οι προκλήσεις που προκαλεί λόγω των φυσικών καταστροφών, αλλά και των μέτρων πρόληψης για την προστασία του περιβάλλοντος. Ακόμη, συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στην κοινωνία λόγω νέων κοινωνικών κινημάτων, των τεχνολογικών εξελίξεων, των οικονομικών συνθηκών. Αυτό σημαίνει ότι η διαφοροποίηση μεταξύ κοινωνικών ομάδων, ή μεταξύ γενεών είναι εξαιρετικά έντονη, και οδηγεί σε πολύ διαφορετικές αξιώσεις και αιτήματα.

Η πανδημία covid-19 ήταν μία από τις πλέον σημαντικές προκλήσεις για τα πολιτικά συστήματα, τα οποία έπρεπε να διαχειριστούν ένα πρωτοφανές ζήτημα δημόσιας υγείας, να προστατεύσουν τις ζωές των πολιτών, και να ενισχύσουν τις υποδομές υγείας για μία από τις σημαντικότερες κρίσεις για τις σύγχρονες κοινωνίες. Ταυτόχρονα, έπρεπε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις που δημιουργήθηκαν λόγω της ύφεσης, της ανεργίας και

γενικότερα της ανάγκης να εξακολουθήσουν να λειτουργούν σημαντικές δημόσιες υπηρεσίες και οι λειτουργίες της οικονομίας και της αγοράς.

Είναι, λοιπόν, χαρακτηριστικό πώς το ζήτημα της δημόσιας υγείας, το οποίο αποτελεί μία προτεραιότητα για τους πολίτες, απέκτησε μία ακόμη μεγαλύτερη δυναμική με νέες απαιτήσεις για υποδομές, υπηρεσίες υγείας, φαρμακευτική δαπάνη και ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι επιδόσεις των χωρών διαφοροποιήθηκαν, και ακόμη και προηγμένα κράτη δεν κατόρθωσαν να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις, όπως η νοσηλεία ενός πολύ μεγάλου αριθμού ασθενών ή η διοργάνωση των εμβολιασμών. Έγινε κοινός τόπος η ανάγκη ισότιμης πρόσβασης των πολιτών σε ένα αποδοτικό σύστημα υγείας, το οποίο πέραν της πανδημίας επιφορτίζεται με άλλα ζητήματα δημόσιας υγείας τα οποία συνδέονται μεταξύ άλλων με τον σύγχρονο τρόπο ζωής ή την γήρανση του πληθυσμού.

Σημαντική παράμετρος για την καλή λειτουργία του πολιτικού συστήματος, και της κυβέρνησης ειδικότερα, είναι ο βαθμός εμπιστοσύνης των πολιτών στους πολιτικούς θεσμούς. Σύμφωνα με τον σχετικό συγκριτικό δείκτη του ΟΟΣΑ για την εμπιστοσύνη ('trust') στην εθνική κυβέρνηση σε διαφορετικές χώρες την περίοδο 2010-2018 (OECD, 2022), προκύπτει ότι χώρες με σημαντικά επίπεδα ευημερίας, δημοκρατικής σταθερότητας και κυβερνητικής αποδοτικότητας διατηρούν υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης στους πολιτικούς θεσμούς. Σε χώρες, όπως η Ελβετία, το Λουξεμβούργο, η Σουηδία, η Φινλανδία και η Δανία οι τιμές είναι μεταξύ 60 έως 80%. Σε χώρες στις οποίες για διάφορους λόγους αμφισβητήθηκε η αξιοπιστία των πολιτικών θεσμών την συγκεκριμένη περίοδο (Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Ισπανία, ΗΠΑ) οι τιμές κάτω του 40, ενώ στην Ελλάδα βρίσκεται σε εξαιρετικά χαμηλή τιμή (25,63).

## Γράφημα 2 Ο κύκλος της δημόσιας πολιτικής



Οι διεργασίες εντός του πολιτικού συστήματος μπορούν να περιγραφούν με την κλασική θεώρηση του κύκλου της δημόσιας πολιτικής (γράφημα 2). Στο αρχικό στάδιο γίνεται η ιεράρχηση και επιλογή των δημοσίων προβλημάτων, τα οποία θα συμπεριληφθούν στην κυβερνητική ατζέντα. Η τελευταία διαμορφώνεται σύμφωνα με τον συνολικότερο προγραμματισμό και τακτική της κυβέρνησης, όπως έχει προκύψει και από την εντολή για το κυβερνητικό πρόγραμμα που έλαβε μέσω των εκλογών. Ακόμη, σημαντική επίδραση έχει η διαβούλευση με τις ομάδες πίεσης και τα αιτήματα που αυτές εκπροσωπούν. Είναι κρίσιμης σημασίας η διάγνωση προβλημάτων ή απειλών, οι οποίες ενδεχομένως πρέπει να προληφθούν με έγκαιρες ενέργειες, ακόμη και αν δεν υφίστανται σχετικές διεκδικήσεις. Η μείωση του δημοσίου χρέους, η πρόληψη φυσικών καταστροφών, το δημογραφικό ζήτημα και προκλήσεις για τη δημόσια υγεία είναι ορισμένα τέτοια ζητήματα.

Η κυβέρνηση πρέπει να διαχειριστεί και αντιτιθέμενους στόχους, όπως για παράδειγμα η κατανομή των δημοσίων δαπανών σε διαφορετικούς στόχους μεταξύ διαφορετικών πεδίων πολιτικής, ή μεταξύ διαφορετικών στόχων για το ίδιο πεδίο πολιτικής (Rein, 2009). Για παράδειγμα, το δίλημμα για ίδρυση νέων κλινικών, νοσοκομειακών μονάδων ή ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας.



Στο στάδιο της διαμόρφωσης πολιτικής πρέπει να εξεταστούν εναλλακτικές λύσεις για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Γίνεται εκτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης, δηλαδή της νομοθεσίας, των πόρων που έχουν διατεθεί και των αδυναμιών που εξακολουθούν να εμφανίζονται. Στα σύγχρονα συστήματα διακυβέρνησης οι κυβερνήσεις αναζητούν καλές πρακτικές στο διεθνή χώρο, όπως κατεξοχήν ισχύει για τα κράτη-μέλη της ΕΕ ή την αναζήτηση στο πλαίσιο του ΟΟΣΑ. Βεβαίως, δεν είναι πάντοτε εφικτό να επιλεγούν οι βέλτιστες λύσεις, γιατί μπορεί να συνεπάγονται ένα πολύ υψηλό κόστος ή απαιτήσεις σε υποδομές που δεν υπάρχουν, αλλά μόνο οι εφικτές λύσεις.

Μία άλλη παράμετρος είναι η ετοιμότητα της κοινής γνώμης να αποδεχθεί λύσεις, και να στηρίξει την εφαρμογή τους. Η πολιτική για τον περιορισμό στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους για παράδειγμα είχε ως προϋπόθεση την σταδιακή μεταστροφή της κοινής γνώμης και την κατανόηση και αποδοχή των νέων μέτρων.

Στο στάδιο της λήψης αποφάσεων η επιλογή των νομοθετικών μέσων, αλλά και η διασφάλιση των απαραίτητων διοικητικών και υλικών πόρων είναι απαραίτητη. Στο πεδίο της πρωτοβάθμιας υγείας γίνονται συχνά παρεμβάσεις δίχως τεκμηριωμένη εκτίμηση των αναγκών σε υποδομές και προσωπικό με αποτέλεσμα την αποτυχία της πολιτικής.

Η εφαρμογή της δημόσιας πολιτικής, λοιπόν, θα κρίνει εάν ο σχεδιασμός στα προηγούμενα στάδια ήταν επαρκής, καθώς και τα αποτελέσματα. Πρόκειται για εξαιρετικά απαιτητική διαδικασία, γιατί θα πρέπει να εφαρμοστεί η νέα νομοθεσία με συμπληρωματικές κανονιστικές πράξεις (πχ Προεδρικά Διατάγματα, κοινές υπουργικές αποφάσεις κλπ) και άλλες διοικητικές ενέργειες. Κατά συνέπεια, ο αρμόδιος υπουργός επιφορτίζεται με σημαντική ευθύνη, ιδιαίτερα από την άποψη του συντονισμού της δημόσιας διοίκησης για την απρόσκοπτη, έγκαιρη και πλήρη εφαρμογή των κυβερνητικών

δράσεων. Οι προσωπικές ικανότητες του υπουργού και των συνεργατών του, αλλά και η παραμονή του στο χαρτοφυλάκιο για ικανό διάστημα έως την πλήρη εφαρμογή ασκούν επίδραση στο στάδιο αυτό.

Η αξιολόγηση της πολιτικής είναι ένα άλλο, συχνά προβληματικό, στάδιο, γιατί δεν πραγματοποιείται μία συνολική και τεκμηριωμένη αξιολόγηση, για να γίνουν κατανοητές οι αδυναμίες και να αντιμετωπιστούν στοχευμένα οι αδυναμίες. Σε άλλες περιπτώσεις υπό την πίεση έκτακτων καταστάσεων και των μέσων μέσων ενημέρωσης γίνεται εσπευσμένα μεταβολή πολιτικής, χωρίς να διατηρηθούν τα θετικά στοιχεία των προηγούμενων λύσεων.

Ο κύκλος της δημόσιας πολιτικής επισημαίνει τους περιορισμούς που μπορεί να προκύψουν στην προσπάθεια επίλυσης των δημοσίων προβλημάτων. Η απουσία έγκαιρης διάγνωσης, οι αντιστάσεις της κοινής γνώμης, η ικανότητα του πολιτικού προσωπικού, οι περιορισμένοι χρηματικοί και διοικητικοί πόροι, η έλλειψη υποδομών ή προηγούμενης εμπειρίας επιδρούν αρνητικά στα διαφορετικά στάδια. Σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης των πολιτικών αξιοποιούνται οι θετικοί ή αρνητικοί “βρόχοι ανάδρασης” (“feedback loops”), προκειμένου να αξιοποιηθεί η προηγούμενη εμπειρία και να μειωθεί το κόστος δομικών σφαλμάτων.

Το κράτος δεν μπορεί, βεβαίως, να καλύψει το σύνολο των υπηρεσιών που είναι απαραίτητες σε μία κοινωνία, καθώς αρκετές από αυτές παρέχονται από την αγορά με μορφή ιδιωτικών υπηρεσιών. Παρέχει, όμως, ορισμένες αποκλειστικές υπηρεσίες (πχ δικαιοσύνη, ασφάλεια), ενώ ακόμη και στις περιπτώσεις που παρέχονται υπηρεσίες από την αγορά το κράτος διαδραματίζει βασικό ρόλο. Αυτό ισχύει στους τομείς της εκπαίδευσης και της υγείας, γιατί παρέχουν αγαθά πρωταρχικής σημασίας για την ζωή και την προοπτική των πολιτών. Οι προσφερόμενες δημόσιες υπηρεσίες δεν πρέπει να υπολείπονται έναντι αυτών του ιδιωτικού τομέα, γιατί αυτό θα

προκαλέσει ουσιαστικές ανισότητες εις βάρος των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες δεν έχουν πρόσβαση στις τελευταίες. Όταν αυτό συμβαίνει προκύπτουν σημαντικές ιδιωτικές δαπάνες για τους πολίτες, οι οποίες επιβαρύνουν και την ευημερία τους.

Ένα άλλο ζήτημα κατά τις πολιτικές διαδικασίες είναι η συχνή συσκοτίση ή παράβλεψη των προβλημάτων, και η αποφυγή “να λέγεται η αλήθεια στην εξουσία” σε όλα τα στάδια της δημόσιας πολιτικής (Wildavsky, 1979).

Οι σύγχρονες δημόσιες πολιτικές είναι λιγότερο το αποτέλεσμα μίας ιεραρχικής σχέσης πολιτικής ηγεσίας και διοίκησης, και διαμορφώνονται συνήθως στο πλαίσιο δικτύων διακυβέρνησης (Rhodes, 1997). Αντιθέτως, δίνεται έμφαση στην ικανότητα συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών δρώντων (Bardach, 1998).

Αυτό δεν σημαίνει την μείωση της ευθύνης για τις κυβερνήσεις, οι οποίες εξακολουθούν να είναι οι βασικοί δρώντες, αλλά κυρίως ένα διαφοροποιημένο ρόλο με έμφαση στην συνεργασία με πολλούς διαφορετικούς δρώντες για την καλύτερη προετοιμασία και εφαρμογή των πολιτικών. Αυτό συμβαίνει κατά κύριο λόγο στο πλαίσιο της ΕΕ στην οποία έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα πολυεπίπεδης διακυβέρνησης (Koehler-Koch & Rittberger, 2006).

Στο σύστημα αυτό επικρατεί ο διαμοιρασμός αρμοδιοτήτων μεταξύ διαφορετικών επιπέδων λήψης αποφάσεων - το υπερεθνικό, το εθνικό και το τοπικό/περιφερειακό, ενώ η κατανομή αρμοδιοτήτων διαφέρει ανάλογα με το πεδίο πολιτικής σύμφωνα με τους κανόνες των Συνθηκών ΕΕ. Οι αρμοδιότητες διακρίνονται σε αποκλειστικές (πχ νομισματική πολιτική), συντρέχουσες (πχ δημοσιονομική πολιτική) και υποστηρικτικές (πχ εκπαίδευση). Στον τομέα της υγείας υφίστανται συντρέχουσες αρμοδιότητες για την ασφάλεια στον τομέα της δημόσιας υγείας, ένα ζήτημα το οποίο έχει οπωσδήποτε ευρωπαϊκές και διεθνείς προεκτάσεις.

Η ΕΕ δεν έχει στόχο να υποκαταστήσει το κράτος, αλλά να λειτουργήσει επικουρικά ενισχύοντας την ικανότητα των κρατών να αντιμετωπίζουν σύνθετα και κοινά προβλήματα μέσω της τεχνοκρατικής, χρηματοδοτικής, διοικητικής στήριξης, ενός κοινού κανονιστικού πλαισίου και της μεταφοράς καλών πρακτικών. Αυτές οι διαδικασίες περιγράφονται με τον όρο ευρωπαϊσμός (*euromanization*), ο οποίος αναφέρεται στον συντονισμό των πολιτικών σε επίπεδο ΕΕ και την αλληλεπίδραση μεταξύ εθνικών και ευρωπαϊκών κυβερνήσεων και διοικητικών συστημάτων για την αναζήτηση αμοιβαίως επωφελών λύσεων σε κοινά προβλήματα (*Héritier et al., 2001*).

## **Κεφάλαιο 2. Κράτος, Ευρωπαϊσμός και Μεταρρυθμίσεις. Η ελληνική περίπτωση.**

Η εξέλιξη του ελληνικού πολιτικού συστήματος είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον ευρωπαϊκό προσανατολισμό της χώρας (Ραραζογλου, 2022). Ο ευρωπαϊσμός των δημοσίων πολιτικών συχνά θεωρήθηκε συνώνυμος του εκσυγχρονισμού και της σύγκλισης προς τα ευρωπαϊκά δεδομένα με επιτυχίες, αλλά και υστερήσεις. Η ενσωμάτωση της νομοθεσίας ΕΕ, η ευθυγράμμιση με κοινούς στόχους της ΕΕ, η αναντικατάστατη χρηματοδοτική και τεχνοκρατική στήριξη ενίσχυσαν τους στόχους και τα αποτελέσματα των εθνικών πολιτικών.

Η ειδικότερη περίπτωση της πολιτικής για την υγεία πρέπει να εξεταστεί με αναφορά στο συνολικότερο ζήτημα των μεταρρυθμίσεων στο δημόσιο τομέα. Ο τελευταίος χαρακτηρίζεται από πολλά προβλήματα, και σημειώθηκε υστέρηση στις αναγκαίες αλλαγές σε σχέση με τα δεδομένα για τα διοικητικά συστήματα στην Ευρώπη. Η κυβέρνηση και ο δημόσιος τομέας υπολείπονταν σημαντικά ως προς την θεσμική υπόστασή τους, δηλαδή τα θεσμικά μέσα τα οποία ενισχύουν τον μεταξύ τους συντονισμό και προάγουν την αποδοτικότητά τους. Πολύ συχνά το κράτος ως ένας “κολοσός με πήλινα πόδια”, γιατί αν και διαθέτει διοικητικές υποδομές και προσωπικό αδυνατεί να ανταποκριθεί στην παροχή βασικών υπηρεσιών και έκτακτων συνθηκών (Sotiropoulos, 1993, 1999, 2004).

Ένα από τα χαρακτηριστικά προβλήματα είναι οι πελατειακές σχέσεις μεταξύ κράτους, κομμάτων και οργανωμένων ομάδων (Σωτηρόπουλος, 2007: 105-6). Πολύ συχνά οι τελευταίες έδρασαν ως «αρνησίκυροι παίκτες», και αντιστάθηκαν σε αλλαγές που έθιγαν τα συμφέροντά τους (Πελαγίδης, 2005: 148).

Σε άλλες περιπτώσεις η αποτυχία οφείλεται στον σχεδιασμό και την εφαρμογή των πολιτικών, λόγω των αποσπασματικών λύσεων, της δοκιμής λύσεων (“trial-and-error”) και των “εξαρτημένων μονοπατιών” (Spanou, 2008: 168).

Η επίδραση των “εξαρτημένων μονοπατιών” (“path dependency”) εντοπίζεται όταν μία προηγούμενη ρύθμιση ενός ζητήματος εξακολουθεί να καθορίζει την κατεύθυνση των μεταγενέστερων ρυθμίσεων (David, 2007; Paul Pierson, 2000). Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι τα “εξαρτημένα μονοπάτια” δεν παρακάμπτονται, καθώς αυτό πιθανότατα συμβαίνει σε συνθήκες κομβικής και κρίσιμης σημασίας (“critical juncture”, Carocchia & Kelemen, 2007: 343), οπότε η μεταβολή είναι απαραίτητη για να αντιμετωπιστεί ένα κρίσιμο και επείγον ζήτημα.

Στο ζήτημα του προσωπικού του δημοσίου τομέα παρατηρείται ένα υψηλό ποσοστό απασχόλησης στη γενική κυβέρνηση, άρα το κράτος είναι από τους μεγάλους εργοδότες και το κόστος μισθοδοσίας είναι υψηλό (Σωτηρόπουλος, 2007: 81, 168). Οι σχετικές δαπάνες, όμως, δεν συνδέονται με υψηλή ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών (Μακρυδημήτρης, 2010: 521).

Τα παραπάνω προβλήματα αναδεικνύονται και στην έκθεση του ΟΟΣΑ για την ελληνική δημόσια διοίκηση, η οποία θεωρείται ως ένας βασικός συντελεστής για τον εκτροχιασμό της δημοσιονομικής κατάστασης έως το 2009, αλλά και βασικό αντικείμενο των μεταρρυθμίσεων της περιόδου 2010-2018. Η έκθεση εξετάζει ιδιαίτερα τα προβλήματα συντονισμού της διοίκησης, την έλλειψη προγραμματισμού, τις αδυναμίες στην εκτίμηση των δημοσίων δαπανών, τις πελατειακές σχέσεις και τη διαφθορά, τη γραφειοκρατία και την πυκνή νομοθεσία.

Γενικότερα, εντοπίζεται σημαντικό πρόβλημα στην κυβερνητική λειτουργία για την εφαρμογή του κυβερνητικού έργου και την προώθηση των μεταρρυθμίσεων (Featherstone & Papadimitriou, 2015; Papazoglou, 2012). Οι πρωθυπουργοί προερχόμενοι από διαφορετικά κόμματα είχαν κυρίαρχο ρόλο στην λειτουργία της κυβέρνησης με αποτέλεσμα το φαινόμενο του «πρωθυπουργο-κεντρισμού», χωρίς όμως το πρωθυπουργικό

επιτελείο να διαθέτει επαρκή τεχνοκρατική και διοικητική υποστήριξη για την επίβλεψη του κυβερνητικού έργου.

Στο πεδίο της υγείας το αρμόδιο χαρτοφυλάκιο χαρακτηρίστηκε από διαφοροποιήσεις. Οι κυβερνήσεις Καραμανλή I (1974-1977), Καραμανλή II (1977-1980) και Ράλλη (1980-1981) διατήρησαν ένα υπουργείο “Κοινωνικών Υπηρεσιών” με δύο υφυπουργούς και συνολικά πέντε διαφορετικά πρόσωπα άσκησαν τα καθήκοντα του υπουργού. Η πρώτη σημαντική μεταβολή σημειώθηκε από την κυβέρνηση Παπανδρέου I (1981-1985) με την αρχική λειτουργία δύο χαρτοφυλακίων (ένα “Υγείας και Πρόνοιας” και ένα “Κοινωνικών Ασφαλίσεων”), τα οποία ακολούθως συγχωνεύτηκαν και εξακολούθησαν και στην κυβέρνηση Παπανδρέου II (1985-1989). Στις δύο κυβερνητικές θητείες Α. Παπανδρέου ολοκληρώθηκε σημαντικό έργο, όπως η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), η λειτουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων για την περίθαλψη ιδιαίτερα στην περιφέρεια και η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Στην κυβέρνηση Παπανδρέου II, όμως, σημειώθηκαν πολλές αλλαγές υπουργών (τέσσερα πρόσωπα) και υφυπουργών (οκτώ πρόσωπα). Αυτή η δομή διατηρήθηκε έως και το 1996 και από τις διαδοχικές κυβερνήσεις ακόμη και διαφορετικών κομμάτων (πχ κυβέρνηση Μητσοτάκη 1990-1993).

Η επόμενη σημαντική μεταβολή πραγματοποιήθηκε από την κυβέρνηση Σημίτη I (1996), οπότε το χαρτοφυλάκιο διαχωρίστηκε σε υπουργείο “Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων” και υπουργείο “Υγείας και Πρόνοιας”, επιλογή η οποία διατηρήθηκε έως το 2004. Η επιλογή αυτή πιθανόν αποτυπώνει το ξεχωριστό ενδιαφέρον για την εξέλιξη του ασφαλιστικού συστήματος, το οποίο είχε χαρακτήρα επείγοντος προβλήματος για τη χρηματοδότηση και τη βιωσιμότητα του συστήματος, αλλά και τις μεγάλες διοικητικές καθυστερήσεις στην απονομή συντάξεων.

Οι κυβερνήσεις Καραμανλή Ι (2004-2007) και Καραμανλή ΙΙ (2007-2009) διατήρησαν τη δομή με παρέμβαση μόνο στον τίτλο του υπουργείου (“Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης” και “Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας”). Νέες παρεμβάσεις στους τίτλους των χαρτοφυλακίων πραγματοποιήθηκαν από τις κυβερνήσεις Γ. Παπανδρέου (2009-2011, “Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης”), Σαμαρά (2012-2014, “Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας” και “Υγείας”), Τσίπρα Ι (2015, “Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας” και “Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων”), Τσίπρα ΙΙ (2015-2019, “Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης” και “Υγείας”) και Μητσοτάκη Ι (“Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων”).

Τα ζητήματα της δημόσιας υγείας πράγματι ιεραρχήθηκαν ψηλά στην ατζέντα, και οδήγησαν στην ανάληψη νομοθετικών πρωτοβουλιών από ορισμένες κυβερνήσεις, και παρατίθενται οι σημαντικότερες για την περίοδο 1980-2020 (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019).

- Ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) Νόμος 1397 (ΦΕΚ 143, 13.10.1983)
- Βελτιώσεις στο ΕΣΥ Ν. 1579 (ΦΕΚ 217, 23.12.1985)
- Εκσυγχρονισμός ΕΣΥ Ν. 2071 (ΦΕΚ 123, 15.7.1992)
- Αποκατάσταση του ΕΣΥ Ν. 2194 (ΦΕΚ 34, 16.3.1994)
- Εισαγωγή του θεσμού των γιατρών και αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας Θεσμός νοσοκομειακών γενικών διευθυντών Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας Ν. 2519 (ΦΕΚ 165, 21.8.1997)
- Αποκέντρωση του συστήματος υγείας και δημιουργία των περιφερειακών υγειονομικών υπηρεσιών (ΠεΣΥ). Μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ. Συγκρότηση ενιαίου φορέα χρηματοδότησης Ν. 2889 (ΦΕΚ 37, 2.3.2001)



- Δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας Ν. 3172 (ΦΕΚ 197, 6.8.2003)
- Εκσυγχρονισμός του πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Ν. 3235 (ΦΕΚ 53, 18.2.2004)
- Ανανέωση και εκσυγχρονισμός του πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Πλαίσιο βιοηθικής και δεοντολογίας Ν. 3370 (ΦΕΚ 176, 11.04.2005)
- Ενοποίηση κλάδου ασφάλισης υγείας και ιδρυτικός νόμος ΕΟΠΥΥ Ν. 3918 (ΦΕΚ 31, 2.3.2011)
- Δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Ν. 4238 (ΦΕΚ, 381, 7.2.2014)
- Ρυθμίσεις για την κάλυψη της περίθαλψης των ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων Ν. 56342 (ΦΕΚ Β'1753, 28.6.2014)
- Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων Ν. 4368 (ΦΕΚ 21, 21.2.2016)
- Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ν. 4486 (ΦΕΚ 115, 7.8.2017)
- Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) Ν. 4633 (ΦΕΚ 161/Α, 16.10.2019)

Το σημαντικότερο πρόβλημα το οποίο καθόρισε τους περιορισμούς και στην πολιτική για την υγεία ήταν ο εκτροχιασμός της δημοσιονομικής κατάστασης. Όπως διαπιστώθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, 2010), το πρόβλημα αφορούσε στην προβληματική καταγραφή των στοιχείων σχετικά με την εκτέλεση του κρατικού προϋπολογισμού, και την συνεργασία και ευθύνη μεταξύ Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Γενικού Λογιστηρίου και των υπηρεσιών του υπουργείου Οικονομικών συνολικά.

Το πρόβλημα αυτό δεν διορθώθηκε κατά τρόπο ουσιαστικό την περίοδο μετά το 2009, και είχε ως συνέπεια την τελική καταγραφή δημοσιονομικού ελλείμματος στα επίπεδα του 15% (2009) κατά

παραβίαση του ορίου 3% του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης. Η κατάσταση αυτή διεύρυνε το δημόσιο χρέος, υπονόμεισε την πιστοληπτική αξιοπιστία της χώρας διεθνώς και διαμόρφωσε συνθήκες κρίσης χρεοκοπίας, και την προσφυγή στο μηχανισμό δανεισμού από την ΕΕ και το ΔΝΤ.

**Πίνακας 1** Δαπάνες και έσοδα γενικής κυβέρνησης 2000-2009 (% ΑΕΤΤ)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Δαπάνες γενικής κυβέρνησης (% ΑΕΤΤ)	46,7	45,3	45,1	44,7	45,4	43,8	43,2	45	46,8	50,4
Έσοδα γενικής κυβέρνησης (% ΑΕΤΤ)	X	40,9	40,3	39	38	38,5	39,3	39,7	39,1	36,9

Πηγή: Commission, The Economic Adjustment Programme for Greece, Occasional Papers, 61, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2010.

Η διάχυτη αίσθηση της διαφθοράς και των πελατειακών σχέσεων στη δημόσια διοίκηση με ευθύνη των λειτουργών της δεν ελέγχθηκε με ένα σαφές πλαίσιο κανόνων και ποινών, αλλά εξακολούθησε στο μέτρο που εξυπηρετούσε τα κομματικά συμφέροντα (Paradoulis, 2006).

Ειδικότερα, δεν κατάφεραν να υπερκεράσουν τα 'κεκτημένα' συμφέροντα, τα οποία αποδείχθηκαν συμπαγή και αμετακίνητα σε κάθε προσπάθεια αναθεώρησης των προνομίων που είχαν αποκτηθεί σε προηγούμενες περιόδους (Mitsopoulos & Pelagidis, 2011).

Η απόκλιση μεταρρυθμιστικών στόχων και αποτελεσμάτων δεν είναι πρωτόγνωρο φαινόμενο στην ελληνική πολιτική. Στον τομέα

του ασφαλιστικού συστήματος ειδικότερα ήδη από τη δεκαετία του 1950 διατυπώθηκαν οι στόχοι σχετικά με τη διάσπαση του δημόσιου συστήματος συντάξεων και της επιμήκυνσης της περιόδου εισφορών, αλλά μέχρι τις αρχές του 21ου αιώνα τα ζητήματα αυτά εξακολουθούσαν να παραμένουν μερικώς μόνο ρυθμισμένα (Τήνιος, 2007).

Στην προσπάθεια εξορθολογισμού της λειτουργίας και των δαπανών του συστήματος υγείας οι κυβερνήσεις Σημίτη II, III βρέθηκαν αντιμέτωπες με ένα ισχυρό μέτωπο οργανωμένης αντίδρασης αποτελούμενο από διαφορετικές επαγγελματικές και επιχειρηματικές ομάδες που έχουν εμπλοκή στο σύστημα δημόσιας υγείας (Μόσιαλος, 2007).

Στο πεδίο του κράτους πρόνοιας, οι προθέσεις ευρωπαϊσμού δεν μετασχηματίστηκαν σε κυβερνητική δράση και συγκεκριμένα αποτελέσματα (Sotiropoulos, 2004), καθώς εξακολούθησαν σοβαρά προβλήματα στις υπηρεσίες και τις δαπάνες του συστήματος υγείας, στη διαχείριση του ασφαλιστικού συστήματος, και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών πρόνοιας από το κράτος εφάμιλλων με αυτών που απολαμβάνει ο μέσος πολίτης στα άλλα κράτη-μέλη.

### **Κεφάλαιο 3. Η βιωσιμότητα του συστήματος δημόσιας υγείας: υστέρηση και μεταρρυθμίσεις**

Η δημόσια υγεία αποτελεί έναν ουσιαστικό δείκτη ευημερίας, αλλά και ισότιμων δυνατοτήτων των πολιτών. Η κρίση κάνει δυσμενέστερη την θέση των ασθενέστερων στρωμάτων στα θέματα υγείας (Στάκλερ και Σάντζει, 2014).

Όταν πολίτες με χαμηλότερη κοινωνικο-οικονομική θέση δεν πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική φροντίδα στο δημόσιο σύστημα, και υποχρεώνονται να καλύψουν με ιδιωτικούς πόρους τις δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα, υφίσταται πρόβλημα δημόσιας υγείας και δημοκρατίας (Marmor, 1996).

Το ποσοστό των πολιτών οι οποίοι είναι υγειονομικά ανασφάλιστοι (21% σύμφωνα με στοιχεία Eurostat) είναι εκτεθειμένοι σε αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας, υποβάθμισης της ποιότητας ζωής ή και θνησιμότητας, ενώ το ποσοστό εκείνων οι οποίοι έχουν οικονομική δυσχέρεια αντιμετωπίζουν και εκείνοι προβλήματα όταν δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τακτικές εξετάσεις, ιατρικές επισκέψεις και νοσηλεία (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2015).

Το παράδοξο είναι ότι στην Ελλάδα, όπως θα σχολιαστεί εκτενέστερα, η κατακόρυφη άνοδος της δημόσιας δαπάνης για την υγεία έως το 2009 δεν συνοδεύτηκε από την ουσιαστική βελτίωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (Τούντας, 1996:69). Η δημοσιονομική προσαρμογή από το 2010 είχε ως αποτέλεσμα την κατακόρυφη μείωση των δαπανών σε επίπεδα χαμηλότερα των χωρών ΕΕ και ΟΟΣΑ. Για τον λόγο αυτό, η κρίση έθεσε νέα δεδομένα για την κοινωνική αλληλεγγύη και την αντιμετώπιση των συνεπειών της δημοσιονομικής προσαρμογής στο πεδίο της πρόνοιας (Giannitsis & Zografakis, 2015).

Οι εξελίξεις αυτές επιδείνωσαν την κατάσταση σε μία δύσκολη συγκυρία κατά την οποία τα συστήματα υγείας υπόκεινται σε

ουσιαστικές μεταβολές για να αντιμετωπίσουν ραγδαίες αλλαγές στην τεχνολογία, την κοινωνία και την οικονομία (Σουλιώτης, 2019). Στην Ελλάδα το σύστημα δημόσιας υγείας διήλθε δύο κρίσιμων κομβικών σημείων τα οποία απείλησαν τη βιωσιμότητά του (Τούντας, 2021). Πρώτον, την οικονομική κρίση από το 2009, οπότε η Συνολική Δαπάνη Υγείας μειώθηκε δραματικά ως ποσοστό του ΑΕΠ (Ελληνική Στατιστική Αρχή, Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας), και η χώρα πλέον κατατάσσεται μεταξύ των χωρών ΟΟΣΑ με το χαμηλότερο ποσοστό δαπανών (OECD, 2015). Δεύτερον, την πανδημία από το 2020, οπότε δοκιμάστηκαν σε πρωτόγνωρο βαθμό οι υποδομές και το προσωπικό του τομέα υγείας για την αντιμετώπιση του μείζονος προβλήματος για ολόκληρο τον πληθυσμό.

Η εκ βάθρων μεταβολές στο ασφαλιστικό σύστημα, και οι έμμεσες και άμεσες επιδράσεις στην υγειονομική περίθαλψη, δημιούργησαν νέα δεδομένα για την απαραίτητη εξοικονόμηση πόρων, αλλά και ορισμένα νέα προβλήματα.

Η βιωσιμότητα στον τομέα της υγείας πρέπει να εξεταστεί και ως ζήτημα πραγματικής σύγκλισης με συγκριτικούς και μετρήσιμους δείκτες βιωσιμότητας, όπως αυτοί έχουν αναπτυχθεί στο πλαίσιο της ΕΕ (European Commission, 2014), τα Ηνωμένα Έθνη και τον ΟΟΣΑ, προκειμένου να αξιολογηθεί η κυβερνητική λειτουργία.

Η βιωσιμότητα κάθε συστήματος αναφέρεται στη δυνατότητα διασφάλισης επαρκών πόρων για την λειτουργία του όχι μόνο στον παρόντα χρόνο, αλλά και σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα για τις επόμενες γενιές. Παράλληλα με την εξέλιξη του πολιτικού συστήματος, την εδραίωση της δημοκρατίας και τον ευρωπαϊσμό, είναι χρήσιμη η αναφορά σε ορισμένα ενδεικτικά στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας για τη δημογραφική κατάσταση (εξέλιξη πληθυσμού), το προσδόκιμο ζωής, τις γεννήσεις και την ετήσια εξέλιξη του ΑΕΠ. Τα στοιχεία αυτά είναι χρήσιμα ως βασικές παράμετροι για την πολιτική δημόσιας υγείας.

Ο πληθυσμός της χώρας αυξάνεται σταθερά, αλλά η άνοδος σημειώνει κάμψη ήδη από τη δεκαετία 2000. Η πλέον εντυπωσιακή αλλαγή είναι στο προσδόκιμο ζωής το οποίο από 73,6 έτη το 1980 φτάνει τα 80,2 έτη το 2009. Ταυτόχρονα, οι γεννήσεις μειώνονται από 2,2 ανά γυναίκα το 1980 σε 1,5 το 2009. Τα παραπάνω στοιχεία τεκμηριώνουν την γήρανση του πληθυσμού, άρα και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των πολιτών, αλλά και τις αυξημένες ανάγκες περίθαλψης για ένα διευρυνόμενο ποσοστό πολιτών άνω των 60 ετών.

Ακόμη, μειώνεται το ποσοστό του ενεργού πληθυσμού, όπως προκύπτει από την εξέλιξη των γεννήσεων, άρα και οι εισφορές στο ασφαλιστικό σύστημα, οι οποίες υποχωρούν από ένα υψηλό για τα ευρωπαϊκά δεδομένα δείκτη ανεργίας. Κατά συνέπεια, τα πληθυσμιακά δεδομένα τεκμηριώνουν την ανάγκη για αυξημένες δημόσιες δαπάνες υγείας, το οποίο σε ένα βαθμό διευκολύνεται κατά τις περιόδους οικονομικής ανάπτυξης, ιδιαίτερα το διάστημα 1994-2007.

## Πίνακας 2

### Εξέλιξη πληθυσμού, υγεία και ΑΕΤΤ 1974-2009

έτη	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980		
Εξέλιξη πληθυσμού (%)	0,4	0,9	1,6	1,3	1,3	1,2	1,0		
Προσδόκιμο ζωής (έτη)	72,1	72,3	72,5	72,8	73,0	73,3	73,6		
Γεννήσεις (ανά γυναίκα)	2,4	2,3	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2		
ΑΕΤΤ ετήσια εξέλιξη(%)	-6,4	6,4	6,9	2,9	7,2	3,3	0,7		
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Εξέλιξη πληθυσμού (%)	0,9	0,6	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5
Προσδόκιμο ζωής	74,0	74,3	74,6	74,8	75,1	75,3	75,6	75,9	76,7

(έτη)										
Γεννήσεις (ανά γυναίκα)	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	
ΑΕΤΤ ετήσια εξέλιξη(%)	-1,6	-1,1	-1,1	2,0	2,5	0,5	-2,3	4,3	3,8	
έτη	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Εξέλιξη πληθυσμού (%)	0,7	1,0	1,1	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	
Προσδόκιμο ζωής (έτη)	76,9	77,1	77,4	77,4	77,6	77,6	77,7	78,1	77,8	
Γεννήσεις (ανά γυναίκα)	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	
ΑΕΤΤ ετήσια εξέλιξη(%)	0,0	3,1	0,7	-1,6	2,0	2,1	2,9	4,5	3,9	
έτη	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Εξέλιξη πληθυσμού (%)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,0	
Προσδόκιμο ζωής (έτη)	78,4	78,6	78,8	79,0	79,2	79,4	79,4	79,9	80,2	
Γεννήσεις (ανά γυναίκα)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	
ΑΕΤΤ ετήσια εξέλιξη(%)	3,8	3,9	5,8	5,1	0,6	5,7	3,3	-0,3	-4,3	

Πηγή: World Bank, 1974-2009, *World Development Indicators*, Washington, D.C.: The World Bank (producer and distributor), <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Όπως θα επισημανθεί, όμως, παρακάτω η αύξηση των δαπανών υγείας δεν συνδυάστηκε με την παροχή ποιοτικών δημοσίων υπηρεσιών, ενώ σημαντικό τμήμα του πληθυσμού επιβαρύνθηκε με ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Οι δαπάνες αυτές επιβαρύνουν ιδιαίτερα τα ασθενέστερα στρώματα για τα οποία αντιστοιχούν σε ένα μεγαλύτερο ποσοστό του οικογενειακού εισοδήματος. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΤΤ μειώνονται σταθερά την περίοδο 2009-2018 στο πλαίσιο της προσπάθειας για την αποκατάσταση της δημοσιονομικής ισορροπίας, και σύμφωνα με τις απαιτούμενες δράσεις αιρεσιμότητας των προγραμμάτων οικονομικής σταθεροποίησης. Η 'Συνολική Δαπάνη Υγείας' ανήλθε στα 15 δις ευρώ το 2015 εκ των οποίων η δημόσια δαπάνη υγείας ήταν 9,5 δις ευρώ και η ιδιωτική δαπάνη 5,5 δις ευρώ. Με αυτά τα

δεδομένα η δημόσια δαπάνη για την υγεία ήταν περίπου στο 5%, άρα ποσοστό σχετικά χαμηλότερο έναντι άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

Πίνακας 3 Δαπάνες υγείας προς ΑΕΤΠ Ελλάδα, ΟΟΣΑ 2009-2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ελλάδα	6,81	6,92	6,61	5,93	5,27	4,75	4,76	5,04	5,38	5,35
ΟΟΣΑ Α	6,75	6,65	6,55	6,53	6,49	6,48	6,47	6,46	6,43	6,49

Πηγή: ΟΟΣΑ

Μία όψη του προβλήματος για την καταγραφή των σχετικών δαπανών είναι ότι το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) εφαρμόστηκε από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) μόλις το 2012, ένα πρότυπο σύστημα το οποίο εφαρμοζόταν ήδη στις περισσότερες χώρες ΟΟΣΑ (ΕΛΣΤΑΤ, 2015; Σίσκου *et.al.*, 2013).

Σύμφωνα με τα σχετικά η ΣΛΥ (Ελληνική Στατιστική Αρχή - Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας, 2013) η δημόσια δαπάνη υγείας αυξήθηκε κατά 73% το διάστημα 2005-2009 (9,8% ΑΕΤΠ) και έως το 2013 η δημόσια δαπάνη υποχώρησε στο 5,5% ΑΕΤΠ υποχώρησε στο 5,5% (ενός πολύ χαμηλότερου) ΑΕΤΠ, και χαμηλότερα έναντι του μέσου όρου της ΕΕ (7,8% ΑΕΤΠ). Η δυσμενής εξέλιξη αποτυπώνεται και στην κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας η οποία μειώθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό έναντι των χωρών ΟΟΣΑ κατά 7,2 % (OECD Health Data, 2013).

Σοβαρή υστέρηση διαπιστώθηκε και στην λογιστική και διοικητική μηχανοργάνωση των νοσοκομείων με συνέπεια τον ανεπαρκή έλεγχο και εποπτεία των δαπανών και τη διαχείριση του υλικού. Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίστηκε με την λειτουργία νέων λογιστικών προτύπων και ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών.

Έτσι, την περίοδο 2005-2009 η εξέλιξη υπονόμωσε τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας (Σουλιώτης, 2013), αφού η



δαπάνη υγείας υπερέβη το ρυθμό εξέλιξης του ΑΕΤΠ, και διογκώθηκε το έλλειμμα στον λογαριασμούς του Εθνικού Συστήμα Υγείας (ΕΣΥ) και των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και χαρακτηριστικά η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε κατά 80%. Στην προσπάθεια ανάκτησης των όρων βιωσιμότητας, όμως, η ραγδαία περικοπή των δαπανών δοκίμασε την λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, αλλά και τις ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών.

Ο τομέας της υγείας αναπόφευκτα συνδέεται με το ασφαλιστικό σύστημα, καθώς απαιτούνται ενέργειες και στις δύο πλευρές για να ενισχυθεί η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος, και οι εργαζόμενοι να έχουν ανταποδοτικές παροχές υγείας για τις εισφορές τους. Οι δαπάνες για συντάξεις, λόγω της πρόωρης συνταξιοδότησης και των υψηλών αποδοχών για ορισμένες κατηγορίες, και το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, λόγω της υπερ-συνταγογράφησης και άλλων νοσοκομειακών δαπανών χωρίς αποτελεσματικό έλεγχο, αποτελούσαν δύο από τις βασικότερες εστίες κρατικών δαπανών, οι οποίες φαίνεται ότι δεν είχαν ελεγχθεί αποτελεσματικά με αποτέλεσμα να βρεθούν στο επίκεντρο της εξοικονόμησης δαπανών.

Η ιατρο-φαρμακευτική δημόσια δαπάνη ανήλθε στο 5,9% ΑΕΤΠ το 2008 και είχε διαρκώς αυξητική τάση από το 2004). Επιχειρήθηκε παρέμβαση (Ν. 3868/2010) με στόχο τον περιορισμό της υπερ-συνταγογράφησης, και την καθιέρωση ενός συστήματος παρακολούθησης των δαπανών και διαφάνειας, προκειμένου να εντοπιστούν και περιπτώσεις. Τα νέα μέτρα διευκόλυναν τους ελέγχους στα δημόσια νοσοκομεία για τη διαχείριση φαρμάκων και υλικών, αλλά και του κόστους των χρεώσεων από τους ιδιώτες ιατρούς, τα θεραπευτήρια και διαγνωστικά κέντρα. Ακόμη, η προώθηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των γενόσημων φαρμάκων είχε θετική επίπτωση στη μείωση των δαπανών.

Η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα (ΕΟΠΥΥ) μέσω της συγχώνευσης τεσσάρων ταμείων (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΤΠΑΔ), και η απορρόφηση των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ ενίσχυσε την εξοικονόμηση δαπανών, αλλά και ανθρώπινου δυναμικού (Ν.3918/2011).

Μία από τις βασικές αδυναμίες ήταν ο εσωτερικός έλεγχος του διοικητικού μηχανισμού, καθώς όπως διαπιστώθηκε πολίτες με ψευδή δικαιολογητικά λάμβαναν συντάξεις, πρόσθετες συντάξεις και προνοιακά επιδόματα, και έπειτα από διασταυρώσεις εξοικονομήθηκαν περίπου 170 εκ. ευρώ και ανατέθηκε ο έλεγχος στα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΤΠΑ) για άτομα με αναπηρία (European Commission, 2013: 24).

Η υστέρηση του ψηφιακού μετασχηματισμού του δημοσίου τομέα είχε αρνητική επίδραση και στον κλάδο της πρόνοιας, και πραγματοποιήθηκε σημαντική βελτίωση με την προώθηση έργων όπως η ηλεκτρονική συνταχογράφηση και τα ηλεκτρονικά ραντεβού και η δημιουργία ενός νέου φορέα (ΗΔΙΚΑ/Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης), ώστε γιατροί, φαρμακοποιοί και πολίτες να διευκολύνονται στη χρήση του συστήματος, αντί των παλαιών έντυπων βιβλιαρίων υγείας, και οι αρμόδιες υπηρεσίες να παρακολουθούν την εξέλιξη των δαπανών, και να αποτρέπουν την σπατάλη δημοσίου χρήματος.

Η εισαγωγή της ψηφιακής τεχνολογίας στη δημόσια υγεία, όμως, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον συνολικότερο ψηφιακό μετασχηματισμό του κράτους. Είναι χαρακτηριστικό ότι η επιτυχής οργάνωση του εμβολιασμού του πληθυσμού για την πανδημία στηρίχθηκε στην προηγούμενη κατάρτιση ψηφιακών μητρώων πολιτών, η οποία διευκόλυνε την πιστοποίηση των χρηστών, την κατανομή τους σύμφωνα με ηλικιακά και γεωγραφικά κριτήρια, αλλά και ως προς τις κατηγορίες των ασθενειών οι οποίες τους καθιστούσαν ευάλωτους.

Μεταβολές σημειώθηκαν και στην πλευρά της χρηματοδότησης και στις δύο βασικές πηγές στον τομέα της υγείας, δηλαδή τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Στο διάστημα έως το 2009 η συνολική δαπάνη δημόσιας υγείας ανήλθε στο 9,8% ΑΕΤΠ, καθώς είχε ταχύτερο ρυθμό αύξησης έναντι του τελευταίου. Το αποτέλεσμα ήταν η δημιουργία ελλείμματος στο ΕΣΥ, αλλά και στους κλάδους υγείας των δημοσίων ταμείων. Η υποχρεωτική δημοσιονομική προσαρμογή μετά το 2010 συνδυάστηκε με τη δημιουργία ΕΟΠΥΥ, στον οποίο συγχωνεύτηκαν όλοι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, και τα προαναφερθέντα μέτρα για την περικοπή δαπανών, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η ρύθμιση τιμών στην αγορά φαρμάκου και οι κλειστοί προϋπολογισμοί για εξετάσεις (Υφαντοπούλου, & Υφαντοπούλου, 2015). Οι περικοπές αυτές, όμως, εμμέσως ενίσχυσαν και τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία. Παράλληλα, σημειώθηκε και απώλεια εσόδων από τις ασφαλιστικές εισφορές, λόγω της υψηλής ανεργίας που επικράτησε και της δυσκολίας των πολιτών να καλύψουν αυτές τις δαπάνες.

Ένα άλλο πρόβλημα αφορά στη χαμηλή αντιστοιχία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού 1/0,6 (OECD, 2015), η γήρανση του υγειονομικού προσωπικού, η χαμηλή χρήση των ψηφιακών τεχνολογιών και η απουσία συστηματικής αξιολόγησης. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα μισθοδοσίας, ιδιαίτερος του ιατρικού προσωπικού, επισημαίνει την προβληματική διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού. Ακόμη, μία διαχρονική αδυναμία του ΕΣΥ είναι η περιορισμένη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα την συσσώρευση ασθενών στα νοσοκομεία, και την ουσιαστική αδυναμία εξυπηρέτησής τους. Άλλες αδυναμίες αφορούν στην έλλειψη περισσότερο εξειδικευμένων υπηρεσιών, όπως νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης και μονάδες χρονίως πασχόντων).

Ένα από τα ζητήματα το οποίο συχνά παραβλέπεται, αλλά μπορεί να έχει μία ουσιαστική συμβολή στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, είναι οι ιδιωτικές χορηγίες. Στην Ελλάδα υπάρχει μία ισχυρή παράδοση ευεργετών για μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες (πχ Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, νοσοκομεία Παπανικολάου, Αρεταίειο, Ογκολογική Μονάδα Παιδων “Ελπίδα”), την ίδρυση και ανακαίνιση πολλών κλινικών αιχμής, αλλά και την παροχή κλινικού εξοπλισμού και άλλων υλικών και ασθενοφόρων προς τις νοσοκομειακές μονάδες. Η παράδοση αυτή επιβεβαιώθηκε με την αφορμή της πανδημίας, και εκδηλώθηκε με αθρόες δωρεές για την ενίσχυση των κλινικών εντατικής θεραπείας και την παροχή εξοπλισμού προς τα νοσοκομεία της χώρας.

Οι ιδιωτικές χορηγίες, βεβαίως, μπορούν να καλύψουν μόνο ένα μικρό ποσοστό της απαιτούμενης δημόσιας δαπάνης, αλλά συνιστούν μία αναντικατάστατη πηγή ωφέλειας για τη δημόσια υγεία, η οποία πρέπει να ενισχυθεί. Για παράδειγμα, η στοχευμένη χρήση των ιδιωτικών χορηγιών μπορεί να καλύψει αδυναμίες και κενά στις παρεχόμενες υπηρεσίες, όπως συνέβη με το Ωνάσειο και την Ογκολογική Μονάδα Παιδων. Ακόμη, μπορεί να χρηματοδοτήσει κλινικές με υψηλές απαιτήσεις σε σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό, δυνατότητες τηλεϊατρικής οι οποίες θα ωφελήσουν τους κατοίκους δυσπρόσιτων και απομακρυσμένων περιοχών, ή έρευνα αιχμής.

Ωστόσο, είναι εξαιρετικά ελλιπής η μελέτη της συνεισφοράς των ιδιωτικών χορηγιών, και του τρόπου με τον οποίο η διαχείρισή τους μπορεί να συμβάλλει στην συνολικότερη αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η πρώτη προσέγγιση του ζητήματος αποκαλύπτει ότι δεν υφίσταται ένα σαφές ρυθμιστικό πλαίσιο για τις ιδιωτικές χορηγίες στην υγεία, ούτε μία επιτελική μονάδα στο υπουργείο Υγείας, η οποία μπορεί να καταγράφει τις ανάγκες, να αναζητά χρηματοδότηση και να την κατευθύνει κατά τρόπο αποτελεσματικό.

## Συμπεράσματα

Ο τομέας της δημόσιας υγείας έχει αυξημένη βαρύτητα για την ευημερία της χώρας λόγω της αυτονόητης σημασίας του για την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, και συχνά παραβλέπεται η σημασία του ως δείκτης δημοκρατίας, και η σύνδεσή του με την προστασία και την μέριμνα υπέρ των ασθενέστερων κοινωνικο-οικονομικών ομάδων για την ισότιμη πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας.

Το πολιτικό σύστημα ανταποκρίθηκε μεν στο διάχυτο αίτημα για αύξηση των δαπανών για την υγεία, χωρίς όμως αυτή η κατακόρυφη αύξηση ως ποσοστό του ΑΕΠ να συνδυαστεί με καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες, ή να μειωθούν οι ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες επιβάρυναν υπέρμετρα τα χαμηλότερα εισοδήματα. Μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης κατευθύνθηκε στη φαρμακευτική δαπάνη, και μικρότερο αναλογικά μέρος στις υποδομές και τον εξοπλισμό και τις αμοιβές του προσωπικού. Η υστέρηση στον ψηφιακό μετασχηματισμό του κράτους είχε συνέπειες για την αποδοτική εποπτεία και τον έλεγχο των δαπανών, ενώ επιβάρυνε τους πολίτες με καθυστερήσεις και γραφειοκρατία κατά την παροχή των συναφών υπηρεσιών.

Η εξέλιξη αυτή υπονόμωσε τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας από την σκοπιά της χρηματοδότησης, αλλά και της διαχείρισης των υποδομών και του ανθρωπίνου δυναμικού. Στο σκέλος της χρηματοδότησης η ραγδαία περικοπή δαπανών είχε δραματική επίπτωση σε βασικές λειτουργίες και τις προμήθειες των νοσοκομείων. Ταυτόχρονα, σημαντικές ήταν οι αλλαγές στο ασφαλιστικό σύστημα με την συγχώνευση των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και την προτεραιότητα εξοικονόμησης των δαπανών στον κλάδο υγείας αυτών των ταμείων. Όπως κατά κύριο λόγο διαπιστώθηκε με τις έκτακτες συνθήκες ανωτέρας βίας που επικράτησαν από το 2020 (covid-19) είχε προκληθεί υστέρηση στον εκσυγχρονισμό των μονάδων και του

εξοπλισμού τους (πχ μονάδες εντατικής θεραπείας), και έλλειψη ιδιαίτερος νοσηλευτικού προσωπικού.

Στο ζήτημα των υποδομών και του εξοπλισμού καταγράφεται αξιοσημείωτη δράση ιδιωτικών χορηγιών με πλήθος ευεργετών να προσφέρει αναντικατάστατη αρωγή στην ανοικοδόμηση ολόκληρων νοσοκομειακών μονάδων, στην ανακαίνιση κλινικών και την προσφορά εξοπλισμού.

Ωστόσο, στα δυσεπίλυτα προβλήματα του παρελθόντος προστίθενται και νέα για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Η γήρανση του πληθυσμού και τα δυσμενή δημογραφικά δεδομένα τα οποία θα επιτείνουν το πρόβλημα, άρα και τις αυξημένες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα, όπως και η έξαρση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων και των ψυχικών διαταραχών θα δημιουργήσουν νέες απαιτήσεις (Κυριόπουλος, 2018). Η διαρκής αναβάθμιση του ΕΣΥ αποτελεί ζήτημα με υψηλή ιεράρχηση στην κυβερνητική ατζέντα. Οι σχετικές προτάσεις (Τούντας *et.al.*, 2020) υποδεικνύουν - μεταξύ άλλων - τον στρατηγικό σχεδιασμό του ΕΣΥ, την ανασυγκρότηση των υγειονομικών περιφερειών σε αντιστοιχία με τις διοικητικές περιφέρειες, την ενίσχυση της επιχειρησιακής οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων, την ανακατανομή των κλινικών και εργαστηρίων και τους κανονισμούς λειτουργίας τους. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από μία ανεξάρτητη αρχή μέσω του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ) δημιουργεί μία νέα δομή για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της πολιτικής.

Η προώθηση των ψηφιακών υπηρεσιών στον τομέα της υγείας δημιούργησε νέα δεδομένα για τη διευκόλυνση των πολιτών, αλλά και έναν αποδοτικότερο μηχανισμό στη διάθεση της κεντρικής διοίκησης και των επιμέρους μονάδων. και την περαιτέρω ενσωμάτωση της ψηφιακής τεχνολογίας στη δημόσια υγεία και την εξυπηρέτηση του προσωπικού και των πολιτών.

Οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής, οι εφαρμογές ιατρικής (“health apps”, “digital therapeutics”) και ειδικές συσκευές για ασθενείς (“wearables”) δημιουργούν νέα δεδομένα στην πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, αλλά απαιτείται και η κατοχύρωση ενός ρυθμιστικού πλαισίου για την χρήση τους. Επίσης, τα ψηφιακά δεδομένα υγείας και η επεξεργασία τους αποτελεί οδηγό για τον σχεδιασμό της πολιτικής, αλλά και πηγή εσόδων.

Ακόμη, οι μονάδες ημερήσιας φροντίδας και η περαιτέρω ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα αποσυμφορήσει ιδιαίτερα τα μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Η ευθύνη, όμως, της πολιτείας πρέπει να συνδυαστεί και μία διάχυτη αντίληψη των κινδύνων για τη δημόσια υγεία από την κοινωνία ευρύτερα. Πολλά νοσήματα τα οποία συνδέονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και συνδέονται με την κακή διατροφή, το κάπνισμα, την έλλειψη άσκησης και ένα στρεσογόνο τρόπο ζωής αποτελούν ζητήματα στα οποία πρέπει να υπάρξει ευαισθητοποίηση και προσπάθεια βελτίωσης μέσω των καθημερινών επιλογών.

Η πολιτική για τη δημόσια υγεία θα είναι αποδοτική στο μέτρο κατά το οποίο ο δημόσιος τομέας συνολικά θα βελτιώσει την οργάνωση και λειτουργία του για την καλύτερη εποπτεία, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των δεδομένων της παραγόμενης κυβερνητικής δράσης. Οι απαιτήσεις των πολιτών για καλύτερες υπηρεσίες υγείας και την μείωση της επιβάρυνσης με ιδιωτικές δαπάνες. Ωστόσο, αν δεν γίνει εξορθολογισμός των δαπανών και ιεράρχηση των προτεραιοτήτων ενδεχομένως να επαναληφθεί το σφάλμα της ανόδου της δημόσιας δαπάνης χωρίς αντίστοιχη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με άμεσο κίνδυνο για τα δημόσια οικονομικά.

**Βιβλιογραφικές αναφορές ·**