

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**  
**Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών**  
**Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων**

**Διδακτορική Διατριβή**

**Επίδραση της αλλαγής πολιτικής στην αποδοτικότητα στην  
οικονομική κρίση**  
**Πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα μονάδων υγείας**

**Γεώργιος Ι. Φαράντος**

Κόρινθος, Απρίλιος 2021

**University of Peloponnese**  
**Faculty of Social and Political Sciences**  
**Department of Political Studies and International Relations**

**Doctoral Thesis in**

**The effect of policy change in efficiency during the economic  
crisis**

**Health policies and health units efficiency**

**Georgios I. Farantos**

Corinth, April 2020

# **Επίδραση της αλλαγής πολιτικής στην αποδοτικότητα στην οικονομική κρίση**

## **Πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα μονάδων υγείας**

**Σημαντικοί όροι :** Οικονομική κρίση, δημόσια πολιτική, αλλαγή πολιτικής, πολιτικές υγείας, αποδοτικότητα, Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων.

### **Περίληψη**

Οι οικονομικές κρίσεις απειλούν τις κοινωνίες και τα άτομα. Στα σύγχρονα οικονομικά περιβάλλοντα, η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση αναγκάζει τα κράτη να εφαρμόσουν πολιτικές για την αντιμετώπιση της. Η Ελληνική οικονομική κρίση, που συνέβη σε μερική συσχέτιση με την παγκόσμια οικονομική κρίση, προκάλεσε αρνητικές συνέπειες στην Ελληνική κοινωνία και απαίτησε από τις Ελληνικές κυβερνήσεις να εφαρμόσουν αλλαγή πολιτικής για να επιχειρήσουν να την αντιμετωπίσουν. Η αλλαγή πολιτικής σε μια οικονομική κρίση επιχειρεί να μειώσει τα κόστη και ταυτόχρονα να αυξήσει την αποδοτικότητα και με τους τρόπους αυτούς να καταπολεμήσει την ίδια την οικονομική κρίση.

Η αποδοτικότητα των μονάδων μετράται με διάφορες μεθόδους από τις οποίες η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (ΠΑΔ) είναι η πιο κοινά χρησιμοποιούμενη. Για την μεταβολή της αποδοτικότητας σε εκτεταμένες χρονικές περιόδους, η μέθοδος Window-DEA χρησιμοποιείται.

Στην έρευνα μας μελετάμε τις πολιτικές και ειδικότερα τις πολιτικές υγείας των Ελληνικών κυβερνήσεων εκατέρωθεν της έναρξης της οικονομικής κρίσης. Εντοπίζουμε τις πολιτικές υγείας που επιχειρούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Υπολογίζουμε τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας σε διαφορετικές περιπτώσεις κατά την περίοδο μελέτης. Αναλύουμε την επίδραση των πολιτικών υγείας στις εισροές και τις εκροές που επηρεάζουν τις τιμές της αποδοτικότητας. Εντοπίζουμε την επίδραση των πολιτικών υγείας στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας κατά την περίοδο μελέτης και εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

# **The effect of policy change in efficiency during the economic crisis**

## **Health policies and health units efficiency**

**Keywords :** Economic crisis, public policy, policy change, health policies, efficiency, Data Envelopment Analysis.

### **Abstract**

When economic crises arise, individuals and societies are threatened. In the modern economic environment, the current global economic crisis is forcing states to employ policies of facing them. The Greek economic crisis, which appeared shortly after the global one, had adverse consequences on the Greek society and required that the Greek governments implement a policy change in order to combat it. The change of policy in an economic crisis aims to reduce cost as well as to increase efficiency and in this way to combat the economic crisis itself.

The efficiency of units is measured by various methods of which Data Envelopment Analysis (DEA) is mostly used. For the change of the efficiency over relatively extended periods of time, the Window – DEA method is used.

In our research we study both the policies and in particular the health policies of the Greek Governments from the onset of the economic crisis. We identify health policies that seek to increase efficiency during the financial crisis. We evaluate the change in efficiency in different cases during the study period. We analyze the impact of health policies on inputs and outputs that affect efficiency values. We identify the impact of health policies on the change in efficiency values during the study period and we draw useful conclusions.

## **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα 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 επιστημονική δεοντολογία.

Οι απόψεις που εκφράζονται αποτελούν αποκλειστική ευθύνη του συγγραφέα 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 ή παραλείψεις.

Ο Δηλών

Γεώργιος Ι. Φαράντος

## **Αφιέρωση**

Η παρούσα αφιερώνεται σε όλους του φυσικούς και οιονεί δασκάλους του κόσμου τούτου. Σε όλους αυτούς, που με τη διδασκαλία τους ή με το παράδειγμα τους μεταδίδουν τη γνώση από ένα άτομο σε άλλο και εμπλουτίζουν τη γνώση για να τη μεταφέρουν από γενιά σε γενιά, προάγοντας με τον τρόπο αυτό τον ανθρώπινο πολιτισμό.

## Ευχαριστίες

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους κατωτέρω, για την εκπόνηση της διατριβής αυτής:

- 1) Τον Επιβλέποντα Καθηγητή των Διδακτορικών Σπουδών μου κ. Νικήτα – Σπύρο Κουτσούκη για την ουσιαστική καθοδήγηση του στην πραγματοποίηση των σπουδών μου.
- 2) Την οικογένεια μου, για την ηθική στήριξη και το χρόνο που μου διέθεσε για την πραγματοποίηση των σπουδών αυτών.

## Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract	4
Κατάλογος Πινάκων	13
Κατάλογος εικόνων	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ</b>	<b>1</b>
1.1 Έννοια της οικονομικής κρίσης	1
1.1.1 Οικονομικές κρίσεις στην ιστορία	1
1.1.2 Αιτίες των οικονομικών κρίσεων	6
1.1.3 Στάδια των οικονομικών κρίσεων	9
1.1.4 Πολιτικές ιδεολογίες και οικονομικές κρίσεις	12
1.2 Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008	18
1.2.1 Αιτίες της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης	18
1.2.2 Μετάδοση και εξέλιξη της οικονομικής κρίσης	23
1.2.3 Αντιμετώπιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης	27
1.3 Η Ελληνική οικονομική κρίση του 2009	34
1.3.1 Η εξέλιξη της Ελληνικής Οικονομικής κρίσης	34
1.3.2 Οι αιτίες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης	41
1.3.3 Οι συνέπειες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ</b>	<b>52</b>
2.1 Η Δημόσια Πολιτική	52
2.1.1 Αντικείμενο της Δημόσιας Πολιτικής	52
2.1.2 Θεωρίες Δημόσιας Πολιτικής	54
2.1.3 Πολιτικά και δημόσια πολιτική	61
2.2 Η αλλαγή πολιτικής	67
2.2.1 Η διαδικασία αλλαγής πολιτικής	67



2.2.2	Η αλλαγή πολιτικής σε μια οικονομική κρίση	74
2.2.3	Αλλαγή πολιτικής και μεταρρύθμιση	80
2.3	Οι δημόσιες πολιτικές των οικονομικών κρίσεων	85
2.3.1	Χαρακτηριστικά πολιτικής σε μια οικονομική κρίση	85
2.3.2	Πολιτικές λιτότητας και πολιτικές επενδύσεων	88
2.3.3	Επιτήρηση δημοσιονομικής πολιτικής	91
2.4	Οι δημόσιες πολιτικές υγείας σε μια οικονομική κρίση	93
2.4.1	Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις υγείας	93
2.4.2	Πολιτικές υγείας σε υπερεθνικό επίπεδο	100
2.4.3	Διάκριση πολιτικών υγείας στην οικονομική κρίση	102
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ</b>		<b>108</b>
3.1	Αποδοτικότητα οργανισμών	108
3.1.1	Αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα	108
3.1.2	Παραγωγικότητα	113
3.1.3	Αποδοτικότητα στην εκπαίδευση	116
3.1.4	Αποδοτικότητα στο δημόσιο τομέα	118
3.1.5	Αποδοτικότητα στην υγεία	121
3.2	Αποδοτικότητα και δημόσιες πολιτικές	123
3.2.1	Αύξηση αποδοτικότητας από δημόσιες πολιτικές	123
3.2.2	Αποδοτικότητα υγείας και πολιτικές οικονομικές - φροντίδας	129
3.2.3	Αποδοτικότητα υγείας και πολιτικές κόστους	135
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ</b>		<b>141</b>
4.1	Μέθοδοι εκτίμησης αποδοτικότητας	141
4.1.1	Τεχνικές συγκριτικής ανάλυσης	141
4.1.2	Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης	145
4.2	Η μέθοδος DEA	147
4.2.1	Έννοια και θεμελίωση της μεθόδου DEA	147

4.2.2	Επιλογή δεδομένων και συντελεστές βαρύτητας	151
4.3	Τα μοντέλα της μεθόδου DEA	152
4.3.1	Γενική περιγραφή των μοντέλων DEA	152
4.3.2	Τα μοντέλα CCR και BCC	153
4.3.3	Το μοντέλο window –DEA και ο δείκτης Malmquist	159
4.4	Πλεονεκτήματα DEA και συνολική μεταβολή της αποδοτικότητας	167
4.4.1	Σχέση της μεθόδου DEA με άλλες μεθόδους και την κατά Pareto Αποδοτικότητα	167
4.4.2	Συνολική μεταβολή της αποδοτικότητας με τη μέθοδο DEA	171
4.5	Μελέτες αποδοτικότητας μονάδων υγείας	175
4.5.1	Μελέτες αποδοτικότητας μονάδων υγείας διεθνώς	175
4.5.2	Μελέτες αποδοτικότητας Ελληνικού τομέα υγείας	183
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ		193
5.1	Ερωτήματα της έρευνας	193
5.2	Μεθοδολογία έρευνας	195
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ		200
6.1	Ανασκόπηση της δημοσίας πολιτικής εκατέρωθεν της κρίσης (2007-2014)	200
6.1.1	Πολιτική κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή (2007-2009)	200
6.1.2	Πολιτική κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου (2009-2011)	205
6.1.3	Πολιτική κυβέρνησης Παπαδήμου (2011-2012) και κυβέρνησης Πικραμένου (2012)	211
6.1.4	Πολιτική κυβέρνησης Σαμαρά (2012-2014)	218
6.2	Ανασκόπηση πολιτικών για την υγεία πριν την οικονομική κρίση	226
6.2.1	Πολιτικές υγείας κατά τη μεταπολίτευση (περίοδος 1974-1989)	226
6.2.2	Πολιτικές υγείας κατά τη μεταπολίτευση (περίοδος 1990-2006)	229
6.2.3	Πολιτικές υγείας δεύτερης κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή (2007-2009)	234
6.3	Αλλαγή Ελληνικής πολιτικής υγείας	238

6.3.1	Αστοχίες Ελληνικού συστήματος υγείας κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης	238
6.3.2	Αλλαγή πολιτικής υγείας κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης	245
6.4	Ανασκόπηση πολιτικών για την υγεία στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (2010-2014)	250
6.4.1	Πολιτικές υγείας στις χώρες της Ε.Ε.	250
6.4.2	Κατηγοριοποίηση πολιτικών υγείας στην οικονομική κρίση	254
6.4.3	Πολιτική Υγείας Κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου (2009-2011)	258
6.4.4	Πολιτική υγείας κυβέρνησης Παπαδήμου(2011-2012)	270
6.4.5	Πολιτική Υγείας Κυβέρνησης Σαμαρά (2012-2014)	276
6.4.6	Αποτίμηση των πολιτικών υγείας στην οικονομική κρίση	283
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		289
7.1	Πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα διεθνώς	289
7.1.1	Πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα στις χώρες του ΟΟΣΑ	289
7.1.2	Ομαδοποίηση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα	291
7.2	Ελληνικές πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα	298
7.2.1	Η επίδραση των πολιτικών στην αποδοτικότητα πριν την οικονομική κρίση	298
7.2.2	Αιτίες αναποδοτικότητας έως την έναρξη της οικονομικής κρίσης	303
7.2.3	Η επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης	307
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		324
8.1	Μελέτη αποδοτικότητας Ελληνικών νοσοκομείων με τη μέθοδο Window-DEA	324
8.1.1	Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας χωρίς περιορισμούς βαρών	324
8.1.2	Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων χωρίς περιορισμούς βαρών	333
8.1.3	Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων χωρίς περιορισμούς βαρών	338
8.1.4	Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας με περιορισμούς βαρών	342

8.1.5	Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμούς βαρών	345
8.1.6	Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων με περιορισμούς βαρών	350
8.1.7	Μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων με οικονομικά στοιχεία	354
8.2	Πολιτικές υγείας Ελληνικών κυβερνήσεων και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων	364
8.2.1	Πολιτικές υγείας Καραμανλή και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων	364
8.2.2	Πολιτικές υγείας Παπανδρέου και Παπαδήμου και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων	385
8.2.3	Πολιτικές υγείας Σαμαρά και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων	413
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	: ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	439
9.1	Ανασκόπηση ευρημάτων	439
9.2	Αντιμετώπιση δυσκολιών της έρευνας	441
9.3	Συμπεράσματα	442
9.4	Συζήτηση	452
	Βιβλιογραφία	454

# Κατάλογος Πινάκων

Αριθμός Πίνακα	Τίτλος Πίνακα	Σελίδα
Πίνακας 1.1	Φάσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης	26
Πίνακας 1.2	Πολιτικές ανταποκρίσεις των χωρών στην οικονομική κρίση	29
Πίνακας 1.3	Πολιτικές και μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης	31
Πίνακας 1.4	Δαπάνες υγείας ανά τομέα 2009-2012	48
Πίνακας 2.1	Διάκριση Δημοσίων Πολιτικών σε κατηγορίες	59
Πίνακας 2.2	Κριτήρια διαφοροποίησης επισήμων και ανεπισήμων πολιτικών (politics)	61
Πίνακας 2.3	Διαστάσεις για τη διάκριση σχέσεων μεταξύ πολιτικής και πολιτικών	67
Πίνακας 2.4	Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις υγείας (πριν το 2010)	95
Πίνακας 2.5	Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις υγείας (μετά το 2010)	96
Πίνακας 3.1	Κατηγορίες αποδοτικότητας	113
Πίνακας 3.2	Κατηγορίες παραγωγικότητας	115
Πίνακας 3.3	Οι πολιτικές και η επίδραση τους στην αποδοτικότητα	127
Πίνακας 3.4	Δείκτες του συστήματος υγείας που επηρεάζονται από τις πολιτικές υγείας και που επιδρούν στην αποδοτικότητα	134
Πίνακας 4.1	Ορισμός αποδοτικότητας κατά Pareto	170
Πίνακας 4.2	Σύγκριση της Συνολικής Τεχνικής Αποδοτικότητας και των βαθμών αποδοτικότητας των DMU για τις χρονικές περιόδους Α και Β	174
Πίνακας 4.3	Μελέτες Αποδοτικότητας Γενικών Νοσοκομείων με χρήση DEA	177
Πίνακας 4.4	Πηγές τεχνικής αναποδοτικότητας Ελληνικού συστήματος υγείας	189
Πίνακας 4.5	Μελέτες αποδοτικότητας τομέα υγείας στην Ελλάδα	191
Πίνακας 6.1	Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις (μέτρα) συνεπεία των μνημονίων της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου	208
Πίνακας 6.2	Πολιτικές και μεταρρυθμιστικά μέτρα της κυβέρνησης Παπαδήμου	217
Πίνακας 6.3	Πολιτικές και μεταρρυθμιστικά μέτρα της κυβέρνησης Σαμαρά	225
Πίνακας 6.4	Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας σε συνθήκες προ Οικονομικής Κρίσης – πριν τη δεύτερη κυβέρνηση Καραμανλή	233
Πίνακας 6.5	Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας σε συνθήκες προ Οικονομικής Κρίσης – δεύτερη κυβέρνηση Καραμανλή	237
Πίνακας 6.6	Κριτήρια αξιολόγησης και διαπιστώσεις για την εφαρμογή της εθνικής πολιτικής υγείας	244
Πίνακας 6.7	Αλλαγές Πολιτικών Υγείας για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	251
Πίνακας 6.8	Πολιτικές Υγείας σε επιλεγμένες χώρες στην Οικονομική Κρίση	253
Πίνακας 6.9	Πολιτικές Υγείας και οι αντίστοιχες Στρατηγικές αυτών	256
Πίνακας 6.10	Επιτεύγματα και αστοχίες της Ελληνικής Πολιτικής Υγείας στην αρχή της Οικονομικής Κρίσης	257
Πίνακας 6.11	Διατάξεις για τον Τομέα Υγείας στην έναρξη της οικονομικής κρίσης (έτος 2009-10) – κυβέρνηση Παπανδρέου.	267
Πίνακας 6.12	Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας στην έναρξη της οικονομικής κρίσης (έτος 2011) – κυβέρνηση Παπανδρέου	268

Πίνακας 6.13 Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας στην έναρξη της οικονομικής κρίσης – κυβέρνηση Παπαδήμου.	275
Πίνακας 6.14 Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας στην οικονομική κρίσης – κυβέρνηση Σαμαρά	282
Πίνακας 6.15 Βασικές μεταρρυθμίσεις Ελληνικού τομέα υγείας	286
Πίνακας 6.16 Πολιτικές υγείας και μέτρα στην οικονομική κρίση	287
Πίνακας 7.1 Μεταρρύθμιση της υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ μεταξύ 2000 και 2012	290
Πίνακας 7.2 Περίληψη και κατηγοριοποίηση των πολιτικών που εφαρμόζονται από το 2008 σε έξι Ευρωπαϊκές χώρες	293
Πίνακας 7.3 Αλλαγή κατάστασης νοσοκομείων μετά την εφαρμογή υγειονομικού χάρτη	312
Πίνακας 7.4 Πολιτική κυβέρνησης Παπανδρέου και μέτρα υλοποίησης για την επίδραση στην αποδοτικότητα	314
Πίνακας 7.5 Πολιτική κυβέρνησης Παπαδήμου και μέτρα υλοποίησης για την επίδραση στην αποδοτικότητα	317
Πίνακας 7.6 Πολιτική κυβέρνησης Σαμαρά και μέτρα υλοποίησης για την επίδραση στην αποδοτικότητα	322
Πίνακας 8.1 Καθορισμός εισροών - εκροών μελέτης αποδοτικότητας Μονάδων Υγείας	327
Πίνακας 8.2 Τεχνική αποδοτικότητα Ελληνικών γενικών δημόσιων νοσοκομείων για την περίοδο μελέτης	327
Πίνακας 8.3 Καθαρή Αποδοτικότητα των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων ανά έτος	330
Πίνακας 8.4 Τεχνική, καθαρή και Αποδοτικότητα κλίμακας (SE) Ελληνικών γενικών δημόσιων νοσοκομείων για την περίοδο μελέτης	332
Πίνακας 8.5 Τεχνική αποδοτικότητα μεγάλων νοσοκομείων με τη window-DEA	334
Πίνακας 8.6 Window-DEA καθαρή αποδοτικότητα μεγαλύτερων νοσοκομείων	335
Πίνακας 8.7 Τεχνική, καθαρή και αποδοτικότητα κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων	336
Πίνακας 8.8 Window-DEA τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων	339
Πίνακας 8.9 Window-DEA καθαρή τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων	340
Πίνακας 8.10 Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας μικρών νοσοκομείων	341
Πίνακας 8.11 Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	344
Πίνακας 8.12 Window-DEA τεχνική αποδοτικότητα μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	346
Πίνακας 8.13 Window-DEA καθαρή τεχνική αποδοτικότητα μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	347
Πίνακας 8.14 Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	348
Πίνακας 8.15 Window-DEA τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	351
Πίνακας 8.16 Window-DEA καθαρή τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	352
Πίνακας 8.17 Τεχνική, καθαρή και αποδοτικότητα κλίμακας μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	353
Πίνακας 8.18 Συνολικές δαπάνες ανά υγειονομική περιφέρεια	355
Πίνακας 8.19 Καθορισμός εισροών - εκροών μελέτης αποδοτικότητας Μονάδων Υγείας	357
Πίνακας 8.20 Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών και οικονομικά στοιχεία (Model E)	359
Πίνακας 8.21 Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας με περιορισμό βαρών χωρίς οικονομικά στοιχεία (Model A)	361
Πίνακας 8.22 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (με περιορισμό βαρών)	366
Πίνακας 8.23 Εισροές και εκροές της έρευνας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	366

Πίνακας 8.24 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	367
Πίνακας 8.25 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	369
Πίνακας 8.26 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (χωρίς περιορισμό βαρών)	373
Πίνακας 8.27 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A χωρίς περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	373
Πίνακας 8.28 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (με περιορισμό βαρών)	376
Πίνακας 8.29 Εισροές και εκροές μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	376
Πίνακας 8.30 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	377
Πίνακας 8.31 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	378
Πίνακας 8.32 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (με περιορισμό βαρών)	381
Πίνακας 8.33 Εισροές και εκροές μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	382
Πίνακας 8.34 Ποσοστιαία μεταβολή Εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	382
Πίνακας 8.35 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή	384
Πίνακας 8.36 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου (model A με περιορισμό βαρών)	386
Πίνακας 8.37 Εισροές και εκροές της έρευνας (model A) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου	387
Πίνακας 8.38 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας (model A) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου	387
Πίνακας 8.39 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου	389
Πίνακας 8.40 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου & Παπαδήμου (model A χωρίς περιορισμό βαρών)	392
Πίνακας 8.41 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A χωρίς περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου	393
Πίνακας 8.42 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου μεγάλων νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)	395
Πίνακας 8.43 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	396
Πίνακας 8.44 Συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών – εκροών και μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	398

Πίνακας 8.45 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου μικρών νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)	400
Πίνακας 8.46 Μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	401
Πίνακας 8.47 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	402
Πίνακας 8.48 Συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών – εκροών και μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	403
Πίνακας 8.49 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου & Παπαδήμου (model E με οικονομικά στοιχεία)	406
Πίνακας 8.50 Εισροές και εκροές της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου	407
Πίνακας 8.51 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου	408
Πίνακας 8.52 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου	409
Πίνακας 8.53 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	414
Πίνακας 8.54 Μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	415
Πίνακας 8.55 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	415
Πίνακας 8.56 Συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τη μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	417
Πίνακας 8.57 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A χωρίς περιορισμό βαρών)	420
Πίνακας 8.58 Συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση της αποδοτικότητας με τη μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A χωρίς περιορισμό βαρών)	421
Πίνακας 8.59 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	422
Πίνακας 8.60 Μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	423
Πίνακας 8.61 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	424
Πίνακας 8.62 Συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τη μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	425
Πίνακας 8.63 Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	428
Πίνακας 8.64 Μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	429
Πίνακας 8.65 Ποσοστιαία, μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	429
Πίνακας 8.66 Ποσοστιαία, μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)	430



Πίνακας 8.67 Τεχνική, καθαρή και αποδοτικότητα κλίμακας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά (model E)	433
Πίνακας 8.68 Εισροές και εκροές της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά	434
Πίνακας 8.69 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά	434
Πίνακας 8.70 Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά	436

# Κατάλογος εικόνων

Αριθμός εικόνας	Ονομασία εικόνας	Σελίδα
Εικόνα 1.1	Η περιοδικότητα της οικονομικής κατάστασης	10
Εικόνα 1.2	Τα στάδια των κρίσεων κατά Fink, Coombs, Mitroff, Augustine και Olson.	11
Εικόνα 1.3	Βασικά επιτόκια κεντρικών τραπεζών από Ιανουάριο 2000 έως Ιανουάριο 2009	32
Εικόνα 1.4	Διακύμανση Ελληνικών ομολόγων από Νοέμβριο 2009 έως Απρίλιο 2010	35
Εικόνα 1.5	Διαφορά spreads Ελληνικών – Γερμανικών ομολόγων	36
Εικόνα 1.6	Επιτόκια Ελληνικών ομολόγων και σημαντικά γεγονότα	41
Εικόνα 1.7	Πρόβλεψη αποπληρωμής δημοσίου χρέους κατά το έτος 2010	46
Εικόνα 1.8	Μεταβολή κυβερνητικού προϋπολογισμού και μεταβολή ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών	46
Εικόνα 1.9	Διακύμανση των δαπανών υγείας (σε δις Ευρώ) κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης	49
Εικόνα 2.1	Διάγραμμα ροής για το advocacy coalition framework	73
Εικόνα 4.1	Διαδικασία μετατροπής στη DEA	148
Εικόνα 4.2	Γραφική παράσταση θεωρητικής ερμηνείας αποδοτικότητας	150
Εικόνα 4.3	Μονάδες λήψης απόφασης τοποθετημένες με τις τιμές εισροών και εκροών τους	157
Εικόνα 4.4	Όρια αποδοτικότητας σταθερής και μεταβλητής επιστροφής κλίμακας	157
Εικόνα 4.5	Όρια αποδοτικότητας σύμφωνα με τη μέθοδο DEA	158
Εικόνα 4.6	Η δομή μοντέλου window-DEA για μια περιοχή αξιολόγησης	163
Εικόνα 4.7	Γραφική ερμηνεία του δείκτη παραγωγικότητας Malmquist	166
Εικόνα 4.8	Αποδοτικό όριο προ φαινομένου	172
Εικόνα 4.9	Αποδοτικό όριο μετά φαινομένου	173
Εικόνα 4.10	Παγκόσμια κατανομή της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας στη μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού	176
Εικόνα 6.1	Δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ ανά ομάδα ηλικίας	243
Εικόνα 6.2	Μετατόπιση Ελληνικής πολιτικής υγείας στο συνεχές των Οργανωτικών και Υγειονομικών Συστημάτων στις Υγειονομικές Αγορές	245
Εικόνα 6.3	Αλλαγή Πολιτικής Ελληνικού Συστήματος Υγείας στην Οικονομική Κρίση	247
Εικόνα 6.4	Πυλώνες που βασίζονται οι πολιτικές υγείας	249
Εικόνα 7.1	Τα αποτελέσματα των πολιτικών των εφαρμοσμένων σε χώρες της ΕΕ ως προς την αποδοτικότητα και την ισότητα	297
Εικόνα 8.1	Μεταβολή τεχνικής αποδοτικότητας (TE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων	328
Εικόνα 8.2	Οι τρεις περίοδοι της μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας	329
Εικόνα 8.3	Μεταβολή καθαρής αποδοτικότητας (PE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων	330
Εικόνα 8.4	Μεταβολή τεχνικής (TE), καθαρής (PE) και αποδοτικότητας κλίμακας (SE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων	332
Εικόνα 8.5	Μεταβολή τεχνικής (TE), καθαρής (PE) και αποδοτικότητας κλίμακας (SE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων (έγχρωμη)	333
Εικόνα 8.6	Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων	336
Εικόνα 8.7	Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων	341

Εικόνα 8.8 Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	344
Εικόνα 8.9 Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	348
Εικόνα 8.10 Ραβδόγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	350
Εικόνα 8.11 Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών	353
Εικόνα 8.12 Διάγραμμα μεταβολής δαπανών νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο	356
Εικόνα 8.13 Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών και οικονομικά στοιχεία (Model E).	359
Εικόνα 8.14 Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών χωρίς οικονομικά στοιχεία (Model A).	361
Εικόνα 8.15 Η τεχνική αποδοτικότητα ανά Υγειονομική Περιφέρεια κατά το 2009	363
Εικόνα 8.16 Η τεχνική αποδοτικότητα ανά Υγειονομική Περιφέρεια κατά το 2014	364
Εικόνα 8.17 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	367
Εικόνα 8.18 Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	368
Εικόνα 8.19 Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	376
Εικόνα 8.20 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	377
Εικόνα 8.21 Γραφική μεταβολή εκροών μελέτης μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	378
Εικόνα 8.22 Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	381
Εικόνα 8.23 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	383
Εικόνα 8.24 Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μελέτης μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή	383
Εικόνα 8.25 Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου	386
Εικόνα 8.26 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου	388
Εικόνα 8.27 Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου – Παπαδήμου	388
Εικόνα 8.28 Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου μεγάλων νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)	396
Εικόνα 8.29 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	397
Εικόνα 8.30 Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	397
Εικόνα 8.31 Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου μικρών νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)	401

Εικόνα 8.32 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	402
Εικόνα 8.33 Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου	403
Εικόνα 8.34 Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου – Παπαδήμου (model E με οικονομικά στοιχεία)	407
Εικόνα 8.35 Ποσοστιαία μεταβολή των εισροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου	408
Εικόνα 8.36 Ποσοστιαία μεταβολή των εκροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου	409
Εικόνα 8.37 Γραφική μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	414
Εικόνα 8.38 Επί τοις εκατό μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά	416
Εικόνα 8.39 Επί τοις εκατό ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά	416
Εικόνα 8.40 Γραφική μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	423
Εικόνα 8.41 Γραφική μεταβολή εισροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά	424
Εικόνα 8.42 Γραφική μεταβολή εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά	425
Εικόνα 8.43 Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	428
Εικόνα 8.44 Γραφική μεταβολή εισροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	429
Εικόνα 8.45 Γραφική μεταβολή εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)	430
Εικόνα 8.46 Γραφική μεταβολή της τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά	434
Εικόνα 8.47 Γραφική μεταβολή των εισροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά	435
Εικόνα 8.48 Γραφική μεταβολή των εκροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά	435

Σημείωση : Οι εικόνες συμπεριλαμβάνουν και διαγράμματα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

### 1.1 Έννοια της οικονομικής κρίσης

#### 1.1.1 Οικονομικές κρίσεις στην ιστορία

Οι οικονομικές κρίσεις δεν είναι φαινόμενο της εποχής μας αλλά αναφέρονται από την αρχαία ακόμη εποχή. Κατά την αρχαιότητα, η Αθηναϊκή οικονομική κρίση εκδηλώνεται κατά τον 7<sup>ο</sup> π.χ. αιώνα, λόγω των εσωτερικών συγκρούσεων στην πόλη-κράτος της Αθήνας, που οφείλονται στην αδυναμία της να συμμετάσχει στον αποικισμό και στο συνεπακόλουθο περιορισμό της στο λεκανοπέδιο της Αττικής (Κάλφας, 2015 : 6). Ο Ξενοφώντας στο έργο του «περί προσόδων», περιγράφει τρόπους θεραπείας για την οικονομική κρίση των μέσων του 4<sup>ου</sup> αιώνα π.χ. στην οποία περιήλθε η Αθηναϊκή Συμμαχία. Οι τρόποι αυτοί περιλαμβάνουν την αύξηση της γεωργικής και αλιευτικής παραγωγής, την προσέλκυση μετοίκων και την πραγματοποίηση επενδύσεων που περιγράφονται σε ένα δημοσιονομικού χαρακτήρα κείμενο (Τιβέριος, 2011 : 1-2). Ο Καλιτσουνάκις (1930 : 270) επισημαίνει τις αναφορές στις οικονομικές κρίσεις των Αριστοτέλη, Ξενοφόντα και Δημοσθένη, κατά την αρχαία Ελληνική περίοδο και αυτή των Rhodherus και Mommsen για την Ρωμαϊκή περίοδο. Δυο Ρωμαϊκές οικονομικές κρίσεις με τις αιτίες και τα αποτελέσματα τους περιγράφονται από τον Bartlett (1994 : 293-297). Ο Howgego (2002) αναφέρει τις οικονομικές κρίσεις της αρχαιότητας και τις δύο κρίσεις της Ρωμαϊκής εποχής. Η Ρωμαϊκή οικονομική κρίση και η αποτυχημένη διαχείριση της συνέβαλε στην πτώση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας (Vanderbroeck, 2012 : 113, 122). Οι οικονομικές κρίσεις παρουσιάζονται καθόλη τη διάρκεια της ιστορίας, από την αρχαιότητα ως σήμερα.

Ωστόσο, οι σημερινές οικονομικές κρίσεις είναι πιο περίπλοκες και με δυσμενέστερα αποτελέσματα, εξαιτίας του ανεπτυγμένου θεσμικού πλαισίου και της υπερκεφαλαιοκρατικής οργάνωσης της κοινωνίας. Η οικονομική κρίση εκτείνεται σε μια περίοδο ύφεσης η οποία συμβαίνει μεταξύ δύο περιόδων σταθερής ανάπτυξης (Boin et al., 2005 : 2). Η οικονομική κρίση μπορεί να ειπωθεί ως μια αρνητική οικονομική ανάπτυξη (Dassonneville & Lewis-Beck, 2014 : 372), ως μια μη αναμενόμενη αρνητική κάμψη της οικονομίας (Lee & Makhija, 2009) ή ως η παρατεταμένη επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης σε σχέση με τις μακροχρόνιες τάσεις (Capello, Caragliu & Fratesi, 2015). Σύμφωνα με τους Κυριόπουλο, Αθανασάκη και Πάβη (2012) η

οικονομική κρίση είναι μια οικονομική κατάσταση στην οποία η οικονομία μιας χώρας εισέρχεται με μεγάλη ταχύτητα σε ύφεση. Μία οικονομική κρίση εκδηλώνεται με ιδιαίτερες δυσμενείς επιπτώσεις για την οικονομία της χώρας. Τέτοιες επιπτώσεις αποτελούν η μείωση της παραγωγής, η άνοδος της ανεργίας και η κατακόρυφη μείωση του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ). Η οικονομική κρίση είναι γενική έννοια που πολλές φορές ταυτίζεται με τη έννοια της χρηματοπιστωτικής κρίσης.

Οι σημαντικότερες σύγχρονες οικονομικές κρίσεις και οι χρονολογίες κατά τις οποίες συνέβη η έναρξη τους είναι οι εξής :

- Η μεγάλη ύφεση (1929).
- Πετρελαϊκή οικονομική κρίση (1973).
- Κρίση των χωρών της Λατινικής Αμερικής (1980).
- Κρίση πληθωρισμού στις ΗΠΑ (1981).
- Κρίση των χωρών της Νοτιοανατολικής Ασίας (1997).
- Σύγχρονη παγκόσμια οικονομική κρίση (2008).

Μια από τις σημαντικότερες σύγχρονες οικονομικές κρίσεις αποτελεί η μεγάλη ύφεση της δεκαετίας του 1930 με τη μεγάλη μείωση της δραστηριότητας και των μισθών και την μεγάλη αύξηση του πληθωρισμού. Η μεγάλη ύφεση προκλήθηκε λόγω του τραπεζικού πανικού που ήταν ένας σημαντικός και ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη μετατροπή μιας συγκεκριμένης κατάθλιψης σε μιας τέτοιας μεγάλης μορφής κρίση (Friedman & Schwartz, 1963). Μια άλλη αιτία της ύφεσης ήταν ο συνδυασμός της πολύ άνισης κατανομής του πλούτου κατά τη δεκαετία του '20 και του εκτεταμένου αποθέματος κερδοσκοπίας της αγοράς που συνέβη κατά το τελευταίο τμήμα της ίδια δεκαετίας. Η στρατηγική αντίδρασης των τραπεζιτών να αγοράσουν πακέτα μετοχών σε υψηλότερη τιμή, που αντέγραφε την επιτυχημένη στρατηγική του 1907, δεν απέδωσε. Μέσα σε τρία χρόνια, οι αξίες μειώθηκαν κατά 89%. Οι τιμές των μετοχών καταποντίστηκαν και μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχασε τα χρήματα και την περιουσία του. Οι αξίες των μετοχών αποκαταστάθηκαν σε επίπεδα που βρίσκονταν κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, μόλις το 1954 (Johannessen, 2017).

Η πετρελαϊκή οικονομική κρίση (1973). Η κρίση αυτή σχετίζεται με τη διαταραχή του νόμου της προσφορά και της ζήτησης, και πολιτικών ενεργειών που σκόπευαν στην ανακατανομή των κερδών από το πετρέλαιο και στην επίλυση του προβλήματος της Παλαιστίνης (Mitchell, 2010). Συνέβη όταν οι Αραβικές πετρελαιοπαραγωγές χώρες αποφάσισαν να μην εξάγουν πετρέλαιο στους συμμάχους του Ισραήλ στον πόλεμο με την Αίγυπτο. Το αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας ήταν η

αύξηση των τιμών, την επέλαση της οικονομικής κρίσης και την επιρροή της στη διαμόρφωση μιας νέας ισορροπίας στην παγκόσμια πολιτική και οικονομική ισχύ (Vernon, 1976).

Άλλη σημαντική οικονομική κρίση αποτελεί η κρίση των χωρών της Λατινικής Αμερικής (Βραζιλία, Αργεντινή, Βενεζουέλα, Μεξικό) κατά τη δεκαετία του 1980. Η κρίση αυτή ξεκίνησε από την Αργεντινή, λόγω της ανόδου των διεθνών επιτοκίων και τη διακοπή του εξωτερικού δανεισμού των εμπορικών τραπεζών. Χωρίς προσφυγή στο διεθνές δανεισμό η κυβέρνηση αναγκάστηκε να χρηματοδοτήσει το δημόσιο έλλειμμα από το εγχώριο χρηματοπιστωτικό σύστημα με αποτέλεσμα την εκδήλωση της κρίσης (Beccaria & Carciofi, 1995). Η οικονομική κρίση αυτή οδήγησε στον περιορισμένο εκδημοκρατισμό των χωρών αυτών ως μια πολιτική επίπτωση της κρίσης χρέους που αντιμετώπιζαν (Smith, 1991).

Η κρίση των ΗΠΑ κατά το 1981. Κατά το τελευταίο έτος της κυβέρνησης Κάρτερ, εμφανίστηκε αύξηση της ανεργίας και μείωση των επιτοκίων. Μια εφαρμογή νόμου περί πιστωτικού ελέγχου οδήγησε στη μείωση του δανεισμού αποσβένοντας την οικονομική ανάκαμψη. Ο πληθωρισμός ανήλθε σε πολύ υψηλά επίπεδα. Η κεντρική τράπεζα (FED) ελέγχοντας αυστηρά τα χρήματα, προκάλεσε την άνοδο επιτοκίων στην υψηλότερη τιμή που βρέθηκαν κατά τη διάρκεια ενός αιώνα. Η επίδραση ήταν η μείωση του δανεισμού και η μείωση των δαπανών. Η πολιτική της κυβέρνησης για τη μείωση του πληθωρισμού που προορίζονταν να αναβιώσουν την οικονομία συνέβαλαν στη μείωση του δανεισμού των καταναλωτών και την εκλογική στασιμότητα. Το σχέδιο της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση της κρίσης επικρίθηκαν ως «πολύ μικρό, πολύ αργό και πολύ πολιτικό». Οι οικονομολόγοι υποστήριξαν την άποψη ότι δεν αναμένεται ανάκαμψη εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος. Μια ιδεολογική ενοποίηση περί τόνωσης της οικονομίας της προσφοράς η οποία εκφράστηκε σε έναν συνασπισμό πολιτικής αποτελούμενο από επιχειρηματίες πολιτικής που προωθούσαν την αλλαγή πολιτικής προς αυτήν την κατεύθυνση. Οι ρεμπουπλικανοί όρισαν τον Ρήγκαν ως υποψήφιο πρόεδρο, ο οποίος ανέλαβε την πρωτοβουλία να εφαρμόσει αλλαγή πολιτικής. Ως Πρόεδρος των ΗΠΑ, ο Ρήγκαν υιοθέτησε την αλλαγή πολιτικής προς την κατεύθυνση της Νέας Δεξιάς - ένας πολιτιστικός συντηρητισμός που τονίζει τα κοινωνικά και τα ηθικά ζητήματα, και υποστηρίζοντας την οικονομία της πλευράς της προσφοράς (Hogan & Feeney, 2012 : 14).

Η χρηματοπιστωτική κρίση της Ταϊλάνδης και των χωρών της Νοτιανατολικής Ασίας (1997). Μετά από μια δεκαετία ταχείας οικονομικής ανάπτυξης και διαρθρωτικών αλλαγών φιλελευθεροποίησης, ακολούθησε η οικονομική κατάρρευση λόγω υπερβολικών επενδύσεων και υπερδανεισμού που δημιούργησε φούσκα χρηματιστηρίων και αγοράς ακινήτων. Η μειωμένη ικανότητα του κράτους

της Ταϊλάνδης να ασκήσει πολιτική συνέβαλε στην αδυναμία αναχαίτισης της κρίσης (Dixon, 2001: 47, 58). Η κρίση των χωρών της Νοτιοανατολικής Ασίας ονομάστηκε κρίση των Ασιατικών τίγρεων. Κατά την κρίση αυτή, οι χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας οι οποίες είχαν αναπτύξει ένα εξαγωγικό μοντέλο βασισμένο στο φθινό εργατικό δυναμικό, υπέστησαν τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης μετά από κερδοσκοπικές νομισματικές επιθέσεις. Οι υπάρχουσες ευρείες οικονομικές αδυναμίες των χωρών στις οποίες η οικονομική κρίση συνέβη και οι αδύναμες πολιτικές απαντήσεις των κυβερνήσεων τους συνετέλεσαν στην εξάπλωση της (MacIntyre, 1999). Σημαντική αιτία επιδείνωσης αυτής της οικονομικής κρίσης ήταν και ο πανικός από την πλευρά των εγχώριων και διεθνών επενδυτών αλλά και η ελλειμματική πολιτική αντίδραση του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) και της Διεθνούς κοινότητας (Corsetti, Pesenti & Roubini, 1999).

Η σύγχρονη παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008, δημιουργήθηκε αρχικά λόγω της κρίσης των στεγαστικών δανείων και για την αντιμετώπιση της οποίας είχαν αρχικά προταθεί οι Κεϋνσιανές ιδέες περί κρατικού παρεμβατισμού, οι οποίες όμως υποχώρησαν στα πλαίσια μιας νεοφιλελεύθερης αντιμετώπισης (Farrell & Quiggin, 2017). Προηγούμενα γεγονότα, όπως η φούσκα dotcom το 2001 και η ταχεία ανάπτυξη της Κινέζικης οικονομίας που αναδιαμόρφωνε το πρότυπο του παγκοσμίου εμπορίου, δημιούργησαν ένα μεταβαλλόμενο πλαίσιο παγκόσμιας οικονομίας. Οι μεγάλες ανισότητες μεταξύ αποταμιεύσεων και επενδύσεων στην Κίνα (πλεόνασμα) και στις ΗΠΑ (έλλειμμα), οδήγησε σε μεγάλες διαφορές μεταξύ των εισαγωγών και των εξαγωγών για κάθε έθνος, ώστε να συσσωρεύονται μεγάλα πλεονάσματα τρεχουσών συναλλαγών στην Κίνα και μεγάλα ελλείμματα στις ΗΠΑ, συμβάλλοντας στη δημιουργία της οικονομικής κρίσης (McKibbin & Stoeckel, 2010 : 4). Οι πολιτικοί δρώντες δεν κατάφεραν να αναχαιτίσουν την κρίση αυτή με την εφαρμοσθείσα πολιτική του μηδενικού ορίου επιτοκίου. Ο λόγος για τον οποίο δεν κατορθώθηκε να αναχαιτιστεί η κρίση ήταν η ανεπαρκής προετοιμασία του συστήματος ομοσπονδιακών αποθεμάτων των ΗΠΑ για την περίπτωση της κρίσης. Ενώ το σύστημα ομοσπονδιακών αποθεμάτων προοριζόταν να ενεργήσει ως επαρκής έσχατος δανειστής κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, μια σπατάλη των ομοσπονδιακών αποθεμάτων και ένας αναποτελεσματικός σχεδιασμός εμπόδισαν την λειτουργία του κατά την κρίσιμη χρονική στιγμή κατά την οποία συνέβη η οικονομική κρίση (Hanes, 2019).

Μια ακόμη σειρά από οικονομικές κρίσεις συνέβησαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων αιώνων, απειλώντας τις κοινωνίες και τα άτομα με τον κρίσιμο και τον επείγοντα χαρακτήρα τους. Οι πιο σημαντικές από τις κρίσεις αυτές είναι οι εξής:



- Η κρίση της τουλίπας - Tulipmania (1637). Μια πολυετή σταδιακή αύξηση των τιμών των σπόρων τουλίπας αύξησε την τιμή ενός μάτσου τουλιπών στο εικοσαπλάσιο του μέσου εισοδήματος μιας οικογένειας στη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες. Η δυνατότητα να επενδύσουν τα άτομα σε εταιρίες περιορισμένης ευθύνης στο χρηματιστήριο του Αμστερνταμ η προοπτική του εύκολου κέρδους, η διάθεση ριψοκίνδυνων χρηματοοικονομικών προϊόντων και η άμετρη δανειοδότηση προκάλεσαν τη φούσκα. Η ανάπτυξη πολυτελών δραστηριοτήτων και η ανταλλαγή χρημάτων και περιουσιών με επενδυτικά προϊόντα ακόμα και στις μικρές πόλεις ενισχύθηκε και τελικά η κρίση εκδηλώθηκε με την πτώχευση ατόμων,οικογενειών και επιχειρήσεων με ιδιαίτερα σοβαρες δυσμενείς επιπτώσεις (Johannessen, 2017).
- Η φούσκα της νότιας θάλασσας (1720). Η Αγγλική εταιρεία που ιδρύθηκε για το εμπόριο με την Ισπανική Αμερική, συμμετείχε περισσότερο στη διαχείριση του δημοσίου χρέους από την εμπορική δραστηριότητα. Αρχικές επιτυχίες ρευστοποίησης χρέους οδήγησε σε ριψοκίνδυνες και κερδοσκοπικές κινήσεις και σε υπερβολική αύξηση των τιμών των μετοχών της εταιρείας και υπερδανεισμό. Τελικά, η κατέρρευση της τιμής της μετοχής και η πτώχευση της εταιρείας προκάλεσε δυσμενείς επιπτώσεις στα χρηματοπιστωτικά συστήματα του Ηνωμένου Βασιλείου και άλλων χωρών (Temin & Voth, 2004).
- Η κρίση πανικού ή Panic (1792). Η πρώτη κρίση που έπληξε το χρηματοπιστωτικό σύστημα του νεοσύστατου κράτους των ΗΠΑ. Ο Υπουργός Οικονομικών Χάμιλτον ιδρύει την πρώτη τράπεζα των ΗΠΑ και επιχειρεί για ένα αποτελεσματικό οικονομικό πλαίσιο. Μια κακή διαχείριση στα οικονομικά της τράπεζας σε συνδυασμό με τα υπέρογκα δάνεια που χορηγεί σε πολίτες και την καταναλωτική μανία που επέρχεται στον πληθυσμό, μια οικονομική φούσκα δημιουργείται και ένας τραπεζικός πανικός ξεσπάει με δυσμενείς συνέπειες. Η επιτυχημένη διαχείριση της κρίσης με διαπραγματεύση και εκκαθάριση τίτλων αποσόβησε τον κίνδυνο της κατάρρευσης του νεόδμητου χρηματοπιστωτικού συστήματος (Sylla, Wright & Cowen, 2009).
- Η κρίση της Λατινικής Αμερικής (1825). Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής (Περού, Κολομβία και άλλες) μετά την ανεξαρτησία τους βρέθηκαν να έχουν λάβει υψηλά δάνεια υπό ένα κλίμα ευφορίας για τη μελλοντική ανάπτυξη τους. Όμως μια σειρά εμφυλίων διαμαχών, επιδείνωση οικονομικών συνθηκών και υπερδραστηριότητα εξορύξεων έφεραν τις οικονομίες αυτές -πλην της Βραζιλίας- σε αδυναμία αποπληρωμής των δανείων, μετά και από επιδείνωση των οικονομικών δεικτών της Αγγλικής οικονομίας και μετά από μια οικονομική Ευρωπαϊκή κρίση. Τα γεγονότα αυτά προκάλεσαν την κρίση της Λατινικής Αμερικής που οδήγησε τις χώρες αυτές σε πτώχευση (Marichal, 2000).

- Η κρίση στην αγορά βαμβακιού στις ΗΠΑ - Mississippi bubble (1837). Μείωση των τιμών του βαμβακιού σε συνδυασμό με τραπεζικό πανικό, αναστολή πληρωμών από τράπεζες και δανειολήπτες, μείωση των τιμών βιομηχανικών, σιδηροδρομικών και τραπεζικών τίτλων οδήγησαν σε πολυετή σοβαρή κρίση το χρηματοπιστωτικό σύστημα στις ΗΠΑ (Rousseau, 2002).
- Η «Μακρά Ύφεση» (1873). Οι αξίες των αγαθών καταρρέουν για μια μεγάλη χρονική περίοδο εικοσι τεσσάρων ετών, λόγω οικονομικών πανικών και δυσλειτουργιών στο οικονομικό σύστημα γύρω από την ανάπτυξη των σιδηροδρόμων (Fels, 1949).
- Η «Μαύρη Δευτέρα» (1987). Η αξία των χρηματοπιστωτικών και βιομηχανικών δεικτών καταρρέει απότομα και οι μετοχές χάνουν την αξία τους εν τη απουσία επαρκούς θεσμικού πλαισίου αποτροπής τέτοιων περιστατικών, προκαλώντας εκτεταμένες απολύσεις εργαζομένων και πτωχεύσεις εταιριών (Bogle, 2008).
- Η «φούσκα dotcom» - dotcom bubble (2001). Η ζήτηση για υπηρεσίες πληροφορικής μειώθηκε εξαιρετικά απότομα μετά από συνεχή πρηγούμενη αύξηση της ζήτησης για τέτοιες υπηρεσίες, ακολουθώντας την κατάρρευση των μετοχών πληροφορικής και αυξάνοντας την ανεργία (Panko, 2008).

### *1.1.2 Αιτίες των οικονομικών κρίσεων*

Πολλές προσπάθειες έχουν πραγματοποιηθεί για την κατανόηση των αιτιών των οικονομικών κρίσεων προκειμένου η παραγόμενη γνώση να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της εκδήλωσης μιας οικονομικής κρίσης στο μέλλον. Η πλήρης κατανόηση των οικονομικών κρίσεων, ιδιαίτερα σε χώρες στις οποίες συμβαίνουν έντονες οικονομικές κρίσεις και υφέσεις, ενώ κατά το προηγούμενο χρονικό διάστημα είχαν καλά λειτουργούσες οικονομίες, είναι εξαιρετικά δύσκολο να πραγματοποιηθεί (Ohanian, 2010 : 63). Ποιες είναι οι αιτίες όμως μιας οικονομικής κρίσης; Αναμφίβολα, οι οικονομικές κρίσεις των χωρών εξαρτώνται από τη διαδρομή της συγκυρίας, από το ιδιαίτερο οικονομικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται κατά μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Οπότε, οι αιτίες των οικονομικών κρίσεων διαφέρουν εν μέρει μεταξύ τους. Όμως, υπάρχει ένα κοινό υπόβαθρο στις αιτίες των οικονομικών κρίσεων, που βρίσκεται σε όλες τις οικονομικές κρίσεις. Σύμφωνα με τον Mishkin (1991 : 96, 104), οι αιτίες που προκαλούν μια οικονομική κρίση, εντοπίζονται στους εξής παράγοντες: αυξήσεις στα επιτόκια, αυξήσεις στην αβεβαιότητα, επιδράσεις των περιουσιακών στοιχείων στους ισολογισμούς και τραπεζικοί πανικοί. Η οικονομική κρίση προκαλείται από λανθασμένες επιλογές και αυξανόμενα προβλήματα οικονομικού κινδύνου τα οποία προκαλούν ταραχή στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Στην οικονομική κρίση η οικονομία στρέφεται εκτός της ανάπτυξης και τα κεφάλαια διοχετεύονται σε μη παραγωγικές επενδύσεις και

σε μη αποδοτικούς τομείς. Σε μια οικονομική κρίση, μια οικονομία μετατοπίζεται από υψηλή σε χαμηλή παραγωγή. Το οικονομικό σύστημα αδυνατεί να διοχετεύσει τα κεφάλαια στις αποδοτικότερες επενδύσεις. Οι δυσμενείς επιλογές στις χρηματοοικονομικές αγορές αυξάνονται με αποτέλεσμα την επιδείνωση της κρίσης.

Οι κρίσεις προκαλούνται από μια σειρά παραγόντων, που αποτελούν τα αίτια τους. Τα αίτια των οικονομικών κρίσεων, όπως προκύπτουν από την μελέτη αυτών τους, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες, στη λειτουργία των κυβερνητικών θεσμών και των υπερεθνικών οργανισμών, στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και τις χρηματοπιστωτικές αγορές και στα άτομα και στη συμπεριφορά τους και μπορούν να συνοψιστούν στα εξής :

- 1) Οι κυβερνήσεις, οι υπερεθνικοί οργανισμοί και η αλληλεπίδραση τους με το παγκόσμιο οικονομικό σύστημα συντελούν στη δημιουργία μιας κρίσης. Οι παράγοντες αυτοί μέσω των ασκούμενων οικονομικών πολιτικών, της λειτουργίας των μηχανισμών ελέγχου και των υπερεθνικών αλληλεπιδράσεων μπορούν να δημιουργήσουν ανισοροπίες που οδηγούν σε οικονομική κρίση :
  - Οι εθνικές πολιτικές που έρχονται σε αντίθεση με το υπάρχον νεοφιλελεύθερο αναπτυξιακό πρότυπο και οι κυβερνήσεις που διαθέτουν μειωμένη ικανότητα να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις εξωγενείς αλλαγές στην οικονομία και τα σοκ (Dixon, 2001 : 47).
  - Οι τεχνολογικές καινοτομίες που εφαρμόζονται και αναταράσσουν τις υπάρχουσες εργασιακές και παραγωγικές δομές σε συνδυασμό με την ανυπαρξία επαρκών κρατικών μηχανισμών παρέμβασης (Johannessen, 2017).
  - Οι διασυνδέσεις των νομισμάτων των χωρών με τα ισχυρά νομίσματα και οι επιπτώσεις από την ανατίμηση των νομισμάτων αυτών έναντι άλλων, γεγονός που επηρεάζει την ανταγωνιστική τους ικανότητα (Dixon, 2001 : 49).
  - Οι αδυναμίες αποτελεσματικής ρύθμισης κεφαλαίων από τις κρατικές αρχές. Τέτοιες είναι η μη πρόβλεψη από τις κρατικές αρχές της τοποθέτησης σημαντικών χρηματοπιστωτικών προϊόντων όπως τα τιτλοποιημένα στεγαστικά δάνεια εκτός των ισολογισμών των τραπεζών με αποτέλεσμα τον μη έλεγχο της διολισθούμενης οικονομικής κατάστασης (Acharya & Richardson, 2009 : 195-196).
  - Παγκόσμιες οικονομικές ανισοροπίες, όπως διαφορές αποταμιεύσεων και επενδύσεων που δημιουργούν πλεονασματικές και ελλειμματικές καταστάσεις στις οικονομίες των χωρών και συσσώρευση μεγάλων πλεονασμάτων και μεγάλων ελλειμμάτων τρεχουσών συναλλαγών (McKibbin & Stoeckel, 2010 : 4).

- Αναποτελεσματικός σχεδιασμός συστημάτων αντιμετώπισης μιας οικονομικής κρίσης και ανεπαρκή οικονομικά αποθέματα (Hanes, 2019).
  - Η επικράτηση των απόψεων περί «Μεγάλης Εποπτείας» των αγορών και περί χάραξης ομαλής οικονομικής πολιτικής και ανάπτυξης επ' αοριστον και η υποχώρηση των Κεϋνσιανών πολιτικών περί δημοσιονομικής τόνωσης και κρατικής εποπτείας (Farrell & Quiggin, 2017).
  - Κερδοσκοπικές επιθέσεις υπό συνθήκες υψηλής παγκοσμιοποιημένης κινητικότητας κεφαλαίων, λόγω της ανοχής του τραπεζικού συστήματος και του ρόλου των ισολογισμών των εταιρειών στον καθορισμό των ικανοτήτων τους να επενδύουν (Krugman, 1999).
- 2) Τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και οι χρηματοπιστωτικές αγορές, δύνανται να συντελέσουν στη δημιουργία μιας οικονομικής κρίσης, ιδίως όσον αφορά τη λειτουργία τους σε ένα παγκοσμιοποιημένο οικονομικό περιβάλλον. Οι τρόποι με τους οποίους τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και οι χρηματοπιστωτικές αγορές επιδρούν σε μία οικονομική κρίση εξής είναι οι εξής :
- Η έλευση των χρηματιστηρίων και η δυνατότητα σε οποιοδήποτε άτομα να επενδύσει σε εταιρείες περιορισμένης ευθύνης μειώνοντας τον επενδυτικό κίνδυνο (Johannessen, 2017).
  - Διαρθρωτικά χαρακτηριστικά των χρηματιστηρίων, όπως διατάξεις κλειδώματος για πώληση αποθεμάτων ιδιωτικής εταιρείας σε ιδιώτες επενδυτές στο χρηματιστήριο μέσω τραπεζών (Initial Public Offering), συμβουλές χρηματιστηριακών αναλυτών, στρατηγικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ επενδυτών και αβεβαιότητες σχετικά με την τεχνολογία διαδικτύου (Temin & Voth, 2004)
  - η διάθεση ριψοκίνδυνων χρηματοοικονομικών προϊόντων σε συνδυασμό με τη δυνατότητα από τα πιστωτικά ιδρύματα μετατροπής περιουσιακών στοιχείων των ατόμων στα προϊόντα αυτά (Johannessen, 2017).
  - Επένδυση από τα πιστωτικά ιδρύματα σε επενδύσεις – φούσκες με την προοπτική βραχυπρόθεσμου κέρδους παρόλο που είναι γνωστός ο ζημιογόνος χαρακτήρας τους (Temin & Voth, 2004).
  - η άμετρη δανειοδότηση σε συνδυασμό με την ενθάρρυνση των ατόμων σε ριψοκίνδυνες επενδύσεις (Johannessen, 2017).
  - Παραγωγή πλεονάζοντος χρήματος και πραγματοποίηση επενδύσεων που υπό άλλες συνθήκες δεν θα πραγματοποιούνταν (Hayek, 2008).
- 3) Η συμπεριφορά των ατόμων, τα οποία πραγματοποιούν επενδύσεις αναλαμβάνοντας ρίσκο προκειμένου να αποκομίσουν κέρδος, μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση των κρίσεων. Η συμπεριφορά των ατόμων επιδρά στην κρίση με τους εξής τρόπους :

- η προοπτική του εύκολου κέρδους, που ενισχύεται από τη διαπίστωση πλουτισμού στην αρχή της κρίσης σε συνδυασμό με την πεποίθηση ότι ο πλουτισμός θα διαρκέσει για πάντα (Johannessen, 2017).
- Οι τραπεζικοί πανικοί που συμβαίνουν όταν οι καταθέτες αποσύρουν τα χρήματα τους από τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα υπό το φόβο της πτώχευσης και αυξάνουν το μέγεθος της κρίσης (Friedman & Schwartz, 1963)
- Αγελαία συμπεριφορά των επενδυτών οι οποίοι ακολουθούν τη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά των υπολοίπων (Temin & Voth, 2004).
- η παρουσία άπειρων και αφελών επενδυτών σε περιόδους καινοτόμων επενδύσεων είναι σημαντική, διότι οι μη δοκιμασμένοι επενδυτές λειτουργούν την αγορά ως μη λογικό θεσμό διότι η απειρία δεν μπορεί να προλαμβάνει την επανάληψη των κρίσεων (Paul, 2011).

Οι οικονομικές κρίσεις διδάσκουν τους οικονομολόγους και τις κοινωνίες με την εμφάνιση τους και τις επιπτώσεις τους. Η μεγάλη ύφεση, για παράδειγμα, μεταμόρφωσε την οικονομική θεωρία. Όμως με την πάροδο του χρόνου, οι μνήμες από τα μαθήματα που δίνει η οικονομική κρίση ξεθωριάζουν. Καθώς οι μνήμες περί αποτελεσματικότητας μιας κρατικής παρέμβασης ξεθωρίαζαν, απόψεις σχετικά με την υποτιθέμενη αυτορρυθμισή της αγοράς κυριαρχούσαν. Οι ιδέες αυτές, με τη σειρά τους, δημιουργούν οικονομικά περιβάλλοντα που οδηγούν στην επόμενη κρίση και σε κάποιο βαθμό, διαμορφώνουν πολιτικές ανταπόκρισης στην επόμενη οικονομική κρίση (Stiglitz, 2009). Το ξεθώριασμα των ιδεών που διαμορφώθηκαν από τη θεραπεία μιας οικονομικής κρίσης με την πάροδο του χρόνου και η υιοθέτηση άλλων ιδεών που παραγνωρίζουν τη σημασία μιας επόμενης οικονομικής κρίσης, είναι οι παράγοντες που συντελούν στην επανάληψη της οικονομικής κρίσης και σχετίζονται με την περιοδικότητα των οικονομικών κρίσεων.

### *1.1.3 Στάδια των οικονομικών κρίσεων*

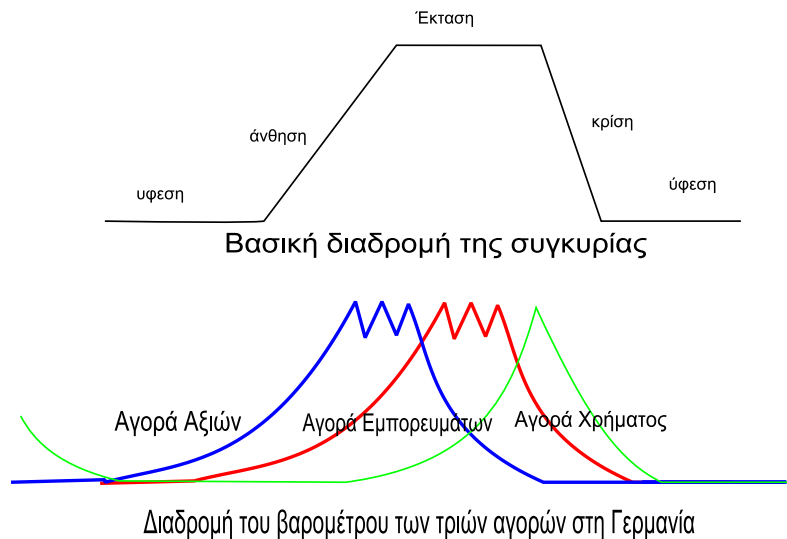
Οι οικονομικές κρίσεις εμφανίζονται περιοδικά. Η περιοδική αυτή εμφάνιση τους σχετίζεται με τον ρυθμό της οικονομίας. Ο ρυθμός της οικονομίας αναπτύσσεται επί της βάσης των οικονομικών κύκλων, οι οποίοι δημιουργούνται από τις τέσσερις φάσεις της οικονομικής δραστηριότητας, δηλαδή την άνθηση, την ένταση, την ύφεση και την κρίση (Καλιτσουνάκης, 1930, 1-10, 301). Σύμφωνα με τον Καλιτσουνάκι, η οικονομική δραστηριότητα ακολουθεί αυτόν τον οικονομικό κύκλο και καλείται βασική διαδρομή της οικονομικής συγκυρίας. Η βασική διαδρομή της συγκυρίας, η οποία περιλαμβάνει και την οικονομική κρίση, επαναλαμβάνεται ανα διαστήματα. Η βασική διαδρομή της συγκυρίας, αντικατοπτρίζεται με συγκεκριμένο τρόπο στη διαδρομή του βαρομέτρου (δείκτη) των αγορών αξιών εμπορευμάτων και χρήματος. Η αγορά αξιών είναι η

πρώτη που ολοκληρώνει τον οικονομικό κύκλο και η διαπιστωμένη πτώση της προαναγγέλλει την κάθοδο των υπολοίπων αγορών και τη εκδήλωση της οικονομικής κρίσης, όπως φαίνεται στην εικόνα 1.1.

Η θεωρία των οικονομικών κύκλων διατυπώθηκε από τον Ρώσο οικονομολόγο Νικολάι Κοντράτιεφ, ως αποτέλεσμα της περιοδικότητας της οικονομικής δραστηριότητας. Οι οικονομικοί κύκλοι παρατηρήθηκε ότι εμφανίζονται κάθε περίπου 50 χρόνια. Οι κύκλοι αυτοί εμφανίζονται μετά την οικονομική ύφεση που ακολουθεί την οικονομική ανάπτυξη που προκαλεί η εμφάνιση μιας σημαντικής τεχνολογικής καινοτομίας.

**Εικόνα 1.1**

**Η περιοδικότητα της οικονομικής κατάστασης**



Πηγή : Βασισμένο σε Καλιτσουνάκης, 1930

Η τεχνολογική καινοτομία με την επανάσταση που προκαλεί στον τομέα της, δημιουργεί ψυχολογικές προσδοκίες για επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων και αισιοδοξία για το μέλλον. Αυτή η ψυχική ευφορία, οδηγεί σε επενδύσεις και σε δανεισμό, ο οποίος δεσμεύει μελλοντικούς πόρους. Καθώς όμως τη τεχνολογική καινοτομία κάνει τον κύκλο της και χάνει την αρχική δυναμική της, οι προσδοκίες των ατόμων είναι κατώτερες από τις αναμενόμενες και το σύστημα οδηγείται σε περίοδο ύφεσης. Η ύφεση αυτή οδηγεί σε οικονομική κρίση ή παγκόσμιο πόλεμο (Korotayev, Zinkina & Bogevolnov, 2011 : 1280-1284). Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η οικονομική κρίση του 1929, η οποία μετά από δέκα χρόνια οδήγησε στο ξέσπασμα του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου (Johannessen, 2017). Τέτοιοι οικονομικοί κύκλοι παρατηρήθηκαν μετά τις εξής τεχνολογικές καινοτομίες: την ανακάλυψη της ατμομηχανής, την ανάπτυξη και εξέλιξη των οδικών μεταφορών, στη διάδοση της ηλεκτρικής ενέργειας, στην εξέλιξη της αυτοκίνησης και των

πετροχημικών και τέλος, στην εξάπλωση της τεχνολογίας πληροφορικής και επικοινωνιών. Οι 4 εποχές Κοντράτιεφ εκδηλώνονται με σαφή και διακριτά χαρακτηριστικά : η άνθηση (άνοιξη) χαρακτηρίζεται από μέτρια οικονομική ανάπτυξη και χαμηλό πληθωρισμό, η ένταση (καλοκαίρι) από επιτάχυνση της ανάπτυξης και υψηλό πληθωρισμό, η ύφεση (φθινόπωρο) από ύφεση του πληθωρισμού και φούσκες κεφαλαίου και η κρίση (χειμώνας) από κατάρρευση των περιουσιακών στοιχείων.

Όπως κάθε κρίση διακρίνεται σε στάδια, το ίδιο συμβαίνει και με τις οικονομικές κρίσεις που ακολουθούν τα γενικά στάδια μέσα στα οποία εξελίσσονται. Τα στάδια μιας οικονομικής κρίσης διακρίνονται σε γενικές γραμμές στο πρόδρομο στάδιο της κρίσης, στο στάδιο κορύφωσης της κρίσης και στο στάδιο της επίλυσης της κρίσης και ομαλοποίησης της κατάστασης (Fink, 2002 : 20-28 , Mitroff, Pearson & Harrington, 1996 : 57-98). Τα στάδια μιας κρίσης απεικονίζονται στην εικόνα 1.2.

**Εικόνα 1.2**

**Τα στάδια των κρίσεων κατά Fink, Coombs, Mitroff, Augustine και Olson.**

Ερευνητές	Στάδια κρίσης				
Fink	Πρόδρομη φάση κρίσης	Οξεία φάση κρίσης	Χρόνια φάση κρίσης	Φάση επίλυσης κρίσης	
Coombs	Φάση πριν από την κρίση	Αντιμετώπιση της κρίσης		Φάση μετά την κρίση	
Mitroff	Ανίχνευση σημάτων – προπομπών της κρίσης	Έρευνα και μείωση παραγόντων κινδύνου	Πρόληψη ζημιάς κρίσης	Αποκατάσταση κρίσης	Ανασκόπηση κρίσης - μάθηση
Augustine	Αποφυγή κρίσης	Προετοιμασία διαχείρισης κρίσης	Αναγνώριση κρίσης	Συγκράτηση κρίσης	Δημιουργία ωφέλειας από την κρίση
Olson	Φάση πρόληψης κρίσης	Φάση προετοιμασίας για αντιμετώπιση	Φάση απόκρισης	Φάση ανάκτησης	
Εξέλιξη	Αρχή κρίσης				Τέλος
	←				→

Η πρόδρομη φάση της κρίσης ή φάση πριν από την κρίση ή στάδιο ανίχνευσης σημάτων – προπομπών της κρίσης, συσσωρεύει συμπτώματα ενδεικτικά της οικονομικής κρίσης. Στη φάση αυτή, εκπέμπονται σήματα από τα συστήματα που πρόκειται να υποστούν την κρίση, τα οποία οι ειδικοί πρέπει να τα λάβουν. Απαραίτητο είναι να έχει οργανωθεί ομάδα αντιμετώπισης της κρίσης και σχέδιο διαχείρισης της κρίσης προκειμένου η κοινωνία να αποφύγει ή να μετριάσει την οξεία φάση της κρίσης. Το σχέδιο διαχείρισης της κρίσης περιλαμβάνει αναλυτικά όλες τις πληροφορίες για τη διαχείριση της ενδεχόμενης κρίσης και τους ρόλους των εμπλεκόμενων, ενώ η ομάδα διαχείρισης ορίζει τα άτομα που έχουν συγκεκριμένες αρμοδιότητες και εξουσιοδότηση για να δράσουν άμεσα και να συντονίσουν τις ενέργειες όλων των εμπλεκόμενων ατόμων και υπηρεσιών. Στη φάση αυτή επίσης αναλύονται οι κίνδυνοι και οι απειλές μέσω των οποίων εντοπίζονται και αξιολογούνται οι παράγοντες που μπορεί να δημιουργήσουν μια κρίση. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί επίσης να δημιουργήσουν συνθήκες ώστε ένα σύστημα να γίνει ευάλωτο σε διάφορα είδη δυσλειτουργιών και απειλών που σχετίζονται με την εμφάνιση μιας κρίσης. Η επόμενη φάση είναι η οξεία φάση της κρίσης ή χρόνια φάση της κρίσης στην οποία η κρίση κορυφώνεται στην πιο έντονη έκφραση της. Στο στάδιο αυτό, τα κράτη και οι οργανισμοί εργάζονται προκειμένου να λάβουν μέτρα σχετικά με την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στα άτομα και στην κοινωνία, αλλά επίσης επιδιώκουν να εφαρμόσουν μέτρα που θα κινηθούν προς την κατεύθυνση επίλυσης του προβλήματος. Στο στάδιο αυτό η κρίση έχει πια εδραιωθεί. Οι αρμόδιοι για την επίλυση της κρίσης μελετούν την κρίση ως προς όλες τις παραμέτρους της και σχεδιάζουν μέτρα για να την αντιμετωπίσουν. Η κρίση εάν δεν διαχειριστεί σωστά σε αυτή τη φάση θα επιδράσει ιδιαίτερα δυσμενώς στο σύστημα επί μακρόν. Στη φάση αντιμετώπισης ή επίλυσης της κρίσης ή φάση ανάκαμψης από την κρίση πραγματοποιείται προσπάθεια επίλυσης και ανασκόπησης της κρίσης με ταυτόχρονη μάθηση που αφορά την αντιμετώπιση της επόμενης κρίσης, η κατάσταση βαίνει προς ομαλοποίηση και το σύστημα τείνει να επανέλθει σε κατάσταση ισορροπίας. Σε αυτή τη φάση είναι ιδιαίτερα σημαντική και η αποκατάσταση της φήμης κράτους ή του οργανισμού που ανακάμπτει από την κρίση. Σημαντική είναι και η καταγραφή της παραγόμενης γνώσης προκειμένου να αποφευχθεί παρόμοια κρίση στο μέλλον (Mitroff, Pearson & Harrington, 1996 ; Coombs, 2007 : 165 ; Frisell, 2009).

#### *1.1.4 Πολιτικές ιδεολογίες και οικονομικές κρίσεις*

Μία οικονομική κρίση ερμηνεύεται διαφορετικά από κάθε μία από τις κυρίαρχες πολιτικές ιδεολογίας. Κάθε ιδεολογία, ως συνεκτικό σύνολο πολιτικών ιδεών, το οποίο αναλύει τις σχέσεις που διέπουν τα άτομα και το κράτος (Βανδώρος, 2015 : 25) επιχειρεί να ερμηνεύσει τις οικονομικές κρίσεις με βάση τη γενικότερη ερμηνεία του τρόπου λειτουργίας της κοινωνίας. Η Μαρξιστική



ιδεολογία διδάσκει ότι για την εμφάνιση μιας οικονομικής κρίσης ευθύνεται το ίδιο το καπιταλιστικό σύστημα και ο τρόπος οργάνωσης του. Ο Marx συνδέει την περιοδική εμφάνιση των κρίσεων με το νόμο της πτώσης του περιθωρίου κέρδους. Οι επιχειρήσεις κατά τον Marx στο καπιταλιστικό σύστημα, στηρίζουν την ανάπτυξη τους στην υπεραξία που αποκομίζουν από την εργασία των εργαζομένων. Η υπεραξία αναλύθηκε ως ένα ποσοστό προσαύξησης στον κύκλο μετατροπής του χρήματος σε εμπόρευμα και πάλι σε χρήμα, προκειμένου να αυξήσει το χρήμα και να οδηγήσει στη συσσώρευση του κεφαλαίου. Η προσπάθεια των καπιταλιστών να αυξήσουν τις τεχνολογικές καινοτομίες προκειμένου να εφαρμόσουν αποδοτικότερες μεθόδους εργασίας, αυξάνει την τεχνική σύνθεση κεφαλαίου προς την παραγωγικότητα της εργασίας. Το πηλίκο των δύο αυτών μεγεθών, το οποίο καλείται αξιακή σύνθεση κεφαλαίου, μειώνεται σε ποσοστό μικρότερο της μονάδας. Η διαμόρφωση αυτή μειώνει τα περιθώρια κέρδους των καπιταλιστών. Το καπιταλιστικό σύστημα τότε, σύμφωνα με το Marx, εφαρμόζει απολύσεις εργαζομένων και ρευστοποιεί τις επενδύσεις. Μετά από την περίοδο μιας οικονομικής κρίσης, οι μισθοί αποκαθίστανται και η αξιακή σύνθεση κεφαλαίων αποκαθίσταται στις προγενέστερες τιμές, οπότε η παραγωγική διαδικασία μπορεί να συνεχιστεί (Παπαγεωργίου, 2014 : 63-74).

Για τον Marx, η πτώση του ποσοστού κέρδους δημιουργεί πρόβλημα στους καπιταλιστές διότι μειώνει το σχηματισμό κεφαλαίου. Με τον τρόπο αυτό, η πτώση του ποσοστού κέρδους απειλεί την ανάπτυξη του καπιταλιστικού συστήματος. Μια κύρια αιτία που μπορεί να αναστείλει την πτώση του ποσοστού κέρδους είναι μια οικονομική κρίση, η οποία εμφανίζεται μεταξύ άλλων αιτιών όπως η υπερπαραγωγή και η κερδοσκοπία (Marx, 2002). Σύμφωνα με τους Tsoulfidis, Alexiou & Tsaliki (2016 : 380-384), ο Marx ήταν ένας μόνο από τους μεγάλους οικονομολόγους που μελέτησε τη μακροπρόθεσμη πτώση του περιθωρίου (ποσοστού) κέρδους και υποστήριξε ότι η ικανότητα των επιχειρήσεων να παράγουν κέρδη συνδέονται με τη δημιουργία κρίσεων. Οι οικονομικές κρίσεις είναι ενδημικές στην καπιταλιστική παραγωγή, σκοπός της οποίας είναι η επέκταση του κέρδους. Για το σκοπό αυτό, η κεφαλαιοποίηση της παραγωγικής διαδικασίας θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την αύξηση των κερδών. Ωστόσο, το μειωμένο ποσοστό κέρδους είναι μια μακροπρόθεσμη τάση που μπορεί να οδηγήσει στη στασιμότητα των συνολικών καθαρών κερδών και έτσι αποθαρρύνει τις επιχειρήσεις να επενδύσουν. Κατά συνέπεια, το κεφάλαιο το απόθεμα υποτιμάται και δεν χρησιμοποιείται, η παραγωγή μειώνεται και η ανεργία αυξάνεται.

Σύμφωνα με τον Marx, οι οικονομικές κρίσεις επαναλαμβάνονται. Η επανάληψη των οικονομικών κρίσεων, έχει οικονομικό κόστος για τις τάξεις των εργαζομένων, οι οποίες κυριαρχούνται από την αστική τάξη. Με αυτήν την επανάληψη, η αστική τάξη συσσωρεύει πλούτη, αλλά η εργατική τάξη εξαθλιώνεται. Το αποτέλεσμα αυτής της εξαθλίωσης, είναι να συνειδητοποιήσει η εργατική τάξη το

χαρακτήρα της εκμετάλλευσης και να εξεγερθεί εναντίον της αστικής τάξης. Ο Marx προβλέπει ότι κατά την τελευταία οικονομική κρίση θα επέλθει η κατάρρευση του καπιταλιστικού συστήματος, διότι οι συνθήκες διαβίωσης του προλεταριάτου θα έλθουν σε επίπεδο πλήρους εξαθλίωσης, και το προλεταριάτο θα συνειδητοποιήσει τον κοινωνικό του ρόλο ξεπερνώντας τις ψευδείς αντιλήψεις του περί νομοτελειακής φύσεως των πραγμάτων. Με αυτόν τον τρόπο, ο Marx ερμηνεύει την επανάσταση μέσω της επανάληψης των οικονομικών κρίσεων (Βανδώρος, 2015 : 79, 83).

Ο Keynes υπεστήριξε την άποψη ότι οι προσδοκίες για την κερδοφορία παίζουν καθοριστικό ρόλο στον προσδιορισμό της οικονομικής δραστηριότητας (Tsoulfidis, Alexiou & Tsaliki, 2016 : 380). Ο Keynes, ένας εκφραστής της φιλελεύθερης ιδεολογίας αναφέρεται σε μια οικονομική κρίση ως ένα οικονομικό πρόβλημα που δημιουργείται λόγω της ταχείας ανάπτυξης της οικονομίας. Στο στάδιο αυτό υπάρχει μια προσδοκία για την μελλοντική αξία των κεφαλαιουχικών αγαθών που οδηγεί τους επενδυτές σε υπερβολικές επενδύσεις. Όμως η αβεβαιότητα, σύμφωνα με τον Keynes, είναι συνυφασμένη με όλα τα ζητήματα, μεταξύ των οποίων και τα οικονομικά. Με την πάροδο του χρόνου, πολλές φορές αποδεικνύεται ότι οι αποδόσεις δεν είναι οι αναμενόμενες και τα κέρδη είναι μικρότερα από τα αναμενόμενα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι οικονομικοί δρώντες να αποθαρρύνονται και να αποσύρουν τις επενδύσεις τους. Στην αρχική κατάσταση πριν από μια οικονομική κρίση, υπάρχει ισορροπία με σταθερότητα των μισθών. Τότε η ζήτηση των προϊόντων προσδιορίζει τόσο την παραγωγή όσο και την απασχόληση. Όμως κάποια στιγμή, η προαναφερθείσα μείωση των επενδύσεων μειώνει τη συνολική ζήτηση. Αυτό το γεγονός μειώνει τόσο το προϊόν όσο και την απασχόληση. Η ζήτηση κατανάλωσης όμως εξαρτάται και από την απασχόληση, με αποτέλεσμα την περεταίρω μείωση της και την εισαγωγή της οικονομίας σε ένα φαύλο κύκλο. Οι κυβερνήσεις, σύμφωνα με τον Keynes, για να αντιμετωπίσουν τη μείωση των επενδύσεων, αυξάνουν τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων. Η αύξηση των δημοσίων επενδύσεων μειώνει την ανεργία και διατηρεί την κατανάλωση ωθώντας την αγορά να ισορροπήσει ξανά. Ο Keynes αντιτίθεται στη μείωση των μισθών, διότι αυτή δεν έχει επίδραση στην ανεργία, αλλά μειώνει την κατανάλωση με αποτέλεσμα την περεταίρω απορρύθμιση της αγοράς (Μεχίλι, 2015 : 5, 11).

Ο Keynes επισήμανε, ότι κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, όταν τα επιτόκια μηδενίζονται, δεν μπορούν να μειωθούν περισσότερο. Καθώς μια οικονομική ύφεση εξελίσσεται και οι τιμές συνεχίζουν να πέφτουν, το πραγματικό επιτόκιο (το οποίο ορίζεται ως το επίσημο επιτόκιο μείον τον αρνητικό πλεόν πληθωρισμό) αυξάνεται. Το αποτέλεσμα αυτού του φαινομένου ότι η οικονομική κρίση που εμφανίζεται, συνεχίζει να μεγαλώνει. Με την ερμηνεία αυτή ο Keynes διόρθωσε την εσφαλμένη πρόβλεψη της συμβατικής οικονομικής θεωρίας, η οποία προέβλεπε ότι η

ύφεση αυτοθεραπεύεται με τη μείωση των επιτοκίων και τη συνεπακόλουθη αύξηση των επενδύσεων. (Βαρουφάκης, Πατώκος, Τσερκέζης & Κουτσοπέτρος, 2011 : 147). Ο Keynes υποστηρίζει τις κοινωνικές παροχές με την μορφή της αναδιανομής πλούτου στις κατώτερες οικονομικά τάξεις. Με τον τρόπο αυτό πιστεύει ότι δύναται να καταπολεμηθεί η κοινωνική δυσανεμία, να μην υπάρχουν κοινωνικά προβλήματα και αναταραχές και να μην υπάρξει αυξημένη φορολογία ώστε να απαιτείται η εξεύρεση χρήματος για τις κοινωνικές παροχές και τα επιδόματα ανεργίας.

Ο Hayek, ένας από τους σημαντικότερους διανοητές του κλασσικού φιλελευθερισμού, εντάσσει τη δημιουργία μιας οικονομικής κρίσης στα πλαίσια της θεωρίας για τους οικονομικούς κύκλους. Διεύκρινε την άποψη ότι η κρίση μπορεί να προληφθεί κατά τη διάρκεια της φούσκας που δημιουργείται πριν από τη δημιουργία μιας οικονομικής κρίσης. Η πρόληψη αυτή μπορεί να γίνει μέσω της σταθεροποίησης των τιμών στα πλαίσια της νομισματικής πολιτικής. Ισχυρίστηκε ότι η δημιουργία χρήματος για την συγκράτηση του πληθωρισμού θα έχει μικρή επίπτωση στην παραγωγική διαδικασία. Η μεταρρύθμιση των νομισματικών ιδρυμάτων είναι χρήσιμη σε αυτήν την κατεύθυνση. Η χορήγηση διακριτικής ευχέρειας στα νομισματικά ιδρύματα είναι αυτή που μπορεί να τα βοηθήσει να προλάβουν δευτερεύοντα αποπληθωρισμό. Αυτό γίνεται με την αποκρατικοποίηση των νομισματικών ιδρυμάτων. Όμως, η πολιτική που ακολουθούν οι κυβερνήσεις είναι αυτή που δημιουργεί μια οικονομική κρίση στα σύγχρονα οικονομικά περιβάλλοντα. Η μη ύπαρξη πληθωρισμού και η διατήρηση της απασχόλησης είναι δύο στόχοι που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν ταυτόχρονα και θα οδηγήσουν σε μια οικονομική κρίση. Οι προσπάθειες αναβολής της κρίσης μέσω μιας πληθωριστικής πορείας μπορούν να επιτύχουν την αναβολή προσωρινά αλλά θα οδηγήσουν σε χειρότερο αποτέλεσμα. Σημαντική είναι επίσης η εμφάνιση δυσαναλογίας μεταξύ των διάφορων παραγωγικών μονάδων και της υπερβολικής παραγωγής κεφαλαιουχικών αγαθών. Η Μεγάλη ύφεση ερμηνεύεται από την υπερεπένδυση σε χρηματιστηριακούς τίτλους και στην αγορά κατοικιών που χρηματοδοτήθηκαν από την επέκταση του τραπεζικού συστήματος και του γεγονότος ότι οι επενδύσεις αυξάνονταν ταχύτερα από τις αποταμιεύσεις (Cochran, 2011).

Ο Hayek έδωσε μια αναλυτική ερμηνεία για την εμφάνιση μιας οικονομικής κρίσης, η οποία εμπεριείχε το ρόλο των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων τοποθετημένο σε κομβικό σημείο. Σύμφωνα με την ερμηνεία αυτή, πολύ πριν την εμφάνιση μιας οικονομικής κρίσης ξεκινά η αύξηση των αποταμιεύσεων και των καταθέσεων, η οποία έχει ως σκοπό τη προσωρινή ματαίωση των αναγκών των ατόμων προκειμένου να ικανοποιηθούν μελλοντικές ανάγκες από θέση οικονομικής ισχύος. Αυτή η αύξηση οδηγεί στη μείωση του επιτοκίου και καθιστά την παραγωγή επενδυτικών

προϊόντων ως προτιμότερη επιλογή για το παραγωγικό και οικονομικό σύστημα σε σχέση με την παραγωγή καταναλωτικών προϊόντων. Το οικονομικό σύστημα επιδιώκει να αποθαρρύνει την αύξηση της παραγωγής αγαθών και να ενθαρρύνει την ανάπτυξη του κεφαλαίου. Αυτή η διαδικασία λέγεται κεφαλαιϊκή εμβάθυνση. Υποθέτει ότι όταν αργότερα με την αύξηση του κεφαλαίου και τις νέες παραγωγικές διαδικασίες τα αγαθά γίνουν φθηνότερα, τότε οι καταναλωτές θα χρησιμοποιήσουν τα ποσά που έχουν αποταμιεύσει για να τα αποκτήσουν δαπανώντας λιγότερα χρήματα. Όταν το επιτόκιο της αγοράς ισούται με το φυσικό επιτόκιο, που προκύπτει από την εξίσωση των επενδύσεων με τις αποταμιεύσεις, τότε δεν υπάρχει κίνδυνος κρίσης. Όταν όμως τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα δημιουργούν πλεονάζον σε σχέση με τις αποταμιεύσεις χρήμα, τότε πραγματοποιούνται επενδύσεις που υπό άλλες συνθήκες δεν θα πραγματοποιούνταν (οι επενδύσεις αυξάνονται πιο γρήγορα από τις αποταμιεύσεις). Τα κεφάλαια πλεονάζουν, το επιτόκιο πέφτει, νέες επενδύσεις παράγονται. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται κατανάλωση του κεφαλαίου. Επίσης οι τιμές αυξάνονται, αγαθά παράγονται λιγότερα αλλά οι καταναλωτές τείνουν να διατηρήσουν την ίδια κατανάλωση στερώντας τις αποταμιεύσεις που θα αποτεμίευαν στο σύστημα. Τα ίδια αγαθά παράγονται με πριν, ενώ οι τιμές των αγαθών αυτών αυξάνονται προκειμένου να περιορίσουν τη ζήτηση. Τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα τελικά περιορίζουν τις πιστώσεις και αυξάνουν τα επιτόκια, προκειμένου να προστατεύσουν τα αποθέματα τους. Αυτή η κίνηση αποτελεί και την εναρκτήρια αιτία μιας οικονομικής κρίσης. Σε μια γενικότερη ερμηνεία, το φθινο χρήμα των τραπεζών, η αλόγιστη επένδυση σε χρηματιστηριακά προϊόντα και κατοικίες προκειμένου να παραταθεί η οικονομική άνοιξη καταλήγει τελικά σε ύφεση. Για να μην εμφανιστεί μια κρίση, η νομισματική πολιτική πρέπει να αποτρέψει μεγάλες διακυμάνσεις στην ποσότητα του χρήματος και στο μέγεθος του εισοδήματος και να αποφεύγει δημιουργία κύκλων που οφείλονται στο χρήμα και όχι να εστιάζει στις επιδράσεις στην απασχόληση που θα είναι μικρές (Klein, 1992 ; Hayek, 2008 ; Cochran, 2011).

Συμφωνα με τον Hayek, υπάρχουν ορισμένες διαπιστώσεις οι οποίες είναι σημαντικές στην διαδικασία η οποία περιγράφηκε παραπάνω και συντελούν στη δημιουργία μιας οικονομικής κρίσης και οι οποίες είναι (Hansen & Tout, 1933 : 133-35):

- Η οικονομική ύφεση είναι το αποτέλεσμα μιας συρρίκνωσης στη δομή της παραγωγής. Είναι η δυσκολία που έχει μια οικονομία για το πέρασμα από μια υψηλή σε μια χαμηλή ανάπτυξη ή η μετάβαση σε λιγότερο καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής.
- Η κύρια αιτία μιας ύφεσης είναι η αναγκαστική διάσωση, ένας όρος για τη δημιουργία χρημάτων και πιστώσεων που προκαλείται από την επέκταση των κεφαλαιουχικών δαπανών.

- Μια πιο καπιταλιστική δομή παραγωγής που προκαλείται από την αποταμίευση τείνει να παραμείνει άθικτη και όχι να επιστρέψει στην πρότερη κατάσταση.
- Επιμήκυνση της δομής παραγωγής που προκαλείται από τη διαδικασία δημιουργίας χρημάτων / πιστώσεων δεν είναι βιώσιμη και θα αντιστραφεί εν τη απουσία εξωγενούς αύξησης της εθελοντικής αποταμίευσης, μεγεθύνοντας μια επερχόμενη οικονομική κρίση.
- Προσφορά χρημάτων στους καταναλωτές πριν και κατά την ύφεση αυξάνει τις τιμές, συντομεύει τη διάρκεια της παραγωγής και συντελεί στην ύφεση ή στη μη ανάκαμψη.
- Οι υπερβολικές δημόσιες δαπάνες και η υπερβολική φορολογία αυξάνουν την αναλογία δαπανών προς αποτεμιεύσεις και παρατείνουν τη στασιμότητα και την διάρκεια ανάκαμψης.
- Για να αποφευχθούν οικονομικοί κύκλοι που προκαλούνται από χρήματα, η προσφορά χρημάτων πρέπει γενικά να διατηρείται σταθερή.
- Η αυξημένη παραγωγή και παραγωγικότητα δεν δικαιολογούν χρηματική αύξηση στις τραπεζικές πιστώσεις.
- Μια περίοδος ύφεσης δεν πρέπει να αντισταθμίζεται από πληθωρισμό της προσφοράς χρήματος.

Σύμφωνα με το Friedman, ο οποίος υπήρξε ένας από τους θεμελιωτές της νεοφιλελεύθερης πολιτικής, η οικονομική κρίση διατηρείται σε επίπεδο το οποίο δεν οδηγεί στην καταστροφή. Ο Friedman υποστήριξε ότι μια οικονομική κρίση δύναται να οδηγήσει μια χώρα σε πραγματικές και ουσιώδεις αλλαγές. Υπεστήριξε ότι οι πολιτικοί οφείλουν να υποστηρίζουν ρηξικέλευθες πολιτικές οι οποίες μπορεί να φαίνονται δύσκολο να εφαρμοστούν. Ωστόσο, μόλις μια οικονομική κρίση εκδηλωθεί και η αναγκαιότητα για αλλαγή γίνει εμφανής, τότε οι εναλλακτικές αυτές πολιτικές μπορεί να εφαρμοστούν. Ο Friedman υποστηρίζει την απόλυτη ελευθερία της αγοράς και την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων. Πιστεύει ότι η παραγωγή προϊόντων από τις επιχειρήσεις πραγματοποιείται έως το σημείο αυτό στο οποίο οι επιχειρήσεις κερδίζουν. Κάθε επιχείρηση, παράγει και τιμολογεί το προϊόν, αλλά ρυθμίζει και τους μισθούς, ώστε να εξασφαλίζεται ισορροπία στην αγορά. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αυτορρύθμιση της αγοράς (Friedman, 2002). Όταν η ισορροπία διαταραχθεί, η παραγωγή των προϊόντων μειώνεται και υπάρχει ένα επίπεδο ανεργίας, το οποίο όμως διατηρείται σταθερό. Έτσι υπάρχει μια ισορροπία στην οικονομία μέχρι να εξασφαλιστεί η αυξημένη ζήτηση που εξασφαλίζει την επιπλέον παραγωγή με ταυτόχρονο κέρδος των επιχειρήσεων. Οι κρίσεις δεν είναι προνόμιο ενός πολιτικού συστήματος μόνο, αλλά απαντώνται σε όλα τα πολιτικά συστήματα, τα οποία στηρίζονται σε διαφορετικές ιδεολογίες.

## 1.2 Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008

### 1.2.1 Αιτίες της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης

Όπως κάθε οικονομική κρίση, έτσι και η σύγχρονη παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία εκδηλώθηκε το 2008, οφείλεται σε κάποιες αιτίες, ορισμένες από τις οποίες είναι πιο σημαντικές από άλλες. Από τις σημαντικότερες αιτίες της οικονομικής κρίσης, ήταν η χαλαρή πίστωση στην αγορά ακινήτων στις ΗΠΑ. Αυτό το γεγονός προκάλεσε έκρηξη στην αγορά ιδιωτικών κατοικιών. Λόγω του γεγονότος ότι η οικονομία των ΗΠΑ σημείωσε ταχεία ανάκαμψη μετά την προηγούμενη οικονομική κρίση dotcom, στις αρχές του αιώνα, και είχε αυξηθεί γρήγορα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90. Οι τιμές των κατοικιών και των ακινήτων αυξήθηκαν και αυτό αύξησε την κατανάλωση και την απασχόληση και άρχισε μια συσσωρευτική διαδικασία. Ξεκίνησε η χορήγηση φθηνών δανείων σε άτομα που υπό κανονικές συνθήκες δεν θα δίνονταν, διότι δεν είχαν σταθερό εισόδημα. Η χορήγηση τέτοιων δανείων απετέλεσε μια πολιτική επιλογή, η οποία επεδίωκε να αποκτήσουν όλοι οι Αμερικανοί πολίτες και οι μετανάστες ιδιόκτητη κατοικία. Τα δάνεια έγιναν αποδεκτά, με επιτόκια που ήταν αρχικά χαμηλά και αποπληρωμές που μετατίθονταν στο μέλλον και επιτόκια που θα αυξανόντουσαν αργότερα. Ένας κερδοσκοπικός μηχανισμός επέτρεπε ώστε τα δάνεια, όταν έφθαναν στο σημείο να έχουν υψηλότερες αποπληρωμές, να αντικατασταθούν με άλλα φθηνότερα. Ο κίνδυνος του δανείου για την κατασκευή σπιτιού έγινε χαμηλός. Εάν η αξία του σπιτιού γινόταν μικρότερη από την οφειλή του δανείου και δεν αποπληρωνόταν, ο δανειολήπτης μπορούσε απλώς να φύγει από το σπίτι σε περίπτωση αθέτησης (Aiginger, 2009 : 2-3).

Η κατάσταση αυτή οδήγησε σε υπερβολικό πλεόνασμα των επενδύσεων σε τίτλους που εξασφαλίζονται με ενυπόθηκο δανεισμό, στη χρηματοοικονομική αγορά των ΗΠΑ. Οι κυβερνήσεις των ισχυρών κρατών κατά τη δεκαετία του '90 υιοθέτησαν την πολιτική να προωθήσουν μια πρακτική που έγινε γνωστή ως έντιλος δανεισμός και η οποία συνετέλεσε αργότερα στην εμφάνιση της οικονομικής κρίσης. Ο έντιλος δανεισμός εκμεταλλεύτηκε το πρναφερόμενο γεγονός της χαλαρότητας των πιστοδοτικών κριτηρίων των στεγαστικών δανείων στις ΗΠΑ. Η πολιτική του έντιλου δανεισμού στόχευε αρχικά στο μοίρασμα του χρηματοπιστωτικού κινδύνου των τυχόν τοξικό δανείων με ένα συγκεκριμένο τρόπο : οι πιστωτές τιτλοποίησαν τα δάνεια που διέθεταν στο χαρτοφυλάκιο τους και στη συνέχεια τα πώλησαν. Η αξιοπιστία των τίτλων αυτών καθοριζόταν από τους οίκους αξιολόγησης και πολλές φορές η αξιοπιστία αυτή εκτιμόταν παραπάνω από αυτή που αποδείχτηκε ότι διέθεταν οι τίτλοι αυτοί τελικά. Οι επενδυτές που αγόρασαν τα δάνεια αυτά, ήταν αποφασισμένοι να πάρουν το σχετικό ρίσκο κατά την απόκτηση τους. Όμως οι χρηματοοικονομικοί τίτλοι αυτοί παράγονταν και διακινούνταν ολοένα και

περισσότερο και μέσα σε αυτούς τους τίτλους διακινούνταν και τοξικά δάνεια. Το αποτέλεσμα της πολιτικής αυτής ήταν αντί να μοιραστεί ο χρηματοοικονομικός κίνδυνος, να αυξηθεί ο κίνδυνος λόγω της μεγάλης παραγωγής τίτλων δανείων υψηλού ρίσκου (Jickling, 2009 : CRS-2 – CRS-7). Οι αποτιμήσεις υποθηκών υψηλού κινδύνου των προαναφερόμενων επενδύσεων, τις οποίες πραγματοποιούσαν μεγάλοι οίκοι στις ΗΠΑ, δεν αντιστοιχούσαν στην πραγματικότητα, μερικές φορές και εσκεμμένα. Η άνοδος των επιτοκίων οδήγησε σε αδυναμία πληρωμής εκ μέρους των δανειοληπτών. Η αρχική χαλαρότητα των πιστωτικών κριτηρίων τελικά οδήγησε σε αύξηση των παραβατικών ενεργειών και των κατασχέσεων, γεγονός που δημιούργησε έντονο σοκ στα χρηματιστηριακά ιδρύματα των ΗΠΑ. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε τραπεζικές αδυναμίες και συντριβή στις αγορές κατοικίας και τις χρηματιστηριακές αγορές. Σχεδόν 9 εκατομμύρια Αμερικάνοι υπερχρεώθηκαν σε σχέση με την πραγματική αξία της κατοικίας τους. Όλο και περισσότεροι ιδιοκτήτες αθέτησαν τα δάνεια τους και η αξία των ενυπόγραφων χρεογράφων υποχώρησε.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένα μεγάλο μέρος της επέκτασης των ενυπόθηκων δανείων αποτελούσαν από δάνεια που χορηγήθηκαν σε δανειολήπτες υψηλού κινδύνου (subprime) - νοικοκυριά με περιορισμένη πίστωση και βραχυπρόθεσμη απασχόληση. Επομένως, η εξυπηρέτηση και η εξόφληση του χρέους ήταν ευάλωτες στην οικονομική κάμψη και στις μεταβολές των πιστωτικών και νομισματικών συνθηκών. Αυτή η σε μεγάλο βαθμό προεπιλογή των δανείων, δημιούργησε χαρτοφυλάκια εκτεθειμένα σε μεγάλο βαθμό στις μειώσεις των τιμών των κατοικιών. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώθηκε εκ των υστέρων μέσω των μεγάλων μη εξυπηρετούμενων δανείων όταν μειώθηκαν οι τιμές των κατοικιών (Claessens, Kose & Terrones, 2010 : 5). Μετά από τα γεγονότα σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο, τα μεγάλα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα Mac Fannie Mae και Freddie, τα οποία έδιναν στεγαστικά δάνεια αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα ρευστότητας κατά το καλοκαίρι του 2007, σηματοδοτώντας την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Το γεγονός όμως της ανεπαρκούς ρευστότητας των δύο πιστωτικών ιδρυμάτων ήταν μόνο το σύμπτωμα των προαναφερόμενων κρίσιμων οικονομικών αδυναμιών του χρηματοπιστωτικού τομέα (Βογιατζή και Βογιατζής, 2011 : 45).

Σύμφωνα με τον Jickling (2009 : CRS-2 – CRS-7) μια σειρά από παράγοντες συνέβαλαν στην δημιουργία των προϋποθέσεων για την εμφάνιση της οικονομική κρίσης, της οποίας ο έντιμος δανεισμός απετέλεσε την εναρκτήρια αιτία. Οι κυριότεροι από τους παράγοντες αυτούς, εκτός του έντιμου δανεισμού, είναι οι εξής :

- Παγκόσμιες ανισορροπίες. Η μη βιωσιμότητα και ανισορροπία του παγκόσμιου οικονομικού μοντέλου. Ορισμένες χώρες (ΗΠΑ, Αγγλία) συσσώρευαν ελλείμματα, ενώ άλλες (Κίνα, Ιαπωνία, Γερμανία) συσσώρευαν πλεονάσματα. Αυτό δημιούργησε αδυναμία δανεισμού και άγχος στις χρηματοπιστωτικές αγορές.
- Έλλειψη διαφάνειας και λογοδοσίας. Η έλλειψη λογοδοσίας των συμμετεχόντων στο σύστημα χορήγησης δανείων τους ενθάρρυνε την ανευθυνότητα τους στη διακίνηση επικίνδυνων δανείων και τίτλων.
- Οίκοι αξιολόγησης. Φτωχά οικονομικά μοντέλα, συγκρούσεις συμφερόντων και ελλείψεις αποτελεσματικών κανονισμών συνέβαλαν στην αποτυχία των οίκων αξιολόγησης στην αποτροπή της οικονομικής κρίσης.
- Αναποτελεσματική νομοθεσία. Νόμοι στις ΗΠΑ ώθησαν τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα να πραγματοποιούν αρρυθμιστες επικίνδυνες συναλλαγές σε μεγάλη κλίμακα. Οι νόμοι αυτοί υπαγορεύτηκαν από μια αυξημένη πίστη στην πειθαρχία της αγοράς και στην αυτορρύθμιση.
- Σκιώδες τραπεζικό σύστημα. Οι επικίνδυνες χρηματοπιστωτικές δραστηριότητες (μόχλευση, βραχυπρόθεσμες διαδικασίες δανεισμού) πέρασαν έξω από το σαφές κυβερνητικό δίκτυο ασφαλείας σε μη ρυθμιζόμενα ιδρύματα και στη συνέχεια τα παραγόμενα προϊόντα κυκλοφόρησαν σε όλο το χρηματοπιστωτικό σύστημα.
- Χρηματοδότηση εκτός ισολογισμού. Πολλές τράπεζες δημιούργησαν οντότητες ειδικού σκοπού θυγατρικές για να συμμετάσχουν σε επικίνδυνες κερδοσκοπικές επενδύσεις. Αυτό επέτρεψε στις τράπεζες να δώσουν περισσότερα δάνεια, αλλά κατά την έναρξη της κρίσης οδήγησε στην απώλεια της εμπιστοσύνης των συναλλασσόμενων προς τις τράπεζες.
- Πολιτικές λιτότητας. Οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν επηρέασαν την οικονομική ανάπτυξη περισσότερο από ότι στο παρελθόν και οδήγησαν στην απαίτηση για χαλάρωση των πολιτικών λιτότητας με αυτές των κινήτρων ανάπτυξης.

Ειδικότερα όσον αφορά τον χρηματοπιστωτικό τομέα κατά την προαναφερθείσα έναρξη της οικονομικής κρίσης που έγινε το έτος 2007, διαπιστώθηκαν ορισμένες σοβαρές δομικές ατέλειες του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Οι ατέλειες αυτές προκάλεσαν σταδιακή συσσώρευση προβλημάτων καθόλη την προαναφερόμενη διάρκεια, από τη δεκαετία του 1990 έως την έναρξη της οικονομικής κρίσης, με αποτέλεσμα την κρίσιμη χρονική στιγμή που συνέβη η οικονομική κρίση, η κυβέρνηση και οι εμπλεκόμενοι φορείς να μην μπορούν να αντιδράσουν αποτελεσματικά. Οι δομικές ατέλειες του χρηματοπιστωτικού συστήματος που αποτέλεσαν αιτίες της κρίσης μπορούν να συνοψισθούν στις εξής (Karanikolos et al., 2013 : 1324):



- η δημοσιονομική ρύθμιση και εποπτεία των χρηματοοικονομικών αγορών και ιδίως των σχετιζόμενων με την απόκτηση κατοικίας περιείχαν ατελή σχεδιασμό και προβλήματα. Αυτά οδήγησαν σε ανυπαρξία ελέγχου για τη σταθερότητα των χρηματοπιστωτικών αγορών.
- Τα μεγαλύτερα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα διεθνώς δεν τελούσαν κάτω από αποτελεσματική εταιρική διοίκηση και η διαχείριση κινδύνων που είχαν απεδείχθη ανεπαρκή.
- Ο υπερβολικός δανεισμός των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, οι επικίνδυνες επενδύσεις και η ελάχιστη διαφάνεια που αποδείχτηκε ένας συνδυασμός επικίνδυνος για την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης.
- Η πλημμελής προετοιμασία της κυβέρνησης των ΗΠΑ σε συνδυασμό με την ασυνεπή απάντηση της, που ενέτεινε τον πανικό και την αβεβαιότητα των χρηματοπιστωτικών αγορών.
- Ανεπαρκής προετοιμασία προτύπων δανεισμού ενυπόθηκων δανείων για την περίπτωση οικονομικής κρίσης, γεγονός που οδήγησε σε κατάρρευση των προτύπων δανεισμού. Η τιτλοποίηση των δανείων αυτών υπήρξε μη ρεαλιστική και αυτό συνέβη σε συνδυασμό με τις αποτυχίες των οργανισμών αξιολόγησης της πιστοληπτικής ικανότητας.
- Η συστηματική κατανομή της λογοδοσίας και ηθικής έπαιξε σημαντικό ηθικό ρόλο στην εκδήλωση της οικονομικής κρίσης.

Πέραν των ανωτέρω αναφερομένων αιτιών της οικονομικής κρίσης, ορισμένες έρευνες, αναφέρουν μεμονωμένα και άλλες αιτίες της οικονομικής κρίσης. Οι αιτίες αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες :

- 1) Όσον αφορά τη λειτουργία των κρατικών θεσμών και την κρατική εποπτεία, μέσω της άσκησης των δημοσίων πολιτικών και της κρατικής εποπτείας διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο για τη δημιουργία της οικονομικής κρίσης.
  - Χαλάρωση της νομισματικής πολιτικής πριν την οικονομική κρίση, με εμφάνιση μηδενικών επιτοκίων στις μεγάλες ανεπτυγμένες οικονομίες (McKibbin & Stoeckel, 2010 : 12).
  - Χαλάρωση της δημοσιονομικής πολιτικής μεταξύ των χωρών πριν την οικονομική κρίση και μεγάλη αύξηση των δημοσίων ελλειμμάτων (McKibbin & Stoeckel, 2010 : 12).
  - Βιαστική διαδικασία μεταρρυθμίσεων του χρηματοπιστωτικού τομέα, το οποίο δημιούργησε ένα κενό όσον αφορά τους κανονισμούς, επιδείνωσε τα βασικά οικονομικά θεμέλια, προκάλεσε αλλαγή στις προσδοκίες των επενδυτών και επακόλουθο χάος στις χρηματοπιστωτικές αγορές (Das, Kumar, Debnath & Mandal, 2012 : 221).

- Η αποδοχή του οικονομισμού ως ένα μείγμα ακαδημαϊκών και πολιτικών πεποιθήσεων που χρησιμεύει για την εξήγηση και τον εξορθολογισμό του οικονομικού συστήματος, που επιτρέπει και δικαιολογεί την αποσύνδεση μεταξύ πραγματικών και χαρτονομισμάτων (Kallis, Martinez-Alier & Norgaard, 2009 : 15).
  - Η απότομη εκταταμένη μείωση του ποσοστού κέρδους, ως λόγου των κερδών προς το επενδεδυμένο κεφάλαιο, στις καπιταλιστικές χώρες που έθιξε τη συσσώρευση κεφαλαίου και την ανταγωνιστικότητα τους (Shaik, 1999).
- 2) όσον αφορά τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και την αλληλεπίδραση τους με το οικονομικό περιβάλλον, αυτά έπαιξαν ένα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης.
- Η καινοτομία στην οικονομία και την τεχνολογική εξέλιξη που συνέβαλε στην απερίσκεπτη πιστωτική επέκταση και επενδύσεις σε συνδυασμό με την οικονομική μόχλευση και την έκδοση εύκολου χρήματος από τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα (Carmassi, Gros & Micossi, 2009 : 977, 972).
  - Μη ορθή αποτίμηση από τους αρμόδιους οργανισμούς των εξασφαλισμένων ομολόγων χρέους (CDOs) των οποίων οι τιμές κατέρευσαν στην έναρξη της κρίσης, παρά τις περί του αντιθέτου προηγούμενες διαβεβαιώσεις των νομισματικών οργανισμών (Crotty, 2009).
  - Ανεπάρκεια των οργανισμών πιστοληπτικής ικανότητας (CRA) λόγω ελλειμματικών επιχειρησιακών μοντέλων, συγκρούσεων συμφερόντων ή αναποτελεσματικής λειτουργίας με αποτέλεσμα τη μη ομαλή λειτουργία των αγορών χρέους (Rafailov, 2011).
- 3) όσον αφορά τα άτομα και τις επιλογές τους, αποτέλεσαν αναπόσπαστο μέρος της δημιουργίας της οικονομικής κρίσης. :
- Επανεκτίμηση του οικονομικού κινδύνου από τα νοικοκυριά που τα αναγκάζει να μειώσουν το μελλοντικό εισόδημα τους από την εργασία, μείωση κατανάλωσης και αύξηση εξοικονόμησης χρημάτων (McKibbin & Stoeckel, 2010 : 5).
  - Η έκρηξη της φούσκας στέγασης προκάλεσε ανακατανομή κεφαλαίου, απώλεια πλούτου των νοικοκυριών και μείωση της κατανάλωσης (McKibbin & Stoeckel, 2010 : 5).

Αν και ο τρόπος με τον οποίο συνέβη η οικονομική κρίση έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και είναι κοινά αναγνωρισμένος και αν και το ίδιο συμβαίνει και με τις αιτίες της οικονομικής κρίσης που αναφέρονται παραπάνω, υπάρχει έντονη ιδεολογική διαφοροποίηση ως προς το ποια κοινωνική ομάδα ευθύνεται για τη δημιουργία των αιτιών αυτών. Σύμφωνα με ορισμένες απόψεις, δεν υπάρχει «εναλλακτική» στον παγκόσμιο καπιταλισμό και τα κύρια θύματα της οικονομικής κρίσης -

εργαζόμενοι και φτωχοί – είναι αυτοί που δημιούργησαν τις αιτίες και πρέπει να κάνουν μεγάλες θυσίες για να βοηθήσουν στην αποκατάσταση της υγείας του συστήματος. Επομένως, το ίδιο το καπιταλιστικό σύστημα δεν ευθύνεται για την οικονομική κρίση. Άλλες απόψεις όμως, επικεντρώνονται στην απληστία και την κοντόφθαλμη θέση της χρηματοοικονομικής ελίτ της Wall Street και την αποτυχία διαφόρων κυβερνητικών υπηρεσιών να ρυθμίσουν επαρκώς τις αγορές. Ορισμένοι απολογητές του καπιταλισμού κατηγορούν τις υπερβολές της «νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας» και προτρέπουν μια υποχώρηση από τον «φονταμενταλισμό της ελεύθερης αγοράς». Κάποιοι φτάνουν στο σημείο να υποστηρίξουν μια σοσιαλδημοκρατική «μικτή οικονομία» με έναν σημαντικά διευρυμένο δημόσιο τομέα. Από την άλλη πλευρά, τα δεξιά στοιχεία, κατηγορούν την εργατική τάξη και τους κοινωνικά περιθωριοποιημένους. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, ο αποπληθωρισμός των τιμών των κατοικιών που προκάλεσε την πρόσφατη οικονομική κρίση προκλήθηκε από «ανεύθυνα» φτωχά άτομα που εκμεταλλεύτηκαν τα επιτόκια στεγαστικών δανείων πριν από αρκετά χρόνια και στη συνέχεια αθέτησαν τα στεγαστικά τους δάνεια όταν αυξήθηκαν τα επιτόκια. Ορισμένοι όμως, αντιτίθενται λέγοντας ότι η «απληστία» και η «απερίσκεπτη ανευθυνότητα» συνδέονται αποκλειστικά με την καπιταλιστική τάξη και ιδιαίτερα με την οικονομική αριστοκρατία της (Smith, 2008 : 3).

### *1.2.2 Μετάδοση και εξέλιξη της οικονομικής κρίσης*

Η μετάδοση μιας οικονομικής κρίσης από μια χώρα σε μια άλλη, έχει τραβήξει την προσοχή ακαδημαϊκών και πολιτικών. Αυτή η αυξημένη προσοχή στη μετάδοση μιας οικονομικής κρίσης, πραγματοποιήθηκε μετά τη δεκαετία του '90, όταν διαπιστώθηκε ότι ορισμένες οικονομικές δυσκολίες σε μια χώρα ακολουθήθηκαν από παρόμοια προβλήματα σε χώρες της ίδιας περιοχής. Αυτό το γεγονός διαπιστώθηκε και στην Φιλανδική κρίση, το 1993, στην κρίση του Μεξικού το 1995 και στην κρίση της Ταϊλάνδης το 1997, οι οποίες μεταφέρθηκαν στις γειτονικές χώρες αυτών των χωρών. Μια σειρά παραγόντων, όπως εμπορικοί δεσμοί, ανταγωνιστικές υποτιμήσεις και κοινοί ξένοι δανειστές, εμπλέκονται στη μετάδοση μιας οικονομικής κρίσης μεταξύ χωρών. Μια τέτοια μετάδοση μπορεί να συμβεί είτε λόγω της αλληλεξάρτησης των χωρών είτε λόγω μεταφοράς των οικονομικών προβλημάτων από τους επενδυτές (Iriana & Sjöholm, 2002 : 136-38)

1) Η αλληλεξάρτηση μεταξύ των χωρών συντελεί στη μετάδοση μιας κρίσης και δημιουργείται μέσω των εμπορικών δεσμών, της αλληλεπίδρασης των ανταγωνιστικών υποτιμήσεων και τις επιδράσεις των κοινών καταστροφών. Αυξομειώσεις στις τιμές των επιτοκίων, στη συνολική ζήτηση, στις τιμές εμπορευμάτων και στις συναλλαγματικές ισοτιμίες, επηρεάζουν και τις οικονομίες των χωρών που έχουν εμπορικούς δεσμούς με τη χώρα που πλήττεται.

2) Οι επενδυτές μπορούν να μεταδώσουν το οικονομικό πρόβλημα από μία χώρα σε μια άλλη σε περίπτωση προβλημάτων ρευστότητας και ασυμμετριών πληροφόρησης. Επίσης, οι αλλαγές στους κανόνες παιχνιδιού στις διεθνείς χρηματοοικονομικές αγορές μπορούν να οδηγήσουν σε μετάδοση, κάνοντας τους επενδυτές να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους.

Η οικονομική κρίση μεταφέρθηκε από τη μια χώρα στην άλλη ως συνέπεια του διασυνδεδεμένου παγκοσμίου περιβάλλοντος, όπως αυτό διαμορφώθηκε κατά τη δεκαετία του '90. Η αρχική χρηματοπιστωτική κρίση ξεκίνησε, όπως προαναφέρθη, από τις ΗΠΑ. Στη συνέχεια, μεταφέρθηκε στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη μορφή κρίσης χρέους. Από το Ευρωπαϊκό χρηματοπιστωτικό σύστημα μεταφέρθηκε στον τομέα του δημοσίου χρέους συγκεκριμένων χωρών (Βαρουφάκης et al., 2011 : 93). Σύμφωνα με έκθεση της Αμερικάνικης επιτροπής διερεύνησης κρίσεων, η οποία πραγματοποίησε την πιο εξαντλητική ανάλυση για την οικονομική κρίση, αυτή αφού πρώτα ξεκίνησε από γεγονότα στις ΗΠΑ, τα γεγονότα της ίδιας της κρίσης στις ΗΠΑ μετέφεραν την κρίση στην ΕΕ. Η κρίση μεταφέρθηκε κυρίως μέσω της πώλησης προβληματικών στεγαστικών προϊόντων σε τράπεζες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πολλοί τίτλοι της αγοράς των Ηνωμένων Πολιτειών που ασφαλίστηκαν με υποθήκη πωλήθηκαν στην Ευρώπη. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η αναταραχή στον χρηματοοικονομικό τομέα της στέγασης να μεταφερθεί στις Ευρωπαϊκές τράπεζες. (Karaniolos et al., 2013 : 1323). Η πώληση αυτή των δανείων έγινε ως εξής : ο επενδυτικός κίνδυνος για τις τράπεζες ελαχιστοποιήθηκε όταν οι τράπεζες συγκέντρωσαν τα δάνεια, τα χώρισαν ανάλογα με τις κατηγορίες κινδύνου και στη συνέχεια τα τιτλοποίησαν και τα πώλησαν. Ο κίνδυνος τότε μεταβιβάστηκε σε «αγωγούς» που ήταν επενδυτικά οχήματα ειδικού σκοπού, τα οποία δεν ήταν στην ευθύνη του εντολέα, αν και ο εντολέας-τράπεζα έπρεπε να δώσει ορισμένες ελάχιστες εγγυήσεις και μέσω αυτών σε ορισμένες εθνικές και διεθνείς τράπεζες, ορισμένες από τις οποίες βρίσκονταν στη Γερμανία και στη Ελβετία. Εφόσον ο εντολέας-τράπεζα (που όφειλε να γνωρίζει τον κίνδυνο) μεταβίβασε τους τίτλους αυτούς, δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιήσει κανένα αποθεματικό για την κάλυψη του κινδύνου. Οι πωλητές έδωσαν εντολή σε οργανισμούς αξιολόγησης να αξιολογήσουν τους συγκεκριμένους τίτλους. Οι αξιολογήσεις έδωσαν καλά αποτελέσματα και οι αγοραστές χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν μικρά αποθεματικά για την κάλυψη του κινδύνου. Αυτά τα γεγονότα είχαν σαν αποτέλεσμα να μεταφερθεί η κρίση σε άλλες χώρες (Aiginger, 2009 : 2-3). Άλλοι παράγοντες που επέδρασαν στην μεταφορά της οικονομικής κρίσης είναι (Karaniolos et al., 2013 : 1323-324) :

- η στενή διασύνδεση των ευρωπαϊκών με τις αμερικάνικες αγορές
- η αλληλεξάρτηση των αγορών αγαθών και υπηρεσιών
- οι κοινές επιχειρηματικές αλυσίδες μεταξύ των δύο ηπείρων

- οι υψηλές εκατέρωθεν άμεσες επενδύσεις και
- η ψυχολογική αλληλεπίδραση

Κατά τη μεταφορά της οικονομικής κρίσης από τις Ηνωμένες Πολιτείες στην Ευρώπη, η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν μπόρεσε να συντονίσει την εσωτερική πολιτική των κρατών για την αντιμετώπιση της κρίσης ούτε την ηγεσία σε παγκόσμιο επίπεδο ώστε να αποκρούσει τη μεταφορά της κρίσης στο εσωτερικό της, δείχνοντας απροετοίμαστη σε έναν κόσμο έντονης αλλά ελλιπούς χρηματοπιστωτικής ενοποίησης σε περιφερειακό και παγκόσμιο επίπεδο (Hodson & Quaglia, 2009 : 940). Χώρες όπως η Ισπανία, η Ιταλία και η Ιρλανδία, που είχαν αναπτύξει τις λεγόμενες φούσκες ακινήτων, που τροφοδοτούνταν από χαμηλά επιτόκια (λόγω και του γεγονότος ότι οι χώρες αυτές ήταν μέλη της ΕΕ) υπέστησαν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις. Αυτό συνέβη όταν η ζήτηση για κατοικίες μειώθηκε και οι τράπεζες κατέρρευσαν στη συνέχεια.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση εξελίχθηκε σε διάφορες φάσεις, οι οποίες είναι (Βατικιώτης, 2011 : 30-31):

- 1) Στην πρώτη φάση της οικονομικής κρίσης ήταν η κρίση των στεγαστικών δανείων. Χρηματοπιστωτικά ιδρύματα που χορηγούσαν δάνεια αντιμετώπισαν προβλήματα ρευστότητας. Οι αξίες των ακινήτων διαμορφώθηκαν σε πολύ μεγαλύτερες από τις πραγματικές.
- 2) Στη δεύτερη φάση η οικονομική κρίση μετατράπηκε σε χρηματοπιστωτική. Το πρόβλημα ρευστότητας επεκτάθηκε σε όλον τον χρηματοοικονομικό τομέα, με τα πιστωτικά ιδρύματα να σταματούν το δανεισμό και να απωλέσουν την εμπιστοσύνη του ενός από το άλλο. Το αποτέλεσμα αυτής της μετατροπής ήταν η χρεοκοπία ενός μεγάλου αριθμού τραπεζών σε Ευρώπη και ΗΠΑ.
- 3) Στην τρίτη φάση της οικονομικής κρίσης, συνέβη το πέραςμα της κρίσης στην πραγματική οικονομία. Η οικονομία σταμάτησε να αναπτύσσεται λόγω της ανεπαρκούς ρευστότητας και της έλλειψης χορήγησης δανείων από τα πιστωτικά ιδρύματα. Ως αποτέλεσμα αυτής της φάσης η καταναλωτική ζήτηση έπεσε, η ανεργία αυξήθηκε και ορισμένες παραγωγικές επιχειρήσεις έκλεισαν.
- 4) Η τέταρτη φάση της οικονομικής κρίσης περιελάμβανε την κρίση δημοσίου χρέους. Οι κυβερνήσεις υιοθέτησαν πολιτικές και υπό την πίεση των ισχυρότερων κρατών αλλά και οργανισμών που προϋπήρχαν ή συστάθηκαν για το σκοπό αυτό, για να διασώσουν τις τράπεζες με προγράμματα χρηματοδότησης, για την ενίσχυση της οικονομίας (η οποία σε μερικές χώρες δεν πραγματοποιήθηκε) με αποτέλεσμα να περάσει το χρέος στο δημόσιο τομέα. Αυτή η φάση

συνέβη όταν τα κράτη προσπάθησαν για τη διάσωση του ιδιωτικού τομέα και των τραπεζών από τον κίνδυνο της χρεοκοπίας. Μόλις όμως διασώθηκαν οι τράπεζες και ετέθη θέμα ενίσχυσης της πραγματικής οικονομίας με προγράμματα δημοσιονομικής ενίσχυσης, οι κυβερνήσεις υπό την πίεση των τραπεζικών ιδρυμάτων και οικονομικών κύκλων υιοθέτησαν πολιτικές προκειμένου να περιορίσουν τα δημιουργημένα δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη που υποθήκευαν το μέλλον των χωρών. Η πολιτική αυτή στοχεύει στην ανάκτηση της εμπιστοσύνης των αγορών, αφού έχει ήδη παρέλθει ο κίνδυνος της τραπεζικής πτώχευσης και ενισχύει την οικονομική ύφεση και τη μείωση της απασχόλησης (Δουράκης, 2011).

- 5) Η πέμπτη φάση είναι αυτή του νομισματικού πολέμου μεταξύ των κρατών που έχουν υποστεί τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης. Η φάση αυτή εξελίσσεται καθώς τα κράτη προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τις απώλειες που έχουν λόγω της οικονομικής κρίσης και να μην αναλάβουν μεγαλύτερα βάρη από όσα έχουν.

Οι φάσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης φαίνονται στον πίνακα 1.1 (βασισμένο σε Δουράκης, 2011, Βατικιώτης, 2011 : 30-31).

**Πίνακας 1.1**  
**Φάσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης**

Φάσεις	Πρώτη φάση	Δεύτερη φάση	Τρίτη φάση	Τέταρτη φάση	Πέμπτη φάση
Ονομασία	Κρίση στεγαστικών δανείων	Μετατροπή σε χρηματοπιστωτική	Πέρασμα στην πραγματική οικονομία	Κρίση δημοσίου χρέους	Νομισματικός πόλεμος
Χαρακτηριστικά	Προβλήματα ρευστότητας	Επέκταση σε όλο τον τομέα	Στασιμότητα οικονομίας	Διάσωση τραπεζών	Ελαχιστοποίηση απωλειών
	Αύξηση τιμών ακινήτων	Σταμάτημα δανεισμού	Πτώση ζήτησης	Περιορισμός ελλειμμάτων	Μη ανάληψη βαρών
		Χρεοκοπία τραπεζών	Κλείσιμο επιχειρήσεων	Ενίσχυση ύφεσης	

Πηγή : βασισμένο σε Δουράκης, 2011, Βατικιώτης, 2011

Οι φάσεις φαίνονται με την ονομασία τους και τα χαρακτηριστικά τους.

### 1.2.3 Αντιμετώπιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης

Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση και την ανάκαμψη από μια οικονομική κρίση, που εκδηλώνονται με μια σειρά από πολιτικά μέτρα που λαμβάνουν οι κυβερνήσεις. Οι προσεγγίσεις αυτές ως προς το είδος των ασκούμενων πολιτικών από τις κυβερνήσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε (Naudé, 2010):

- Άμεσες και βραχυπρόθεσμες (σταθεροποιητικές) πολιτικές αντιδράσεις
- Μακροπρόθεσμες (διαρθρωτικές) πολιτικές αντιδράσεις

Οι χώρες κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης συμμετείχαν σε μεγάλο βαθμό σε άμεσες και βραχυπρόθεσμες πολιτικές αντιδράσεις για να διασφαλίσουν ότι η κρίση θα συγκρατηθεί, ότι θα αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη στα χρηματοπιστωτικά συστήματα και ότι θα ελαχιστοποιηθεί η επίδραση στην παγκόσμια οικονομία. Τα σημαντικότερα από τα βραχυπρόθεσμα (και άμεσα) μέτρα σε εφαρμογή πολιτικής των κυβερνήσεων για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης φαίνονται στον πίνακα 1.2 (Naudé, 2010). Σε αντίθεση με τις άμεσες και βραχυπρόθεσμες αντιδράσεις, όσον αφορά τον τομέα των μακροπρόθεσμων αντιδράσεων, υπάρχουν πολλές διαφορετικές απόψεις και χρειάζεται ακόμη πολλή συζήτηση για να καθοριστούν με σαφήνεια.

Για την αντιμετώπιση και την ανάκαμψη από την σύγχρονη οικονομική κρίση, η άσκηση κατάλληλης οικονομικής πολιτικής από τις κυβερνήσεις ήταν σημαντική. Δια της οικονομικής πολιτικής οι κυβερνήσεις προσπάθησαν να επιτύχουν τα εξής (Aiginger, 2009 : 11-12):

- Μείωση των επιτοκίων και αύξηση της προσφοράς χρήματος
- Αγορά από τις κεντρικές τράπεζες τίτλων που σε άλλες περιπτώσεις δεν θα αγόραζαν (ποσοτική χαλάρωση)
- Υποστήριξη της συνολικής ζήτησης αυξάνοντας τη δημόσια ζήτηση ή παρέχοντας κίνητρα αύξησης της κατανάλωσης (π.χ. περικοπές φόρου)
- Μείωση της αβεβαιότητας με μέτρα που κυμαίνονται από την εξασφάλιση εξοικονόμησης έως την εξασφάλιση, μέσω εγγυήσεων της ύπαρξης συστημικών τραπεζών
- Δημιουργία εμπιστοσύνης σε τομείς όπου οι ψυχολογικοί παράγοντες (αβεβαιότητα) είναι σημαντικοί τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο
- Υποστηρικτικά μέτρα της βραχυπρόθεσμης ζήτησης τα οποία να είναι σε αρμονία με τη μακροπρόθεσμη ζήτηση και τα μεγάλα προβλήματα της περιόδου όπως το μεταναστευτικό και η κλιματική αλλαγή

- Ανάλυση των αιτιών της κρίσης για την αποφυγή της επανάληψης της.



## Πίνακας 1.2

### Πολιτικές ανταποκρίσεις των χωρών στην οικονομική κρίση

Χρονική απόκριση	Αντικείμενο	Πολιτικά μέτρα
Άμεση	Περιορισμός οικονομικού πανικού	Εγγύηση τραπεζικών καταθέσεων Εγγύηση διατραπεζικών δανείων Παροχή ρευστότητας σε τράπεζες Ανοχή σε κανονισμούς
Βραχυπρόθεσμη	Μέτρα επίλυσης τραπεζικών προβλημάτων	Ανακεφαλαιοποίηση τραπεζών
	Νομισματική επέκταση	Μείωση του κόστους δανεισμού Αύξηση των στόχων για τον πληθωρισμό
	Δημοσιονομική επέκταση	Αύξηση των δαπανών για δίκτυα κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων επιδοτήσεων δημοσίων έργων και γεωργικών επιδοτήσεων
	Επέκταση / προστασία του εμπορίου	Μεταβολή προστατευτικών μέτρων Διατήρηση ανταγωνιστικών συναλλαγματικών ισοτιμιών Μείωση της προσφοράς εμπορευμάτων
	Βιομηχανικές πολιτικές	Μέτρα υποστήριξης στην τοπική βιομηχανία Προγράμματα δημοσίων έργων που υποστηρίζουν τη βιομηχανία

Πηγή : Naudé, 2010.

Η νομισματική και η δημοσιονομική πολιτική σε γενικές γραμμές ασκήθηκαν από όλα τα κράτη με έναν παρόμοιο τρόπο. Η νομισματική πολιτική μείωσε τα επιτόκια άμεσα στις ΗΠΑ και στην Ιαπωνία και ακολούθησαν και οι υπόλοιπες χώρες. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα ήταν λίγο πιο διστακτική και οι Ευρωπαϊκές τράπεζες διατήρησαν ένα επιτόκιο λίγο πάνω από το μηδενικό. Όλες οι τράπεζες πραγματοποίησαν ενέργειες προς την κατεύθυνση της προσφοράς χρήματος : αγόρασαν τίτλους και δάνεια για να επιτευχθεί ποσοτική χαλάρωση και εφάρμοσαν εγγυητικά προγράμματα για τις τράπεζες. Η δημοσιονομική πολιτική επέτρεψε σε μερικές χώρες ελλείμματα για να δοθούν επιδόματα ανεργίας και ανακεφαλαιοποίηση τραπεζών, ενώ σε άλλες που είχαν μεγάλο χρέος τα

ελλείμματα έπρεπε να περικοπούν άμεσα. Οι πολιτικές που ασκήθηκαν και τα μέτρα που ελήφθησαν σε εφαρμογή αυτών των πολιτικών φαίνονται στον πίνακα 1.3 (Aiginger, 2009 : 13).

Στα πλαίσια της άσκησης οικονομικής πολιτικής για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης, ελήφθησαν μέτρα για τη μείωση των επιτοκίων στις ΗΠΑ. Ένα βασικό στοιχείο που εφαρμόστηκε στη νομισματική πολιτική κατά τη σύγχρονη οικονομική κρίση ήταν η μείωση των γενικών επιτοκίων, ως ένα μάθημα που έχει ληφθεί από τη μεγάλη ύφεση του 1929. Μετά από τη μείωση των επιτοκίων, οι τράπεζες παρείχαν ρευστότητα στην αγορά ώστε οι επιχειρήσεις να λάβουν δάνεια και να τονωθεί η οικονομία αλλά και να εμπιστευτούν τα χρηματοοικονομικά ιδρύματα το ένα το άλλο (Δουράκης, 2011 : 76). Η ομοσπονδιακή τράπεζα μείωσε το βασικό επιτόκιο σε χαμηλά επίπεδα. Ενώ το επιτόκιο ήταν σταθερό κατά το 2007 στο 5,25%, ακολούθησε μια πτωτική πορεία κατά το 2008 για να μειωθεί κατά 50 μονάδες βάσης. Η απότομη αυτή και πέρα από τα καθιερωμένα μείωση του βασικού επιτοκίου της ομοσπονδιακής τράπεζας, σηματοδότησε μια διαρκή μείωση του βασικού επιτοκίου των ιδιωτικών τραπεζών έως την τιμή του 2,25% το Μάρτιο του 2008. Η μείωση του βασικού επιτοκίου ης ομοσπονδιακής τράπεζας των ΗΠΑ, ακολούθηθηκε από όλες τις τράπεζες των ΗΠΑ και από τις κεντρικές τράπεζες των υπολοίπων χωρών. Η μείωση αυτή διευκολύνθηκε από τη μείωση των τιμών των βασικών εμπορευμάτων που έλαβε χώρα κατά το 2008. Η μείωση του βασικού επιτοκίου, συνέβαλε στην προσπάθεια αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης, διαμορφούμενη από την τιμή του 2,25% το Μάρτιο του 2008, στο 0% κατά το Δεκέμβριο του ίδιου έτους. Η διακύμανση των τιμών των βασικών επιτοκίων των κεντρικών τραπεζών των ΗΠΑ, της Ευρωζώνης, της Ιαπωνίας και της Ελβετίας φαίνονται στην εικόνα 1.3 (Τράπεζα της Ελλάδος, 2009 : 45).

### Πίνακας 1.3

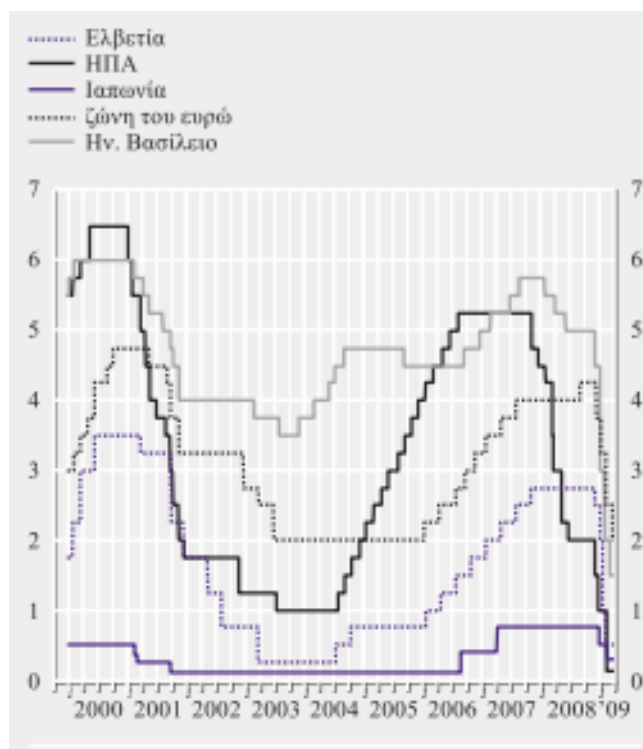
#### Πολιτικές και μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης

Νομισματική πολιτική	Μείωση επιτοκίων Αύξηση προσφοράς χρήματος Αγορά εμπορικών τίτλων συμπεριλαμβανομένων ιδιωτικών δανείων
Δημοσιονομική πολιτική	Εθνικά, διεθνή, περιφερειακά προγράμματα τόνωσης Άρση των επισήμων και ανεπισήμων εμποδίων στην ανάληψη νέου χρέους Στρατηγικές δαπάνες για μελλοντικές επενδύσεις : εκπαίδευση, έρευνα και ανάπτυξη, πράσινη τεχνολογία Βελτίωση των δομών για κίνητρα στη φορολογία
Εγγυήσεις	Αποταμιεύσεις Μικρά δάνεια Μακροπρόθεσμα οικονομικά της βιομηχανίας Μικρές συντάξεις, ελάχιστο επίπεδο παροχών κοινωνικής ασφάλισης Καταπολέμηση της φτώχειας μέσω της απασχόλησης
Μείωση κινδύνων	Μέτρα για την αποφυγή διακύμανσης νομίσματος Βελτιώσεις στη δομή των κινήτρων για διαφάνεια και λογιστικούς κανόνες
Χρόνος εργασίας	Σχεδιασμός ημιαπασχόλησης με εκπαίδευση, πιστοποιητικά και προσόντα Μείωση της ανεργίας των νέων μέσω της κατάρτισης Μετατροπή των άτυπων θέσεων εργασίας σε πιο επαγγελματικές
Μείωση αναντιστοιχίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης	Συμβουλές σταδιοδρομίας Επανεκπαίδευση, αύξηση της κινητικότητας Αύξηση επιλογών
Επαναφορά ρυθμίσεων και αποθεματικών	Μακροπρόθεσμα αντί για βραχυπρόθεσμα κίνητρα επιτυχίας Προώθηση σχέσεων που δεν βασίζονται στην αγορά αλλά στην εμπιστοσύνη Συσσώρευση αποθεμάτων, εξασφάλιση περιφερειακού εφοδιασμού Σταθερά επιτόκια, λιγότερο περίπλοκα χρηματοοικονομικά προϊόντα Διαφορετικά δίκτυα προϊόντων και προμηθευτών Αυστηρότεροι έλεγχοι μονοπωλίου, παρακολούθηση ασυνειπιών
Προώθηση Ευρωπαϊκών μοντέλων	Μετατροπή των πράσινων τεχνολογιών σε κορυφαίο τμήμα της οικονομίας Επέκταση του ρόλου του προπομπού οικολογικών τεχνολογιών Προώθηση των ηλεκτρικών αυτοκινήτων και σταθμών φόρτισης με ηλεκτρική ενέργεια Μείωση των πληρωμών κοινωνικής ασφάλισης για χαμηλά εισοδήματα

Πηγή : βασισμένο σε Aiginger, 2009.

Εικόνα 1.3

Βασικά επιτόκια κεντρικών τραπεζών από Ιανουάριο 2000 έως Ιανουάριο 2009



Πηγή : Τράπεζα της Ελλάδας, 2009

Η διαρκής μείωση του επιτοκίου γινόταν με την προσδοκία ότι οι εμπορικές τράπεζες, εκμεταλλευόμενες τη μείωση αυτή θα πλήθαιναν τα δάνεια προς τις επιχειρήσεις και την αγορά. Η προσδοκία όμως αυτή δεν επαληθεύτηκε. Παρόλο που τον Οκτώβριο του 2008 και μετά από τη χρεοκοπία μεγάλων χρηματοοικονομικών οίκων, όπως η Lehman Brothers, το επιτόκιο βάσης μειώνεται στο 1%, η ύφεση συνεχίζεται. Το Νοέμβριο έως το Δεκέμβριο του 2008 η μέση απόδοση των εντόκων γραμματίων μειώνεται και παραμένει σε μηδενικά επίπεδα (Poole, 2010). Η οικονομική δραστηριότητα ελαττώνεται σημαντικά κατά το τέλος του 2010 και συμπαρασύρει την παραγωγή και την απασχόληση σε παγκόσμια κλίμακα.

Όσον αφορά τις πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης, ήταν παρόμοιες με αυτές που υιοθετήθηκαν στις ΗΠΑ. Αν και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, υιοθέτησαν πολιτικές ανακεφαλαιοποίησης των τραπεζών των χωρών, χρησιμοποίησαν δημόσια κεφάλαια και χρησιμοποίησαν με τον τρόπο αυτό το δημόσιο χρήμα για την αγορά των προβληματικών ιδιωτικών ομολόγων, τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα. Οι απώλειες των τραπεζών κοινωνικοποιήθηκαν και μετετράπησαν σε δημόσιο χρέος. Δεδομένης του γεγονότος ότι οι τράπεζες δεν εισέπρατταν και διασώθηκαν με ανακεφαλαιοποιήσεις, υπήρξαν

κατακόρυφες μειώσεις στην χορήγηση δανείων. Η μείωση της χορήγησης δανείων με τη σειρά της, δημιούργησε μείωση της ρευστότητας και προβλήματα στην πραγματική οικονομία οδηγώντας τις οικονομίες σε στασιμότητα ή ύφεση. Ταυτόχρονα, οι πολίτες αδυνατούσαν να εξυπηρετήσουν τα δάνεια τους και ταυτόχρονα αντιμετώπισαν μια πτώση στο εισόδημα τους, αφού το ΑΕΠ κάθε χώρας μειώθηκε κατακόρυφα. Το ΑΕΠ μειώθηκε σε όλες τις χώρες της ΕΕ κατά μέσο όρο 4,3% κατά το 2009. Η μεγάλη αύξηση της ανεργίας, η μείωση των φορολογικών εσόδων και η αύξηση των δαπανών (ιδίως σχετικά με την διάσωση των τραπεζών και σε μικρότερο βαθμό με το κόστος της ανεργίας) αύξησαν τις κυβερνητικές δυσχέρειες των χωρών υπό οικονομική κρίση. Η ύφεση της πραγματικής οικονομίας προκάλεσε αυξημένες δημόσιες δαπάνες, οι οποίες κλόνισαν τη δημοσιονομική σταθερότητα ορισμένων χωρών, με αποτέλεσμα να οδηγήσουν αυτές τις χώρες σε κρίση χρέους ή σε τραπεζική κρίση που για να αντιμετωπιστεί απαιτούσε δανεισμό από τις αγορές υψηλών κεφαλαίων. Η δημοσιονομική κρίση της ΕΕ έκανε εμφανές το έλλειμμα ανταγωνιστικότητας των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου σε σχέση με αυτόν του Βορρά και έκανε σαφές το γεγονός ότι οι χώρες αυτές όφειλαν να αναπτύξουν την ανταγωνιστικότητά τους προκειμένου να εξέλθουν από την κρίση (Αγγελόπουλος, 2009).

Οι πολιτικές διαχείρισης της κρίσης στην ΕΕ χαρακτηρίζονταν από πρόταξη του εθνικού συμφέροντος των ισχυρότερων μελών έναντι της Ευρωπαϊκής αλληλεγγύης και από καθυστέρηση στην αντιμετώπιση της κρίσης για τις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Στην ΕΕ δεν προϋπήρχε ένα θεσμοθετημένο σύστημα διαχείρισης κρίσης, με συγκεκριμένους ρόλους. Για το λόγο αυτό τα θεσμικά όργανα της ΕΕ αναδείχτηκαν σε αυτόνομους δρώντες. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το Eurogroup, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, αλλά και τα εθνικά όργανα κάθε χώρας έδρασαν αυτόνομα και χωρίς ουσιώδη κεντρικό συντονισμό. Δρώντες εκτός της ΕΕ όπως το ΔΝΤ, η G20 και οι κυβερνήσεις των ισχυρών χωρών έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικής αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης. Τελικά, η πολιτική που εφαρμόστηκε διήλθε μέσω του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF). Το EFSF, το οποίο ιδρύθηκε το 2010, ενίσχυσε μέσω προγραμμάτων δανεισμού τις χώρες που αντιμετώπιζαν τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης. Η ενίσχυση αυτή πραγματοποιείται μέσω έκδοσης ομολόγων με εγγύηση από τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης, τη χορήγηση δανείων προς τα κράτη, την παρέμβαση στην πρωτογενή και δευτερογενή αγορά ομολόγων και το δανεισμό των κρατών για ανακεφαλαιοποίηση των χρηματοπιστωτικών συστημάτων τους. Σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την ΕΚΤ, ρυθμίζονται οι πολιτικές του EFSF ώστε να έρχονται σε συμφωνία με τις πολιτικές των κρατών μελών που δανειοδοτούνται (Council of the European Union, 2009 : 6-7). Αξίζει πάντως να σημειωθεί, ότι σε εθνικό επίπεδο, πολλές κυβερνήσεις εφαρμόζουν κρατικές πολιτικές παρεμβατισμού για την προστασία των εγχωρίων προϊόντων και τη

διαφύλαξη των θέσεων εργασίας (όπως η επιβολή δασμών σε εισαγόμενα προϊόντα εναντίον στις διεθνείς συνθήκες οι οποίες δεσμεύουν την εθνική κυβέρνηση). Οι πολιτικές αυτές εφαρμόζονται υπό την πίεση κοινωνικών ομάδων και εντάσσονται ασφαλώς στο πέμπτο και τελευταίο στάδιο της κρίσης, αυτό κατά το οποίο τα κράτη ενδιαφέρονται πρωτίστως για ίδιον όφελος. Οι κυβερνήσεις ενεργούν για την προστασία του εθνικού συμφέροντος αδιαφορώντας για τις επιπτώσεις της πολιτικής αυτής στο διεθνές εμπόριο και στις εξαγωγές των κρατών, όπως συμβαίνει με τη Γαλλία στην περίπτωση της αυτοκινητοβιομηχανίας (προωθούν τα εγχώρια προϊόντα τους και να διαφυλάξουν τις θέσεις εργασίας, αδιαφορώντας για τις επιπτώσεις της πολιτικής αυτής στις εξαγωγές των κρατών και στο διεθνές εμπόριο. Οι πολιτικές αυτές εφαρμόζονται σε αντίδραση προς την απελευθέρωση των αγορών από κρατικούς παρεμβατισμούς και της αδυναμίας των κυβερνήσεων να ελέγξουν τις επιπτώσεις της απελευθέρωσης αυτής, γεγονότα που αποτελούν την πρώτη αιτία της χρηματοοικονομικής κρίσης.

### **1.3 Η Ελληνική οικονομική κρίση του 2009**

#### *1.3.1 Η εξέλιξη της Ελληνικής Οικονομικής κρίσης*

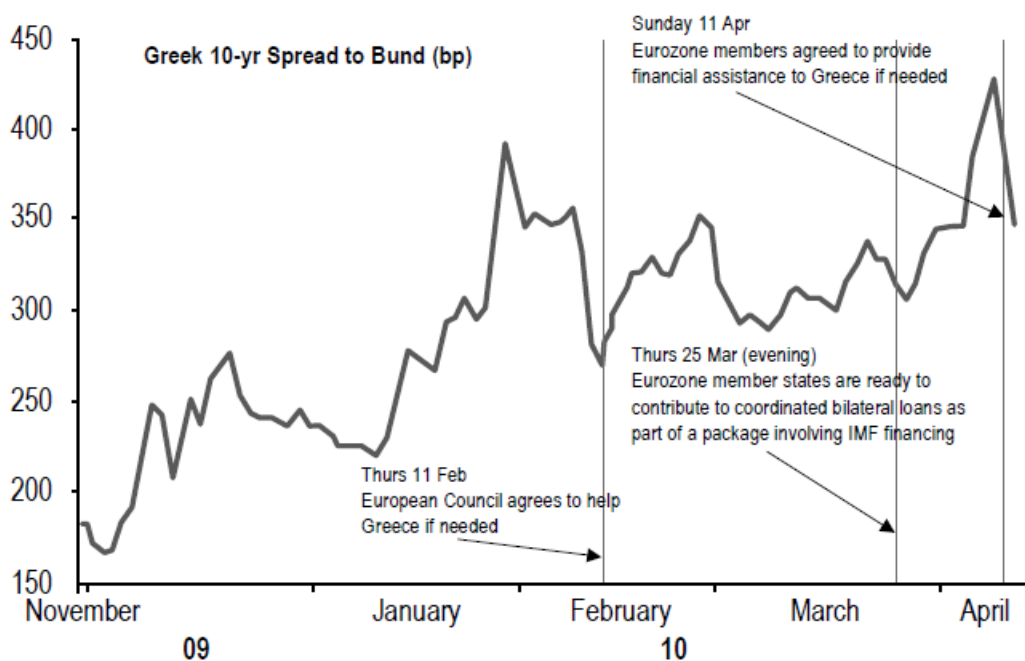
Η Ελληνική οικονομική κρίση ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2009, όταν ο Έλληνας Υπουργός Οικονομικών της κυβέρνησης Παπανδρέου Παπακωνσταντίνου, μόλις μετά από δύο εβδομάδες διακυβέρνησης, ανακοίνωσε με επιστολή του στη Eurostat ότι το έλλειμμα θα εκτιναχθεί στο 12,5% αντί του 6% που ήταν η πρόβλεψη κατά την εκτίμηση της προηγούμενης κυβέρνησης Καραμανλή (Stellern, O'Connor & Phipps, 2015). Την ανακοίνωση αυτή την ακολούθησε υποβάθμιση της Ελληνικής οικονομίας από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης. Η Ελληνική κυβέρνηση Παπανδρέου δεν έλαβε μέτρα περικοπής εξόδων, αλλά ακολούθησε πολιτική αύξησης επιδομάτων, συνεπής προς τις προεκλογικές της εξαγγελίες. Οι προεκλογικές εξαγγελίες της κυβέρνησης αυτής περιλάμβαναν, πέρα από την αύξηση μισθών, την Κεϋνσιανή αναθέρμανση της οικονομίας και την αναδιανομή του εισοδήματος (Evangelopoulos, 2012 : 97) καθώς και ένα πακέτο ύψους 3 δις. Ευρώ (Gemenis, 2010 : 357). Στη συνέχεια η κυβέρνηση κατέθεσε τον προϋπολογισμό, με αυξήσεις στους χαμηλούς μισθούς και συντάξεις. Μετά από την κατάθεση αυτή, ακολουθεί νέα αρνητική εξέλιξη στην πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας.

Στη συνέχεια τα spreads ανεβαίνουν απότομα κατά το πρώτο τετράμηνο του 2009 και η διαφορά του spread μεταξύ των Ελληνικών και των Γερμανικών ομολόγων ξεπερνά τις τρεις μονάδες αρχικά τον Απρίλιο 2009. Τα Ελληνικά ομόλογα συνεχίζουν να ακολουθούν μια ανοδική πορεία από το Νοέμβριο του 2009 έως τον Απρίλιο του 2010. Κατά την περίοδο αυτή, αυξήθηκαν οι

πιστωτικοί και νομισματικοί κίνδυνοι στα Ελληνικά spreads και το γεγονός αυτό οδήγησε σε αντίδραση των αγορών ως προς το δανεισμό της Ελλάδας και μια διαδικασία παρακολούθησης εκ μέρους των αγορών και μάθησης προκειμένου να αντιδράσουν στην επιβαρυνόμενη κατάσταση της Ελληνικής οικονομίας (Gibson, Hall & Tavlas, 2014 : 405-406). Ανακοπή της ανοδικής πορείας των Ελληνικών spreads συνέβη σε καθορισμένες ημερομηνίες: Στις 11 Φεβρουαρίου 2010, όταν το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο συμφώνησε να βοηθήσει την Ελληνική οικονομία αν χρειαστεί, στις 25 Μαρτίου 2010, όταν τα κράτη μέλη της Ευρωζώνης δηλώνουν έτοιμα να συμβάλουν με συντονισμένες διμερείς συμφωνίες ως μέρος ενός πακέτου που περιλαμβάνει χρηματοδότηση από το ΔΝΤ και στις 11 Απριλίου 2010 όταν τα μέλη της ευρωζώνης συμφωνούν να παρέχουν άμεση οικονομική βοήθεια στην Ελλάδα αν χρειαστεί. Οι διακυμάνσεις του Ελληνικού επιτοκίου σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα φαίνονται στην εικόνα 1.4 (Kouretas & Vlamis, 2010 : 404). Σε μακροπρόθεσμη βάση η διακύμανση του ελληνικού επιτοκίου φαίνεται στην εικόνα 1.5. Το σχετικά σταθερό επιτόκιο των Ελληνικών ομολόγων ακολουθεί την προαναφερόμενη αύξηση και στη συνέχεια κορυφώνεται στις 10 μονάδες βάσης κατά το έτος 2010.

**Εικόνα 1.4**

**Διακύμανση Ελληνικών ομολόγων από Νοέμβριο 2009 έως Απρίλιο 2010**



Πηγή : Kouretas & Vlamis, 2010

Ο πρωθυπουργός στο ετήσιο παγκόσμιο οικονομικό φόρουμ στο Νταβός, δέχτηκε πιέσεις από τους Ευρωπαίους ηγέτες για περικοπές στα δημόσια οικονομικά. Μετά από τη συνάντησή αυτή,

Εικόνα 1.5

Διαφορά spreads Ελληνικών – Γερμανικών ομολόγων



Πηγή : Παναγιώτου, 2016

η Ελληνική κυβέρνηση τον Ιανουάριο 2010 προχωρά στο πρώτο πακέτο μέτρων που περιελάμβανε πάγωμα σε όλα τα μισθολόγια και τις αμοιβές του δημοσίου τομέα. Οι πολιτικές λιτότητα που εφαμόστηκαν ήταν πρωτοφανείς και προκάλεσε ένα ευρύ κύμα διαμαρτυριών (Karyotis & Rüdig, 2015 : 1-4). Ταυτόχρονα η κυβέρνηση, προκειμένου να αναχαιτίσει τη δύσκολα αυτή κατάσταση για την οικονομία, ανακοινώνει στις αρχές του 2010, το πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης, με στόχους τη μείωση του ελλείμματος κάτω από 3% το 2010 και κάτω από 4% το 2012, με παράλληλη λήψη μέτρων όπως το πάγωμα προσλήψεων, την αύξηση ορίων συνταξιοδότησης, την αύξηση ΦΠΑ και νέο σύστημα περιορισμού της φοροδιαφυγής (Βαρουφάκης et al., 2011 : 44). Τον Φεβρουάριο του 2010 προχωρά σε δεύτερο πακέτο οικονομικών μέτρων με περικοπές στα μισθολόγια και τις αμοιβές των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα στις δημόσιες επιχειρήσεις και στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Τα μέτρα αυτά ήταν τα εξής :

- Μείωση 30% στα δώρα των δημοσίων υπαλλήλων των Χριστουγέννων, Πάσχα και αδειάς.
- Μείωση 12% στα επιδόματα δημοσίων υπαλλήλων ΔΕΚΟ
- Μείωση 7% στους μισθούς υπαλλήλων ΔΕΚΟ



- Αύξηση Φόρου Προστιθέμενης αξίας κατά ορισμένα ποσοστά ανά κατηγορία
- Αύξηση 15% φόρου καυσίμων
- Επιβολή τεκμηρίου διαβίωσης σε όλα τα ακίνητα
- Επιβολή τεκμηρίου διαβίωσης σε όλα τα αυτοκίνητα
- Αύξηση φόρου εισαγωγής μεταχειρισμένων αυτοκινήτων

Παρά όμως τη λήψη των μέτρων αυτών και δεδομένου ότι οι συνθήκες δανεισμού της χώρας ήταν απαγορευτικές, ο Πρωθυπουργός Γεώργιος Παπανδρέου από το Καστελόριζο ανακοίνωσε την προσφυγή της χώρας σε μηχανισμό στήριξης αποτελούμενο από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Gemenis, 2010 : 361). Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί της ευρωζώνης και στη συνέχεια τα οικονομικά όργανα της ΕΕ επιλήφθηκαν άμεσα της οικονομικής κατάστασης της Ελληνικής οικονομίας. Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί αυτοί καχυποπεύονταν τις ελληνικές κυβερνήσεις των τελευταίων ετών πριν την οικονομική κρίση για δημοσιονομικές ατασθαλίες και για δημιουργική λογιστική. Η Ελλάδα με τις παρεμβάσεις των οργάνων αυτών υπέστη σημαντική υποβάθμιση στη φήμη και στη διεθνή εικόνα της, με αποτέλεσμα να μην μπορεί καθόλου να αντλήσει κεφάλαια από τις διεθνείς αγορές. Οι αγορές και οι οικονομικοί παράγοντες αντελήφθησαν την δυσχερή κατάσταση της Ελληνικής οικονομίας και διεπίστωσαν την αδυναμία άντλησης κερδών από το δανεισμό αυτής. Οι υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής ικανότητας, οι κακόβουλες δηλώσεις για την οικονομική επιβίωση της Ελλάδας, οι επιθέσεις καιροσκόπων και επενδυτών που ποντάριζαν στη χρεωκοπία της μέσω των συμβολαίων κάλυψης πιστωτικών κινδύνων (CDs) επέτειναν την ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση της Ελληνικής οικονομίας (Βογιατζή & Βογιατζής, 2011 : 48-49).

Το πρώτο δάνειο που ζήτησε και έλαβε η Ελληνική Κυβέρνηση Παπανδρέου ανήλθε στο ύψος των 130 δις Ευρώ. Σε αντάλλαγμα αυτού του δανείου, η Ελληνική Κυβέρνηση υπέγραψε την πρώτη συμφωνία με τους δανειστές. Η συμφωνία αυτή υπεγράφη μετά τη λήψη των προαπαιτούμενων μέτρων λιτότητας και αποκαλέστηκε πρώτο μνημόνιο. Αυτό το πρώτο μνημόνιο με τους δανειστές υπεγράφη το Μάιο 2010 (Gemenis & Nezi, 2015 : 34). Ακολούθησε η αποτυχημένη προσπάθεια του πρωθυπουργού Γ. Παπανδρέου να πραγματοποιήσει δημοψήφισμα για τη νέα δανειακή σύμβαση, η οποία προκάλεσε αντιδράσεις εντός και εκτός Ελλάδας. Μετά τις εκλογές που ακολούθησαν το Νοέμβριο του 2011 πραγματοποιήθηκαν διαβουλεύσεις των κομματικών επιτελείων ΠΑΣΟΚ, ΝΔ και ΛΑΟΣ για την επιλογή προσώπου που θα ηγούνταν στην πορεία προς την έξοδο από την κρίση και νέος πρωθυπουργός αναδείχτηκε ο Λ. Παπαδήμος. Ενώ η δύσκολη οικονομική κατάσταση συνεχιζόταν, η Ελληνική Κυβέρνηση Παπαδήμου ζήτησε και έλαβε δάνειο 110 δις. Ευρώ το 2011 με ταυτόχρονη υπογραφή του μεσοπρόθεσμου δημοσιονομικού

προγράμματος τον Ιούνιο του 2011 και υπέγραψε το δεύτερο μνημόνιο το Φεβρουάριο του 2012 (Νιάκας, 2014, 3-4 ; Gemenis & Nezi, 2015 : 26-27). Σε εφαρμογή του υπογραφέντος δεύτερου μνημονίου η κυβέρνηση Παπαδήμου έλαβε μέτρα μείωσης μισθών στους νεοεισερχόμενους του ιδιωτικού τομέα, κατάργηση 150.000 θέσεων από το δημόσιο τομέα σε βάθος τριετίας, κλείσιμο διακοσίων εφοριών, κατάργηση φοροαπαλλαγών. Το Μάρτιο 2012 ολοκληρώθηκε το κούρεμα χρέους PSI (Κουντούρη, 2015). Η Ελλάδα ανέλαβε υποχρεώσεις που θα καλυτέρευαν τα οικονομικά του κράτους μέσω πολιτικής περιορισμού των δαπανών κόστους και θα πραγματοποιούσε μεταρρυθμίσεις προκειμένου να επιτευχθεί η ανάπτυξη. Ωστόσο τα αποτελέσματα των δύο πρώτων μνημονίων παρέμειναν αμφιλεγόμενα αφού στο τέλος της περιόδου δανειοδότησης η κρίση δεν είχε ξεπεραστεί και με τη μείωση του ΑΕΠ να βρίσκεται στο 25% και την ανεργία στο 26% μέσα σε μια τετραετία από το πρώτο μνημόνιο (Νιάκας, 2014 : 3-7).

Τον Ιούνιο του 2012 σχηματίστηκε η κυβέρνηση Σαμαρά, η οποία αποτελείτο από τη Νέα Δημοκρατία, το ΠΑΣΟΚ και τη ΔΗΜΑΡ. Η κυβέρνηση Σαμαρά σχηματίστηκε ως κυβέρνηση συνεργασίας κομμάτων, κόντρα στις επανηλειμμένες πολιτικές δηλώσεις του Προέδρου της Ν.Δ. Σαμαρά περί επιθυμίας του να σχηματίσει αυτοδύναμη κυβέρνηση, γεγονός που θεωρήθηκε ως ένα αδύναμο σημείο αυτού (Dimitrakopoulos, 2012 : 3). Η κυβέρνηση Σαμαρά διαπραγματεύτηκε τους όρους της δανειακής σύμβασης, ιδίως ως προς την προστασία των ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού, την ανασυγκρότηση μη μνημονιακών πολιτικών και την αλλαγή στο πολιτικό σύστημα της χώρας και στο κράτος (Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας, 2012). Γρήγορα όμως διαπιστώθηκε ότι ο χρόνος ήταν εξαιρετικά περιορισμένος για την πραγματοποίηση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων και έτσι το καλοκαίρι του 2012 ο Πρωθυπουργός Σαμαράς απεύθυνε έκκληση στους Γερμανούς και Γάλλους ηγέτες για περισσότερο χρόνο ώστε να πραγματοποιηθούν οι περικοπές του προϋπολογισμού και οι πρόσθετες ρυθμίσεις. Τότε, ορισμένοι οικονομολόγοι διετύπωσαν την άποψη ότι η Ελλάδα θα μπορούσε να προσφύγει σε άμεση αναζήτηση βοήθειας με την ταυτόχρονη επιβολή επιπλέον μέτρων (Nelson, Belkin, Mix & Weiss, 2012 : 3). Η ύφεση έγινε ηπιότερη το 2013 διαμορφούμενη στο 4%, υπήρξε αύξηση του τουρισμού και η Ελλάδα πέτυχε πρωτογενές πλεόνασμα. Το πλεόνασμα συνδυάστηκε με αναβάθμιση δύο μονάδων από τον οίκο Moody's. Τα spreadsκατήλθαν στα επίπεδα της αρχής της κρίσης και ο πληθωρισμός είχε αρνητικό πρόσημο.

Στον τραπεζικό τομέα, κατά τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης πραγματοποιήθηκαν ανακεφαλαιοποιήσεις τραπεζών με τη βοήθεια του κράτους ενώ παράλληλα έκλεισαν 12 τράπεζες. Οι τραπεζικές διοικήσεις εξασφάλισαν την επιθυμητή ρευστότητα και η κυβέρνηση εγγυήθηκε τη διασφάλιση των καταθέσεων. Με τη διασφάλιση των καταθέσεων η κυβέρνηση απέτρεψε το

κούρεμα των καταθέσεων, αποφεύγοντας και την ενίσχυση της επιδεινούμενης διαρροής καταθέσεων στο εξωτερικό. Έως το 2014 πραγματοποιήθηκαν συγχωνεύσεις μεγάλων τραπεζών όπως της ΑΤΕ με την τράπεζα Πειραιώς ή της AlphaBank με την Εμπορική Τράπεζα (Parathanasiou, Mylonas & Kenourgios, 2018). Με την ολοκλήρωση της συγχώνευσης των τραπεζών, παρέμειναν σε λειτουργία τέσσερις μεγάλες συστημικές τράπεζες, προκειμένου να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας. με αποτέλεσμα να λειτουργούν στην Ελλάδα τέσσερις μεγάλες συστημικές τράπεζες σε πιο γερά θεμέλια, εκμεταλλευόμενες τις οικονομίες κλίμακας και τα οφέλη της νοοτροπίας της εκάστοτε τράπεζας. Οι συγχωνευμένες τράπεζες επιδίωξαν να στηρίξουν τη δανειοδότηση τόσο των νοικοκυριών όσο και των επιχειρήσεων. Οι τράπεζες αντιμετώπισαν τις προκλήσεις να επαναπροσελκύσουν απολεσθέντες καταθέσεις, να εξασφαλίσουν τη ζήτηση για δανεισμό και να αποφύγουν τον πιστωτικό κίνδυνο, έπρεπε να διαχειριστούν τα μη εξυπηρετούμενα δάνεια και να αποφύγουν τέτοια δάνεια στο μέλλον. Ωστόσο, στο τέλος της διακυβέρνησης Σαμαρά, τον Οκτώβριο 2014, οι τέσσερις μεγάλες τράπεζες έρχονταν εκτεθειμένες από τον μεγάλο αριθμό των ακάλυπτων στεγαστικών δανείων. Οι ισολογισμοί των τραπεζών αυτών ήταν ευάλωτοι στις εξελίξεις στα πλαίσια της οικονομίας, όπως αυτή είχε διαμορφωθεί εκείνη τη στιγμή. Η οικονομία χαρακτηριζόταν ως βελτιωμένα αλλά ευάλωτη. Τα προγράμματα πρόωρης εξόδου εργαζομένων αποτελούσαν ένα πλήγμα για τη λειτουργία των τραπεζών αυτών (Dany et al., 2015 : 14). Η κυβέρνηση από την πλευρά της, περιόρισε τη δημόσια δαπάνη πραγματοποιώντας την αναδιάρθρωση δημοσίων οργανισμών, όπως ΕΡΤ, ΕΛΒΟ, ΕΑΣ και ΛΑΡΚΟ.

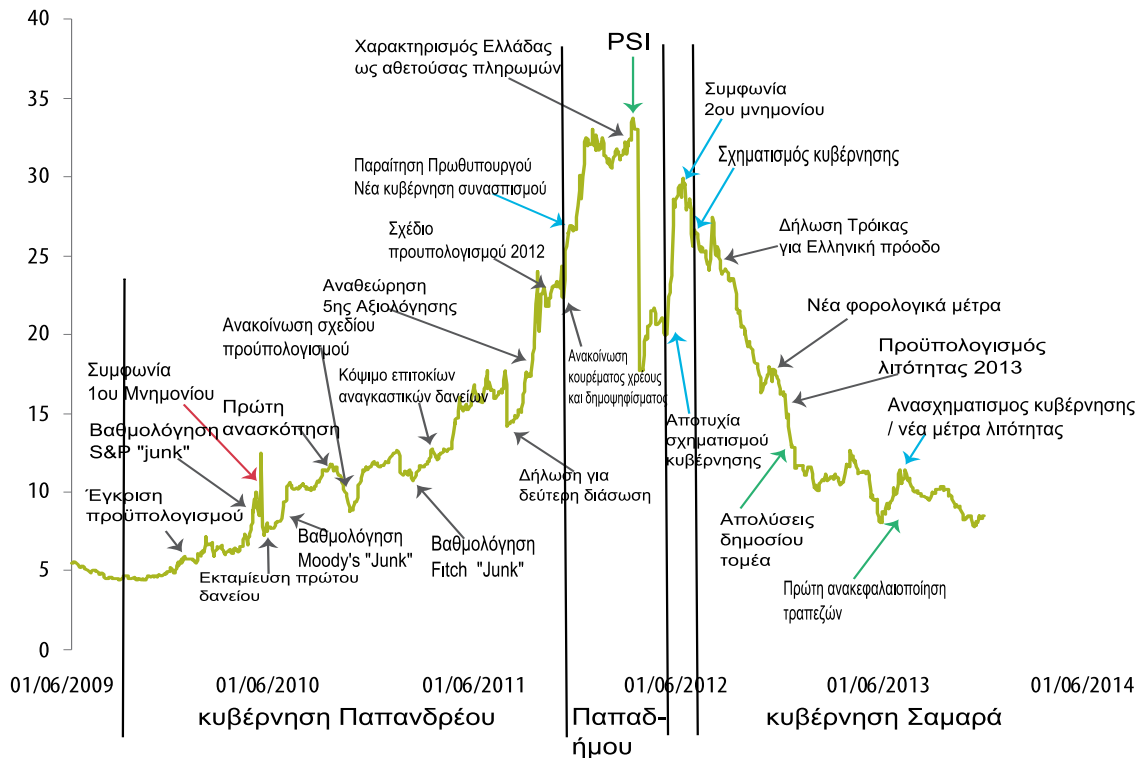
Τον Ιανουάριο 2015, ολοκληρώνοντας μια θεαματική άνοδο από 4,6% σε 36%, ο ΣΥΡΙΖΑ κέρδισε τις Ελληνικές βουλευτικές εκλογές Από τις εκλογές αυτές προέκυψε κυβέρνηση των πολιτικών κομμάτων ΣΥΡΙΖΑ και ΑΝΕΛ, τα οποία κρατούσαν αντιμνημονιακή στάση. Η νέα κυβέρνηση διαπραγματεύτηκε με τους θεσμούς στην κατεύθυνση της αναδιάρθρωσης του χρέους και της αναίρεσης της λιτότητας, αλλά δεν είχε θετικό αποτέλεσμα στην αλλαγή πολιτικής των πιστωτών προς την Ελλάδα. Η προηγούμενη υπόσχεση του ΣΥΡΙΖΑ για την κατάργηση των συμφωνιών ένταξης στην ΕΕ έβαλε την ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωζώνη κάτω από αμφισβήτηση. Εμφανίστηκε στο προσκήνιο ένα ενδεχόμενο εξόδου της Ελλάδας από την ΕΕ που ταρακούνησε τις αγορές και διασφάλισε την ακεραιότητα και ενότητα του νομίσματος Ευρώ (Nestoras, 2015 : 3, 21). Οι χειρισμοί του Υπουργού Οικονομικών Γ. Βαρουφάκη στηρίχθηκαν σε σχεδόν ανεδαφικές θέσεις για την Ευρωζώνη, με αποτέλεσμα την σχετική αποξένωση της Ελληνικής κυβέρνησης. Μετά τη διαπίστωση του αδιεξόδου των διαπραγματεύσεων, η κυβέρνηση τον Ιούνιο 2015 προκήρυξε δημοψήφισμα για την αποδοχή ή μη της λιτότητας στη ζώνη του Ευρώ. Την προκήρυξη ακολούθησε κλείσιμο των τραπεζών και επιβολή capital controls στις αναλήψεις προκειμένου να αναστραφεί η φυγή καταθέσεων στο εξωτερικό. Τελικά η Ελληνική κυβέρνηση συμφώνησε σε

σκληρότερους όρους από αυτούς του δημοψηφίσματος και δέχτηκε την ψήφιση ενός 3<sup>ου</sup> μνημονίου με λιγότερα μέτρα από τα προηγούμενα. Μετά από τις εξελίξεις αυτές, το Σεπτέμβριο 2015 πραγματοποιήθηκαν εκλογές από τις οποίες προέκυψε πάλι κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ – ΑΝΕΛ. Έκτοτε η κυβέρνηση επιδόθηκε στην πραγματοποίηση μεταρρυθμίσεων, στην απέκδυση του κυβερνητικού σχήματος από ιδεολογικές συνιστώσες. Με βάση προγράμματα στήριξης της απασχόλησης, η ανεργία μειώθηκε και πραγματοποιήθηκε προσπάθεια για την αύξηση των φορολογικών εσόδων. Η κυβέρνηση Τσίπρα κέρδισε τις εκλογές λόγω του γεγονότος της εκλογικής συρρίκνωσης, κατακερματισμού και απώλεια της πολιτικής ταυτότητας στον πολιτικό χώρο της Νέας Δημοκρατίας. Η κυβέρνηση αυτή ακολούθησε μια εθνικιστική και λαϊκιστική πολιτική φυσιογνωμία με ταυτόχρονη συνεργασία του ΣΥΡΙΖΑ με το κόμμα των ΑΝΕΛ. Ο πολιτικός λόγος της κυβέρνησης εστιάστηκε στην κατηγορία της Γερμανίας και των παλαιών κυβερνήσεων, ενώ η αποτελεσματικότητά της περιορίστηκε λόγω της τήρησης της συμφωνίας μεταρρυθμίσεων με τους δανειστές (Rofí, 2016).

Στην εικόνα 1.6 φαίνονται τα επιτόκια των Ελληνικών γεγονότων σε σχέση με τα σημαντικότερα γεγονότα, πολιτικά και οικονομικά, της Ελληνικής οικονομικής κρίσης (βασισμένο σε Kouretas & Vlamis, 2010 ; Gibson, Hall & Tavlas, 2014 ; European Court of Auditors, 2017). Όπως προκύπτει από την εικόνα αυτή, μια γενικά ανοδική πορεία των επιτοκίων αυτών διαπιστώνεται κατά όλη τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και σχεδόν όλη τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπαδήμου, έως το PSI.

Εικόνα 1.6

Επιτόκια Ελληνικών ομολόγων και σημαντικά γεγονότα



Πηγή : βασισμένο σε Kouretas & Vlamis, 2010 ; Gibson, Hall & Tavlas, 2014 ; European Court of Auditors, 2017

Αντίθετα, καθόλη τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά διαπιστώνεται γενικά πτώση των επιτοκίων αυτών. Διακρίνονται καθαρά τα γεγονότα που αυξάνουν τα επιτόκια, όπως αυξημένοι προϋπολογισμοί και δυσμενείς αξιολογήσεις και τα γεγονότα που μειώνουν τα επιτόκια, όπως η συμφωνία μνημονίου, οι σχηματισμοί κυβερνήσεων, οι θετικές δηλώσεις για την πορεία της οικονομία και η ανακεφαλαιοποίηση τραπεζών.

### 1.3.2 Οι αιτίες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης

Η ελληνική οικονομική κρίση αναπτύχθηκε σε συνέχεια του διεθνούς οικονομικού αδιεξόδου της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2007, με καταστροφικές συνέπειες για τις περιφερειακές οικονομίες της Ευρώπης που αντιμετώπιζαν ήδη προβλήματα (Tsoulfidis, Alexiou & Tsaliki, 2016 : 380). Το πρόβλημα της Ελλάδας βρέθηκε μέσα στην Ευρωπαϊκή κρίση χρέους, που προέκυψε από τις επιλογές των κυβερνήσεων των ΗΠΑ και της Ευρώπης προκειμένου να μειώσουν το προϋπάρχον συσσωρευμένο ιδιωτικό χρέος, προσπάθεια που προκάλεσε μια πολύ μεγάλη αύξηση στο δημόσιο χρέος των χωρών. Ωστόσο, κατά μια άποψη, η δημοσιονομική κρίση της Ελλάδας διαπιστώθηκε μετά το προϋπάρχον μεγάλο έλλειμα του προϋπολογισμού και τη

διαπίστωση της μη βιωσιμότητας του δημοσίου χρέους της και δεν συνδέεται άμεσα με την κρίση στην αγορά στεγαστικών δανείων subprime των ΗΠΑ το 2007 (Kouretas & Vlamis, 2010 : 391). Οι αιτίες που προκάλεσαν την Ελληνική οικονομική κρίση μπορούν να ταξινομηθούν σε ενδογενείς και εξωγενείς, ως εξής:

A) Εξωγενείς αιτίες που συνέβαλαν στη δημιουργία της Ελληνικής οικονομικής κρίσης :

- Η κρίση χρέους στην Ευρωζώνη και η απουσία μηχανισμών σε υπερεθνικό επίπεδο, όπως μηχανισμοί που θα προάγουν εγκαίρως την ανταγωνιστικότητα των χωρών αποτρέποντας τις εμπορικές ανισοροπίες και που θα διαχειριστούν την κρίση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο (Kouretas & Vlamis, 2010 : 393-400).
- Η διστακτικότητα των κυβερνήσεων της Ευρωζώνης να αποφασίσουν για την ενδεχόμενη νομιμότητα μιας διάσωσης κράτους, η οποία έπεισε τις αγορές ότι η Ευρωπαϊκή στήριξη για το Ελληνικό χρέος έχει αποσυρθεί (Kouretas & Vlamis, 2010 : 396).
- Η τιμολόγηση από τις αγορές ενός προηγούμενως ανυπάρχοντος κινδύνου αθέτησης πληρωμών στη βάση της προαναφερόμενης κατάργησης της σιωπηρής εγγύησης για το Ελληνικό χρέος (Arghyrou & Tsoukalas, 2011 : 2).
- Η έλλειψη πόρων αλληλεγγύης στην ΕΕ, η οποία έχει κοινή νομισματική πολιτική σε υπερεθνικό επίπεδο αλλά η δημοσιονομική πολιτική βρίσκεται στα χέρια των εθνικών κυβερνήσεων (Kouretas & Vlamis, 2010. 393-396).

B) Ενδογενείς αιτίες που συνέβαλλαν στη δημιουργία της Ελληνικής οικονομικής κρίσης :

1) Πολιτικές και διοικητικές αιτίες :

- Πολιτικό μοντέλο ανάπτυξης και μοντέλο διακυβέρνησης της Ελλάδας, όπως εκδηλώνεται με την ανάπτυξη του κρατισμού, την απουσία εξευρωπαϊσμού, το υψηλό επίπεδο διαφθοράς, τον αντίκτυπο των κοινοπραξιών και των ομάδων συμφερόντων στη διαμόρφωση οικονομικών πολιτικών, το λαϊκισμό και το ασταθές κοινοβουλευτικό καθεστώς (Sklias & Maris, 2013 : 144-146).
- Έλλειψη διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων όσον αφορά την ευελιξία της αγοράς εργασίας, την κοινωνική ασφάλιση και τον ανταγωνισμό της αγοράς, που υποχρέωσαν την Ελλάδα να εκδώσει νέα ομόλογα σε σύντομες περιόδους λήξης και σε υψηλότερα επιτόκια σε σχέση με την Ευρωζώνη (Kouretas & Vlamis, 2010 : 395).

- Οι σοβαρές δομικές αδυναμίες στην Ελληνική δημόσια διοίκηση, την οικονομία και την κοινωνία, που οδηγούν σε γραφειοκρατία, διαφθορά, χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών και υψηλό κόστος (Οικονομου & Tountas, 2011 : 28-29).
- Θεσμικό μοντέλο ανάπτυξης όπως εκδηλώνεται με τη χρηματοδότηση δημοσίων επιχειρήσεων από φόρους, ύπαρξη πολλών ιδιωτικοποιήσεων, δημιουργία πολλών μονοπωλίων, διατήρηση προβληματικών δημοσίων επιχειρήσεων, μείωση επιχειρηματικών επενδύσεων (Sklias & Maris, 2013 : 154).
- Η πελατειακή σχέση των ψηφοφόρων με τα πολιτικά κόμματα και οι λαϊκές πρακτικές των κομμάτων αυτών και τα δίκτυα προστασίας και πελατείας που διείσδυσαν στην κρατική κομματική μηχανή (Lyrintzis, 2011 : 3-4).

## 2) Οικονομικές αιτίες :

- Ο ρολος των Ελληνικών κυβερνήσεων στα πλαίσια ενός αδύναμου πολιτικού συστήματος που οδήγησε σε μια συνεχόμενη κακοδιαχείριση της Ελληνικής οικονομίας αυξάντας το χρέος με υψηλό σε σχέση με τις χώρες της Ευρωζώνης ρυθμό (Kouretas & Vlamis, 2010 : 393).
- αύξηση των δημόσιων δαπανών από τη δεκαετία του '80 για την αύξηση κυρίως του οικιακού και γεωργικού εισοδήματος, που οδήγησε σε δραματική αύξηση των απαιτήσεων δανεισμού και σε υψηλά επίπεδα συσσωρευμένου δημόσιου χρέους (Kouretas & Vlamis, 2010 : 394-95).
- Ο συστηματικός επιχειρηματικός και οικιακός δανεισμός που συνδεόταν με το συνδυασμό της χαμηλής κερδοφορίας και των χαμηλών επιτοκίων ο οποίος δημιούργησε τις φούσκες του χρηματιστηρίου, των ακινήτων και του δημοσίου χρέους (Tsoulfidis, Alexiou & Tsaliki, 2016 : 382).
- συνεχή διεύρυνση των δημόσιων ελλειμμάτων σε συνδυασμό με την παρακμή της εξωτερικής ανταγωνιστικότητας και έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην επιδείνωση της δημοσιονομικής στάσης της ελληνικής οικονομίας (Kouretas & Vlamis, 2010 : 394).
- Ανεξέλεγκτη οικονομική απελευθέρωση που ξεκίνησε με την ένταξη της Ελλάδας στη Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) το 1981 και την κατάργηση των δομημένων οικονομικών (Knight, 2013 : 148).
- Εξωτερικό ανταγωνιστικό έλλειμμα της Ελληνικής οικονομίας σε συνδυασμό με μη βιωσιμότητα της οικονομικής διαχείρισης (Arghyrou & Tsoukalas, 2011 : 2).

Αναλυτικότερα, οι αιτίες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης ανάγονται στις χρόνιες παθογένειες της Ελληνικής οικονομίας και της Ελληνικής κοινωνίας γενικότερα. Το διαρκές έλλειμμα της

Ελλάδος, το οποίο συσσωρευόταν επί σειρά ετών, συνετέλεσε στη δημιουργία της Ελληνικής οικονομικής κρίσης. Το έλλειμμα αυτό οφείλεται στο μεγάλο και αναποτελεσματικό κράτος και στη σπατάλη πόρων. Το έλλειμμα ήταν η αποτύπωση του γεγονότος ότι το κράτος και οι πολίτες δαπανούσαν περισσότερα από όσα παρήγαγαν, με αποτέλεσμα τον κρατικό και ατομικό δανεισμό. Το κρατικό έλλειμμα ήταν υπεύθυνο για το έλλειμμα γενικών συναλλαγών το οποίο πριν την οικονομική κρίση κυμαινόταν σε μέτρια έως υψηλά επίπεδα. Η αύξηση του ελλείμματος ήταν αποτέλεσμα της άσκησης αναποτελεσματικής διοίκησης σε όλα τα επίπεδα της κρατικής λειτουργίας. Μια σειρά από λόγους συνετέλεσαν στην αύξηση του ελλείμματος. Οι κρατικές πολιτικές επέτρεψαν την χορήγηση συντάξεων σε σχετικά νεαρές ηλικίες και στη χορήγηση ανταποδοτικών συντάξεων ως πολλαπλάσιες των συνολικών εισφορών των εργαζομένων. Στον τομέα της υγείας παρατηρήθηκαν πρακτικές αλόγιστης υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων και υπερτιμολογήσεις αναλώσιμων υλικών από τα νοσοκομεία. Η εκτεταμένη φοροδιαφυγή και οι αναποτελεσματικές φοροαπαλλαγές αποτέλεσαν παράγοντες επιβάρυνσης των δημοσίων οικονομικών. Οι αυξημένες στρατιωτικές δαπάνες, ως αποτέλεσμα του γειτονικού επικίνδυνου περιβάλλοντος και η απουσία μεταρρυθμίσεων συνετέλεσαν στην επιβάρυνση αυτή. Η αναποτελεσματική διαχείριση των δημοσίων επιχειρήσεων με τη χορήγηση δημοσίων εγγυήσεων που μετατρέπονταν τελικά σε δημόσιο χρέος και η κακοδιαχείριση αυτών που δημιουργούσε μεγάλα ελλείματα στις επιχειρήσεις αυτές, είχαν σαν αποτέλεσμα να υποχρεωθεί το κράτος να αναλάβει τα χρέη τους. Ένας ακόμη παράγοντας δημιουργίας ελλειμάτων ήταν η απώλεια της διαρθρωτικής ανταγωνιστικότητας στην οικονομία με το δημόσιο να επιβάλλει πλήθος περιορισμών στην ανταγωνιστικότητα και στις επενδύσεις και με τα κλειστά επαγγέλματα να δημιουργούν στρεβλώσεις στην οικονομία και να αυξάνουν τα κέρδη των μεσαζόντων σε βάρος των πολιτών (Τούντας, 2016). Με τη διαρκή συσσώρευση του ελλείμματος προκλήθηκε υπερβολική αύξηση του δημοσίου χρέους. Κατά το έτος 2010, έγινε φανερό ότι η αποπληρωμή του δημοσίου χρέους μεταξύ των ετών 2010 έως 2019 με βάση τα εκδοθέντα ομόλογα θα ήταν υπερβολικά αυξημένη σε σχέση με τα έτη μετά το 2020. Αυτό δημιούργησε εξαιρετικά αυξημένη πιθανότητα χρεοκοπίας για τα εν λόγω έτη σε σχέση με τα επόμενα. Οι επενδυτές βλέποντας αυτόν τον επενδυτικό κίνδυνο, απαίτησαν αυξημένα επιτόκια δανεισμού για να δανείσουν την Ελληνική Κυβέρνηση, δημιουργώντας πρόβλημα δανεισμού σε αυτήν. Στην εικόνα 1.7 φαίνεται η πρόβλεψη αποπληρωμής του δημοσίου χρέους σε βάθος 50 ετών κατά το έτος 2010 και καταδεικνύεται η αύξηση αποπληρωμής του χρέους αυτού μεταξύ των ετών 2010 έως 2019, η οποία ήταν μια από τις βασικές αιτίες της οικονομικής κρίσης (Kouretas & Vlamis, 2010 : 404).

Ορισμένες δυσλειτουργίες της δημόσιας διοίκησης και του πλαισίου μέσα στο οποίο λειτουργούσε η αγορά εργασίας στην Ελλάδα, συνετέλεσαν επίσης στην δημιουργία της οικονομικής κρίσης. Η



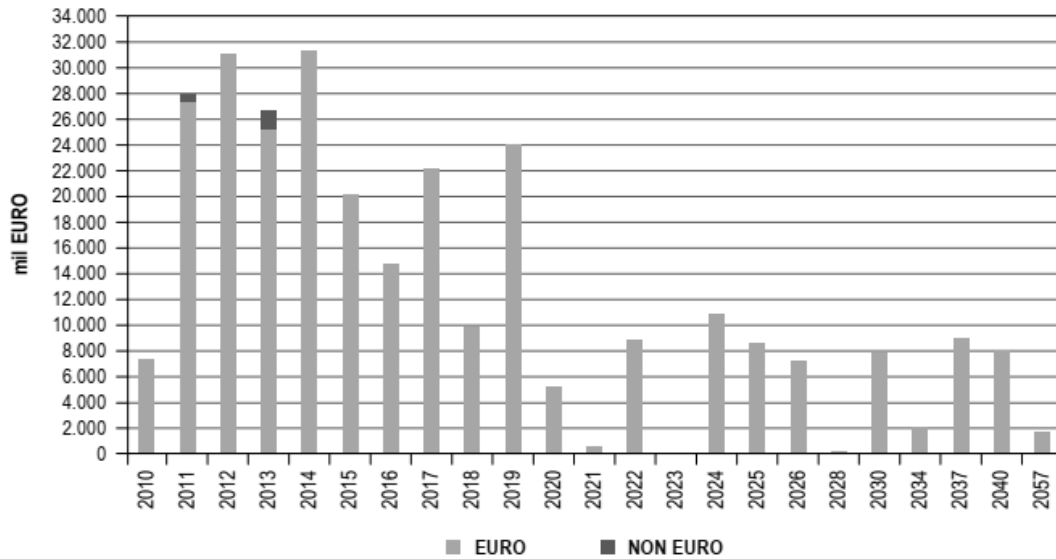
δομή της Ελληνικής οικονομίας ήταν τέτοια που δεν ενθάρρυνε τις επενδύσεις και τη δημιουργία οικονομιών κλίμακας. Η ύπαρξη ενός μεγάλου και μη αποδοτικού ευρύτερου δημοσίου τομέα, ο οποίος βρισκόταν εξολοκλήρου κάτω από δημόσια διοίκηση απέκλειε την παραγωγική λειτουργία των επιχειρήσεων που εντάσσονταν σε αυτόν. Η δομή και οι όροι της αγοράς εργασίας περιόριζαν την ευελιξία και την κινητικότητα του εργατικού δυναμικού. Τέλος, το νομικό και δικαστικό σύστημα ήταν δύσβατο και αποθάρρυνε τις επενδύσεις και, η παραοικονομία ήταν πολύ εκτεταμένη (McKinsey & Company, 2011)

Άλλη αιτία που συντέλεσε στην εμφάνιση της Ελληνικής οικονομικής κρίσης είναι το γεγονός ότι οι Ελληνικές κυβερνήσεις ακολούθησαν για μια δεκαετία πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, πολιτικές δραστικής μείωσης των φορολογικών εσόδων. Οι πολιτικές αυτές οδήγησαν στη μείωση ρευστότητας για την κάλυψη των αναγκών του κράτους. Επίσης, η ύπαρξη του Ευρώ ως νόμισμα της Ελλάδας έπαιξε σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κρίσης. Ο λόγος που συνέβη αυτό ήταν ότι το νόμισμα αυτό επέτρεπε πριν την κρίση τη μεταφορά πόρων προς τις χώρες που αναπτύσσονταν ταχύτερα. Αυτές οι κεφαλαιακές εισροές ισοσκελίζουν το ισοζύγιο πληρωμών της Ελλάδας. Οι κεφαλαιακές εισροές επέτρεπαν στην Ελλάδα να ανέχεται σημαντικές ελλείψεις στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών πριν την οικονομική κρίση.

Ο συνδυασμός των εγχώριων αιτιών με τις συστημικές τάσεις στο παγκόσμιο οικονομικό σύστημα ήταν αυτός που δημιούργησε τις συνθήκες αυτές που δημιούργησαν την οικονομική κρίση. Ο προϋπολογισμός της Ελληνικής κυβέρνησης και το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών βρέθηκε στην χειρότερη επίδοση από ποτέ άλλοτε, το χρέος ανήλθε σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, το εμπορικό χρέος ανήλθε σε σημαντικά επίπεδα και η χρόνια αδύναμη παραγωγική βάση επιβαρύνθηκε με την ένταξη της χώρας στο Ευρώ. Εκείνη τη χρονική στιγμή, προέκυψε η ανάγκη άμεσου διεθνούς δανεισμού από διεθνείς οργανισμούς, τη στιγμή που η διεθνής οικονομική κρίση βρισκόταν υπό εξέλιξη και ο δανεισμός έβαινε προς στάση. Η ποσοστιαία ως προς το ΑΕΠ μεταβολή του κρατικού προϋπολογισμού και η ποσοστιαία μεταβολή ως ποσοστό του ΑΕΠ του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών φαίνονται στην εικόνα 1.8 (Papadopoulos & Roumpakis, 2012 : 211).

Εικόνα 1.7

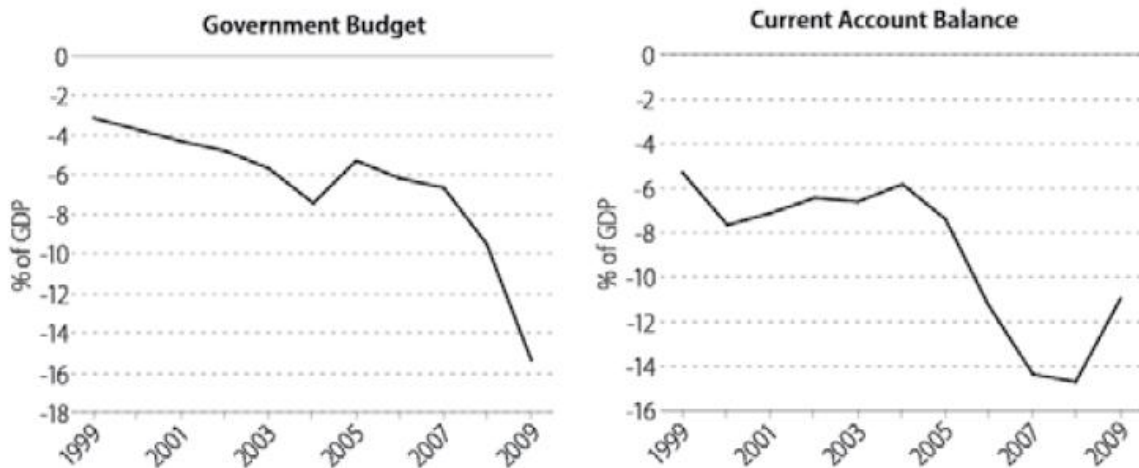
Πρόβλεψη αποπληρωμής δημοσίου χρέους κατά το έτος 2010



Πηγή : Kouretas & Vlamis, 2010

Εικόνα 1.8

Μεταβολή κυβερνητικού προϋπολογισμού και μεταβολή ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών



Η ΕΕ είχε υιοθετήσει την πολιτική να δανείζονται οι κρατικές κυβερνήσεις από τις εμπορικές τράπεζες και όχι από την ΕΚΤ. Αυτό το γεγονός είχε ως αποτέλεσμα την εκτίναξη των επιτοκίων κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Όσον αφορά τα οικονομικά μεγέθη και την οικονομική κρίση, σύμφωνα με τον Τούντα (2016), η χαμηλή παραγωγικότητα αποτέλεσε μια από τις αιτίες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης. Ένας χαμηλός δείκτης του κόστους εργασίας ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος δείχνει την αδύναμη

θέση της Ελλάδας. Ο δείκτης αυτός είναι χαμηλός παρά το γεγονός ότι οι Ελληνικοί μισθοί ήταν πολύ χαμηλοί σε σχέση με αυτούς της ΕΕ, διότι η Ελληνική παραγωγικότητα ήταν ιδιαίτερα χαμηλή. Επίσης το κράτος επέμενε να ασκεί ευρεία επιχειρηματική δραστηριότητα σε διάφορους τομείς της οικονομίας με αποτέλεσμα να αυξάνει του περιορισμούς στην ιδιωτική επιχειρηματικότητα. Όσον αφορά τις κοινωνικές δαπάνες και τη διαχείρισή τους, τα ελλείματα κοινωνικών δαπανών που αναπτύχθηκαν έως την έναρξη της οικονομικής κρίσης, μεταφέρθηκαν με τη χρηματοδότηση των κοινωνικών ταμείων στους φορολογούμενους.

### 1.3.3 Οι συνέπειες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης

Οι συνέπειες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης είναι σημαντικές για τους πολίτες και την κοινωνία γενικότερα. Οι συνέπειες της κρίσης εκδηλώνονται σε όλα τα συστήματα της κοινωνίας, όπως στο σύστημα παιδείας και στο σύστημα υγείας. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι πολύ σημαντικές. Οι δείκτες υγείας, το προσδόκιμο επιβίωσης, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα εξαρτώνται από την οικονομική κατάσταση των ατόμων. Η οικονομική κατάσταση του ατόμου σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο της υγείας του (Wagstaff, 2002 : 98). Το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού εξαρτάται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων, όπως αυτοί προκύπτουν από τη διατροφή και τη συμπεριφορά, από το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιο και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας που σχετίζονται με τα επικίνδυνα προϊόντα, τη μόλυνση του περιβάλλοντος και τις μολυσματικές ασθένειες. Επίσης, εξαρτάται από την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών. Οι επιπτώσεις του βιομηχανοποιημένου τρόπου διατροφής στη υγεία είναι αποδεδειγμένες, ωστόσο εμφανίζεται το παράδοξο φαινόμενο κατά την οικονομική κρίση, η παρασκευή σπιτικού φαγητού να μειώνει τον κίνδυνο (Karaniolos *et al.*, 2013). Οποσδήποτε οι ανισότητες στην υγεία αυξάνονται από την οικονομική κρίση. Οι ίσες ευκαιρίες στη διανομή υπηρεσιών υγείας διακυβεύονται κατά την οικονομική κρίση. Τα άτομα των κατωτέρων κοινωνικών οικονομικών τάξεων ενέχουν περισσότερους κινδύνους για την υγεία τους. Η ανεργία η υποαπασχόληση, η επισφάλεια στην εργασία επιδεινώνουν την ψυχική υγεία των ατόμων που εκτίθενται στους παράγοντες αυτούς. Οι άνεργοι υφίστανται κίνδυνο πρόωρου θανάτου και είναι πιο επιρρεπείς σε ψυχικές παθήσεις όπως αποδεικνύουν τα ποσοστά αυτοτραυματισμού και αυτοκτονιών. Το μειωμένο εισόδημα σχετίζεται με την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών και με αύξηση των ποσοτήτων αλκοόλ, με προφανείς συνέπειες για την υγεία.

Στον πίνακα 1.4 απεικονίζονται οι δαπάνες υγείας ανά τομέα υγείας μεταξύ των ετών 2009 και 2012. Από τον πίνακα αυτόν προκύπτει η μείωση της δαπάνης υγείας των ασθενών και ιδίως της

δημόσιας δαπάνης υγείας ασθενών, σε απόλυτους αριθμούς, γεγονός που δηλώνει ότι το κράτος έχει προχωρήσει στις περικοπές στις δαπάνες υγείας. Η δαπάνη υγείας εξωνοσοκομειακών ασθενών και η φαρμακευτική δαπάνη εξωνοσοκομειακών ασθενών έχει μειωθεί κατακόρυφα, αντανakλώντας τις σοβαρές περικοπές που έχουν γίνει σε αυτές τις κατηγορίες δαπανών.

**Πίνακας 1.4**  
**Δαπάνες υγείας ανά τομέα 2009-2012**

	2009			2010			2011			2012		
	€ δισ.	% ΣΔΥ	% ΑΕΠ	€ δισ.	% ΣΔΥ	% ΑΕΠ	€ δισ.	% ΣΔΥ	% ΑΕΠ	€ δισ.	% ΣΔΥ	% ΑΕΠ
Δαπάνη υγείας ασθενών	8.45	36.44	3.66	7.62	36.72	3.43	7.99	39.64	3.83	8.2	46.31	4.24
Δημόσια δαπάνη υγείας ασθενών	6.97	30.06	2.89	6.00	28.91	2.7	6.29	31.21	3.02	6.43	36.31	3.33
Δαπάνη υγείας εξωνοσοκομειακών	6.51	28.08	2.82	5.63	27.13	2.53	5.24	26	2.51	3.88	21.91	2.01
Δημόσια δαπάνη υγείας εξωνοκομειακών	2.60	11.21	1.13	2.24	11.76	1.01	2.24	11.11	1.07	1.74	9.83	0.90
Φαρμακευτική δαπάνη εξωνοσοκομειακών	6.56	28.29	2.84	5.95	28.67	2.68	5.48	27.19	2.63	4.46	25.19	2.31
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη εξωνοσοκομειακών	5.20	22.43	2.25	4.55	21.93	2.05	4.00	19.85	1.92	2.95	16.66	1.53

ΣΔΥ : Συνολική Δαπάνη Υγείας. Περιλαμβάνει διαγνωστικές απεικονιστικές και κλινικές εργασίες.

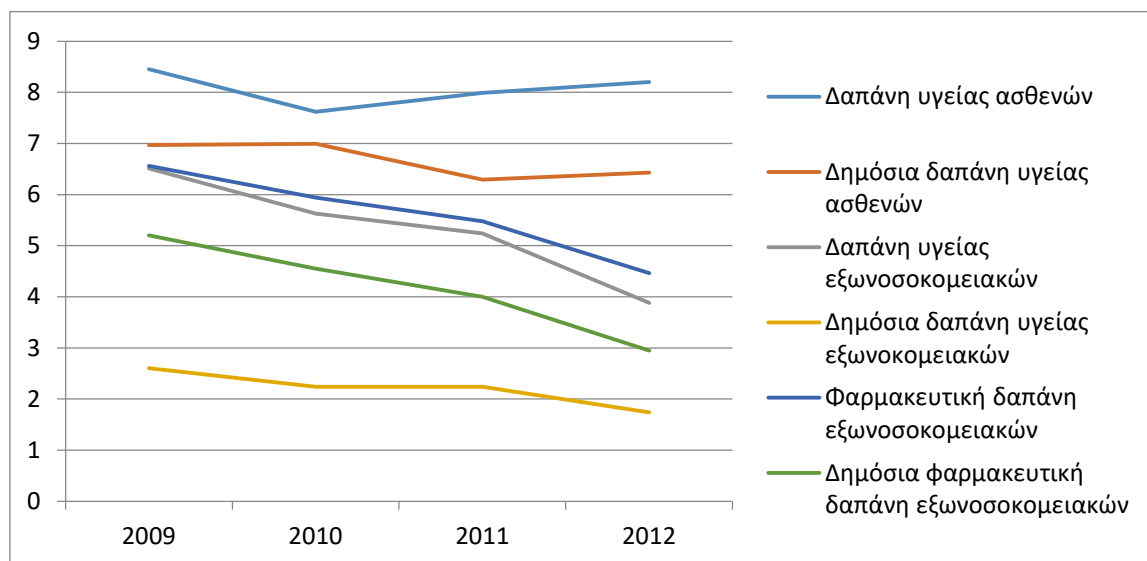
Πηγή: OECD, [2013](#).

Επίσης, η φαρμακευτική δαπάνη ασθενών και εξωνοσοκομειακών ασθενών έχει μειωθεί κατακόρυφα. Οι μειώσεις αυτές καταδεικνύουν τις περικοπές που έχουν πραγματοποιηθεί σε όλες τις κατηγορίες δαπανών υγείας κατά τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης (Economou et al., 2015 : 107-108).

Στην εικόνα 1.9 φαίνεται η διακύμανση των δαπανών υγείας, οι οποίες μετρώνται σε δισεκατομμύρια Ευρώ, κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, μεταξύ των ετών 2009 έως 2012 (βασισμένο σε OECD, 2013).

**Εικόνα 1.9**

**Διακύμανση των δαπανών υγείας (σε δις Ευρώ) κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης**



Πηγή : βασισμένο σε OECD, 2013

Από τη διακύμανση αυτή, προκύπτει ότι σχεδόν όλοι οι δείκτες δαπανών μειώνονται στην έναρξη της οικονομικής κρίσης. Ο μόνος δείκτης που ανακάμπτει, είναι η δαπάνη υγείας ασθενών και η ανάκαμψη αυτή αντιπροσωπεύει την υποκατάσταση των δημοσίων δαπανών υγείας από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

Οι συνέπειες για την υγεία των ατόμων και την υγειονομική περίθαλψη καταγράφονται με σκοπό την ανάληψη δράσεων από τις κυβερνήσεις. Η διαπίστωση των συνεπειών για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη ισχυρότερων πολιτικών που θα μειώσουν ή εξαλείψουν θεμελιώδεις συνέπειες της οικονομικής κρίσης και να προωθήσουν τις ωφέλιμες με απώτερο σκοπό να βελτιστοποιήσουν τους διαθέσιμους πόρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Οι συνέπειες για την υγεία των ατόμων μπορούν να ταξινομηθούν σε :

1. Συνέπειες για την υγεία που διαπιστώθηκαν κατά τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης (Simou & Koutsogeorgou, 2014 : 113) :

- Ψυχική υγεία : Διαπιστώθηκε αύξηση της συσχέτισης μεταξύ μείζονος κατάθλιψης και οικονομικής κρίσης. Διαπιστώθηκαν αυξημένα περιστατικά βίας και κλοπών. Ένας λόγος για τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία ήταν η ελλειψόμενη χρηματοδότηση.
- Αυτοκτονίες : Αύξηση των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονιών κατά μεγάλα ποσοστά.

- **Επιδημίες :** Ύψηλό άνισο φορτίο νοσηρότητας και θνητότητας στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες από ξέσπασμα επιδημιών. Τέτοιες ήταν η πανδημική γρίπη Α, το μείζον ξέσπασμα λοιμώξεων από τον ιό του Δυτικού Νείλου, το ξέσπασμα της λοίμωξης από το αυτόχθονο πλασμώδιο της ελονοσίας και το ξέσπασμα HIV μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών.
- **Αυτοεκτίμηση υγείας :** Φτωχή αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων, που αποδόθηκε λόγω μειωμένης πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και επομένως σε χειρότερη σωματική υγείας ή λόγω αλλαγών στην ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.
- **Ωτορινολαρυγγολογική διαταραχή :** Αυξήθηκε ο αριθμός επισκέψεων σε Ωτορινολαρυγγικά εξωτερικά ιατρεία για ορισμένες διαταραχές λόγω της αυξημένης δυσφορίας και του κοινωνικού αγχους που προκλήθηκε από την οικονομική κρίση.

2. Συνέπειες για την υγειονομική περίθαλψη που διαπιστώθηκαν κατά τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης (Simou & Koutsogeorgou, 2014 : 113) :

- **Δαπάνες και διαχείριση δημόσιας υγείας :** Σημαντική μείωση των δαπανών υγείας που συνοδεύτηκε από συγχωνεύσεις ταμείων, περιορισμό προσλήψεων και μείωση τιμών φαρμάκων. Αυτά σηματοδότησαν ελάτωση των ατόμων που είχαν πρόσβαση στην περίθαλψη και επηρεασμό στην πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων.
- **Εργατικό δυναμικό υγείας :** Οι μονάδες υγείας λειτούργησαν με μειωμένο προσωπικό λόγω του σταματήματος της πρόσληψης προσωπικού. Οι μισθοί του προσωπικού υγείας μειώθηκαν κατακόρυφα και τα δώρα καταργήθηκαν. Το προσδόκιμο αποκατάστασης αυξήθηκε κατά αρκετά έτη.
- **Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης :** Κλείσιμο μονάδων υγειονομικής περίθαλψης συνέβη όταν μεγάλος αριθμός ληπτών υπηρεσιών υγείας σταμάτησε να αναζητά υγειονομική φροντίδα. Τα χειρουργεία υπέστησαν σημαντικές μειώσεις σε εξοπλισμό λόγω των περικοπών. Αυξήθηκαν κατακόρυφα οι εισαγωγές σε δημόσια νοσοκομεία λόγω μη δυνατότητας πληρωμής για ιατρική περίθαλψη.
- **Φαρμακευτική αγορά.** Οι μειώσεις στις τιμές χονδρικής και λιανικής των φαρμάκων που επεβλήθησαν από τις κυβερνήσεις, η άυξηση των φόρων και η εισαγωγή των γενοσήμων είχαν επίπτωση στην αγορά φαρμάκων. Προκλήθηκε ανεπάρκεια στη διάθεση φαρμάκων και πολλές φαρμακευτικές εταιρείες δεν διέθεταν τα σκευάσματα τους στην Ελλάδα.

- Βιοϊατρική έρευνα. Η παραγωγικότητα της βιοϊατρικής έρευνας μειώθηκε κατά τα δύο πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης και η μείωση αυτή μπορεί να προκλήθηκε από τη μείωση των διατιθέμενων κεφαλαίων.

Μακροοικονομικές συνέπειες της Ελληνικής Οικονομικής κρίσης :

- Υποχώρηση του κράτους από την κοινωνική προστασία των μισθωτών, των ανέργων, των φτωχών και των κοινωνικά αποκλεισμένων, ως συνέπεια της δραστικής μείωσης των κοινωνικών δαπανών (Sotiropoulos & Bourikos, 2014 : 36).
- Μικρή κάλυψη των ανέργων με επίδομα ανεργίας (περίπου 17% των ανέργων για το 2013) εξαιτίας του ασφαλιστικού συστήματος δύο ταχυτήτων που κάλυπτε δημοσίους υπαλλήλους και επαγγελματίες, αλλά όχι εργαζόμενους σε επισφαλείς εργασίες και αυτοαπασχολούμενους (Sotiropoulos & Bourikos, 2014 : 36).

Συνέπειες στο Ελληνικό σύστημα εκπαίδευσης:

- Μείωση εκπαιδευτικών όλων των βαθμίδων εξαιτίας των πολιτικών λιτότητας. Έως το 2014, οι περικοπές στις δαπάνες υγείας ήταν της τάξης του 32%, ενώ οι μισθοί των εκπαιδευτικών είχαν μειωθεί κατά 24% (ΕΛΣΤΑΤ, 2013).
- Εκτεταμένες συγχωνεύσεις και καταργήσεις μονάδων όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης.
- Μείωση εκπαιδευτικών λόγω ελλειψών προσλήψεων. Η πρόσληψη δασκάλων και καθηγητών έγινε σε αναλογία ένα προς 21 σε σχέση με τους αποχωρήσαντες (ΕΛΣΤΑΤ, 2013).

Η φτωχοποίηση αυτή της Ελληνικής εκπαίδευσης είχε επιπτώσεις στο μορφωτικό επίπεδο των μαθητών, ιδίως μέσω της διάλυσης της ειδικής αγωγής, της κατάργησης των θεσμών της ενισχυτικής διδασκαλίας και της πρόσθετης διδακτικής στήριξης και τον υποβιβασμό του ολόημερου σχολείου. Η μεταφορά του κόστους της εκπαίδευσης στην οικογένεια του μαθητή, η διείσδυση της ιδιωτικής επιχειρηματικότητας στην εκπαίδευση, η αποδυνάμωση της τεχνικής εκπαίδευσης είναι οι κυριότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο δημόσιο σύστημα εκπαίδευσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

### 2.1 Η Δημόσια Πολιτική

#### 2.1.1 Αντικείμενο της Δημόσιας Πολιτικής

Η δημόσια πολιτική απαντάται σαν ένας σύγχρονος κλάδος της πολιτικής επιστήμης, κατά το δευτέρου μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Αναφέρεται στις αποφάσεις και τις δράσεις κυρίως κυβερνητικών οργανισμών ή εκπροσώπων τους, που αποσκοπούν στην παρέμβαση στον υφιστάμενο τρόπο οργάνωσης και δραστηριοτήτων. Ο Anderson (2006 : 2), απέδωσε τη Δημόσια Πολιτική ως την οριοθέτηση της συμπεριφοράς ενός δρώντος ατόμου ή ενός φορέα. Τέτοιο άτομο είναι ένας υπάλληλος που εκδίδει πράξεις κατά εντολή ενός ανώτερου δημοσίου οργάνου, ενώ φορέας μια κυβερνητική υπηρεσία ή ο νομοθέτης ο οποίος εκδίδει νομοθετικές διατάξεις για τομείς που αφορούν κοινωνικές ομάδες, όπως οι μεταφορές ή η προστασία των καταναλωτών. Η Δημόσια πολιτική μπορεί να επεκταθεί ως έννοια για να περιλάβει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, περιλαμβάνει από την αρχική διατύπωση προθέσεων, τις ενδιάμεσες δράσεις ως και τα τελικά αποτελέσματα της (Cairney, 2011 : 23-24). Περιλαμβάνει όλες τις δράσεις που πραγματοποιούν οι δημόσιες αρχές, οι οποίες έχουν την εξουσία και τη δύναμη να τις πραγματοποιήσουν. Οι δράσεις αυτές γίνονται βάσει σαφώς καθορισμένων αποφάσεων που λαμβάνονται από έναν δρώντα ή ένα σύνολο δρώντων. Οι αποφάσεις αυτές δεν θα μπορούσαν να ληφθούν χωρίς τους συγκεκριμένους δρώντες, δηλαδή από δρώντες που επιθυμούν για διάφορους λόγους να λάβουν διαφορετικές αποφάσεις (Hall & Jenkins, 1995). Η δημόσια πολιτική δεν περιορίζεται μόνο σε έναν τομέα της καθημερινής ζωής, αλλά έχει ευρεία εφαρμογή σε διάφορους τομείς. Τέτοιοι τομείς αποτελούν η εκπαίδευση, ο αστικός σχεδιασμός, η εργασία, τα δικαιώματα των πολιτών, η ποιότητα του περιβάλλοντος και οι υπηρεσίες υγείας (Sabatier & Mazmanian, 1980 : 538).

Κάθε θεωρία δημόσιας πολιτικής και η επεξήγηση της επίδρασης της δημόσιας πολιτικής στην κοινωνία, απαιτεί την κατανόηση της συμπεριφοράς των εμπλεκόμενων μερών : των κυβερνητικών θεσμών, όπως κυβέρνησης, δικαστηρίων, ανωτέρων υπαλλήλων, των ομάδων συμφερόντων, του



ευρέως κοινού και των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Sabatier, 1991 : 147). Οι θεωρίες δημόσιας πολιτικής είναι ένα σύνολο αναλυτικών προτάσεων σχεδιασμένων να δομήσουν την εμπειρία και την επεξήγηση των γνώσεων σε θέματα δημόσιας πολιτικής. Οι θεωρίες δημόσιας πολιτικής διαίρονται σε τρεις κατηγορίες (Cairney, 2011 : 6) :

- προβλεπτικές ή κανονιστικές : αναφέρεται το πώς οι διαδικασίες δημόσιας πολιτικής πρέπει να είναι.
- Περιγραφικές : αναφέρονται στο πως οι διαδικασίες δημόσιας πολιτικής είναι στην πραγματικότητα
- Ιδεατού τύπου : μια αφηρημένη ιδέα που χρησιμοποιείται για να αναδείξει κάποια υποθετικά χαρακτηριστικά ενός οργανισμού ή μιας ενέργειας σε θέματα δημόσιας πολιτικής.

Οι θεωρίες δημόσιας πολιτικής είναι κρίσιμες για την κατανόηση του πως οι κυβερνήσεις ενεργούν. Οι θεωρίες αυτές αναπτύσσονται αναλυτικότερα στην ενότητα .

Η κατάρτιση της ατζέντας είναι σημαντική κατά την άσκηση δημόσιας πολιτικής από τις κυβερνήσεις. Η κατάρτιση της ατζέντας απαντά στην ανάγκη για την συζήτηση εναλλακτικών λύσεων και την απουσία μιας εκ των προτέρων επιβαλλόμενης λύσης, η οποία ανάγκη πρέπει να ικανοποιείται σε ένα δημοκρατικό πολίτευμα. Κάθε ερώτημα που τίθεται από την κοινωνία πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην κυβερνητική ατζέντα (Capella, 2016 : 676-77, 681). Σύμφωνα με τον Schattschneider (1960) στην ημερησία διάταξη της ατζέντα μπαίνουν θέματα που αναδεικνύονται από τις πολιτικές οργανώσεις και προκαλούν πολιτικές συγκρούσεις. Οι πολιτικές οργανώσεις επιλέγουν να δώσουν έκταση στα θέματα αυτά στο ευρύ κοινό και να μεγιστοποιήσουν τις συγκρούσεις ή να υπονομεύσουν τα θέματα αυτά για να ελαχιστοποιήσουν τις συγκρούσεις. Η ανάδειξη των θεμάτων εξαρτάται από τις πεποιθήσεις των πολιτικών οργανώσεων. Ο ρόλος των δημιουργών δημόσιας πολιτικής και των δρώντων που επιδιώκουν να επηρεάσουν τον τρόπο με το οποίο παράγεται δημόσια πολιτική είναι σημαντικός στη συγκρότηση της κυβερνητικής ατζέντας.

Η δημόσια πολιτική ασκείται μέσω των πολιτικών αποφάσεων που λαμβάνονται μέσα από επίσημα δίκτυα εξουσίας, όπως η κυβέρνηση και το κοινοβούλιο. Η διακυβέρνηση και η κεντρική ισχύς των πολιτικών αποφάσεων είναι σημαντική για τη χάραξη δημόσιας πολιτικής. Η δημόσια πολιτική αφορά τους κυβερνητικούς φορείς και παρουσιάζει τόσο το όραμα τους για ένα ζήτημα που απαιτεί δημόσια δράση και σε ορισμένο βαθμό, τις νομικές, τεχνικές, πρακτικές και λειτουργικές πτυχές της δράσης αυτής (Mehiriz et al., 2011). Άλλες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την υλοποίηση των πολιτικών αποφάσεων, όπως των δημοσίων υπηρεσιών, των νομικών προσώπων και της τοπικής

αυτοδιοίκησης. Η ισχύς των δρώντων καθορίζει την έκταση στην οποία κάποια πολιτική ευθυγραμμίζεται με τις κυβερνητικές αποφάσεις ή επηρεάζεται από πολιτικές κυβερνητικών ή μη κυβερνητικών δρώντων (Cairney, 2011). Σε μια ευρύτερη ερμηνεία, οι πολιτικές συμπεριφορές των πολιτικών θεσμών και των πράξεων των οργάνων της διοίκησης αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον πολιτικής και η αλληλεπίδραση αυτή είναι κομβικής σημασίας για το αποτέλεσμα (Λαδή & Νταλάκου, 2008).

Τα άτομα, οι θεσμοί και το περιβάλλον είναι επίσης σημαντικά για τη διαμόρφωση της κυβερνητικής ατζέντας. Τα άτομα είναι σημαντικά γιατί παράγουν αποφάσεις, οι θεσμοί γιατί είναι το πλαίσιο μέσα στο οποίο κάθε άτομο λειτουργεί και οι κοινωνικο-οικονομικές πιέσεις που αντιμετωπίζει και το περιβάλλον διότι αλληλεπιδρά με τα άτομα και τους θεσμούς. Επίσης, οι γραφειοκρατικές πολιτικές, τα δίκτυα πολιτικής και οι σχέσεις μεταξύ ομάδων και της κυβέρνησης καθορίζουν την κυβερνητική ατζέντα. Η σημασία των υποσυστημάτων των δικτύων πολιτικής στην οποία οι σχέσεις μεταξύ των πολιτικών δρώντων, των αιρετών πολιτικής και ομάδων συμφερόντων, είναι αυτά που τελικά καθορίζουν την ένταξη ενός θέματος στην κυβερνητική ατζέντα και ως εκ τούτου την δυνατότητα λήψης κάποιας απόφασης επί αυτού. (Cairney, 2011 : 1-4 ; Zahariadis, 2016).

### 2.1.2 *Θεωρίες Δημόσιας Πολιτικής*

Σύμφωνα με τον Easton (1953) και τη θεωρία του για τη δημόσια πολιτική, που είναι «*η εξουσιαστική κατανομή αξιών για την κοινωνία*», οργανώνεται και εκτελείται για να προσφέρει στην κοινωνία. Αυτή η δημόσια πολιτική διαφοροποιείται από τις απόψεις περί κοινωνικής ζωής οριοθετώντας ένα κοινό νόημα της πολιτικής ζωής. Οι πολιτικές δραστηριότητες στα πλαίσια άσκησης δημόσιας πολιτικής διαφοροποιούνται από τις κοινωνικές δραστηριότητες εν γένει, διότι οι πολιτικές δραστηριότητες σχετίζονται με την επιτακτική κατανομή των αξιών για την κοινωνία (Miller, 1971). Ο Easton οριοθετεί το πολιτικό σύστημα, στα πλαίσια μιας συστημικής ανάλυσης, με εισόδους τις απαιτήσεις των πολιτών και τις υποστηρίξεις των δημοσίων θέσεων και έξοδο τις αποφάσεις, στο γενικότερο πολιτικό περιβάλλον και με την απαραίτητη ανατροφοδότηση (Easton, 1965). Τοποθετεί στο κέντρο της πολιτικής δράσης την Κυβέρνηση, δεδομένου ότι είναι ο μόνος οργανισμός που μπορεί να ενεργήσει αποφασιστικά σε όλη την κοινωνία.

Ο Anderson (2006 : 2, 11) συνοψίζει τη συμβολή του Easton στην οριοθέτηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των δημόσιων πολιτικών που πηγάζουν από τις «*αρχές*» που αποφασίζουν σε ένα πολιτικό σύστημα. Οι αρχές είναι οι πρεσβύτεροι, οι ανώτατοι αρχηγοί, τα στελέχη, οι νομοθέτες, οι δικαστές, οι διοικητές, οι σύμβουλοι, οι μονάρχες. Οι αρχές είναι τα άτομα που συμμετέχουν

στις καθημερινές υποθέσεις ενός πολιτικού συστήματος, αναγνωρίζονται από τα περισσότερα μέλη του συστήματος που έχουν την ευθύνη για αυτά τα θέματα και αναλαμβάνουν δράσεις που γίνονται δεκτές και δεσμεύουν τις περισσότερες φορές από τα περισσότερα μέλη, εφόσον ενεργούν εντός των ορίων των ρόλων τους. Σύμφωνα με τον Anderson, η δημόσια πολιτική είναι μια σειρά σκοπίμων και σχετικά σταθερών ενεργειών που αναπτύσσονται από κυβερνητικά σώματα ή επίσημους φορείς εξουσίας, για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος ή ενός ζητήματος που προκαλεί το ενδιαφέρον.

Η δημόσια πολιτική διακρίνεται σε κατηγορίες, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που την αποτελούν και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα στο κοινωνικό σύνολο. Με τη διάκριση σε κατηγορίες διακρίνονται οι δημόσιες πολιτικές, οι οποίες διατρέχουν όλη τη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης καταλήγοντας στους πολίτες και διαμορφώνοντας το επίπεδο ζωής τους και τα εισοδήματά τους. Ένας από τους στοχαστές που διέκριναν τις δημόσιες πολιτικές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους είναι ο Lowi (1964). Ο Lowi ταξινομεί τις δημόσιες πολιτικές με βάση τις επιπτώσεις τους στην κοινωνία και κατ' επέκταση στους πολίτες που δρουν μέσα στην κοινωνία. Οι κατηγορίες σύμφωνα με τον Lowi είναι τρεις : η διανεμητική, η αναδιανεμητική και η ρυθμιστική πολιτική. Η διάκριση αυτή του Lowi είχε τη μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση της σύγχρονης δημόσιας πολιτικής (Sabatier, 1991 : 149). Η διανεμητική πολιτική διανέμει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες σε διακεκριμένες ομάδες πολιτών. Νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, ομάδες συμφερόντων και υποομάδες κοινότητας μπορεί να είναι οι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών. Βέβαια, τα αγαθά δεν μπορούν να διανεμηθούν σε όλους. Οπότε, θα πρέπει να επιλεγεί εάν ένας ικανός αριθμός αγαθών θα δοθεί σε επιλεγμένους και αυστηρά οριοθετημένους πληθυσμούς ή εάν ένας μικρότερος αριθμός αγαθών θα δοθεί σε ευρύτερους πληθυσμούς. Η δωρεάν εκπαίδευση που παρέχεται σε αποκλεισμένες από την εκπαίδευση ομάδες είναι ένα παράδειγμα διανεμητικής πολιτικής. Άλλα παραδείγματα είναι η ενίσχυση προϊόντων πρωτογενούς τομέα ή η απαλλαγή από φόρους ή δάνεια που δίνονται για αποφυγή κινδύνου.

Κατά την άσκηση της αναδιανεμητικής πολιτικής, η κυβέρνηση αλλάζει την υπάρχουσα κατανομή εισοδήματος προς όφελος μιας προηγουμένως αδύναμης ομάδας. Επίσης, η κυβέρνηση δύναται με κανονιστικές ρυθμίσεις να αλλάξει την κατοχή ιδιοκτησίας ή τους πόρους που χρησιμοποιεί μια κοινωνική ομάδα (Lowi, 1964). Τέτοιο παράδειγμα πολιτικής είναι η κλιμακωτή φορολόγηση, η οποία φορολογεί τις ισχυρότερες ομάδες με αυξημένο φόρο προκειμένου να ελαφρυνθούν οι ασθενέστερες. Ωστόσο, η αναδιανεμητική πολιτική έχει κατηγορηθεί για μειωμένο αντίκτυπο στη μείωση της ανισότητας λόγω δευτερευουσών συμπεριφορών. Αναδιανεμητικές πολιτικές, όπως

προοδευτικοί φόροι ή κοινωνικά οφέλη μειώνουν τα κίνητρα για εργασία ή για επενδύσεις (Doerrenberg & Peichl, 2014 : 2067).

Η ρυθμιστική – αυτορρυθμιστική πολιτική αποτελεί την τρίτη κατηγορίας πολιτικής κατά τον Lowi. Η ρυθμιστική πολιτική έχει ως επιδίωξη να θέσει κάποια εμπόδια ή φραγμούς στις δραστηριότητες των ατόμων (Breyer et al., 1992). Παράδειγμα ρυθμιστικής πολιτικής αποτελεί το γεγονός της απαίτησης της κατοχής ενός ακαδημαϊκού προσόντος προκειμένου να ασκηθεί ένα επάγγελμα. Στην αυτορρυθμιστική πολιτική απαντώνται σύλλογοι επαγγελματιών που θέτουν ορισμένες προϋποθέσεις για την άσκηση ενός επαγγέλματος. Επίσης, η θέσπιση κανόνων δικαίου προκειμένου να προστατευτούν τα άτομα από τις εγκληματικές πράξεις αποτελεί παράδειγμα ρυθμιστικής πολιτικής. Η θέσπιση κανόνων για την αποφυγή της ρύπανσης αποτελεί ένα παράδειγμα ρυθμιστικής πολιτικής προκειμένου να προστατευτούν τα άτομα και το περιβάλλον, ενώ η νομοθεσία για τις ενώσεις καταναλωτών που προστατεύουν με τις δράσεις τα ίδια τα μέλη τους και τα άτομα του κοινωνικού συνόλου εντάσσεται στην αυτορρυθμιστική πολιτική.

Ο Edelman (1965, 1977) εξέλιξε την ταξινόμηση της δημόσιας πολιτικής και ανέδειξε τη συμβολική και υποκειμενική φύση της πολιτικής για να αποκαλύψει τις λανθάνουσες έννοιες πίσω από τις πολιτικές δραστηριότητες και τη συμπεριφορά. Ως προς την ταξινόμηση της δημόσιας πολιτικής, ο Edelman την ταξινομεί σε ουσιαστική ή συμβολική. Ουσιαστική πολιτική ασκείται όταν λαμβάνονται μέτρα προκειμένου ωφελούμενα άτομα να στερηθούν πόρους οι οποίοι θα παραχωρηθούν σε άλλα άτομα. Αυτό επιτυγχάνεται όταν επιβάλλονται φορολογικοί περιορισμοί σε άτομα με ταυτόχρονη απαλλαγή από τα φορολογικά βάρη άλλων ατόμων. Μέσω του φορολογικού συστήματος είναι δυνατόν να εφαρμοστούν και τα δύο ταυτόχρονα. Αντίθετα, στη συμβολική πολιτική, επικαλούνται ανώτερες και κοινώς αποδεκτές αξίες. Τέτοιες αξίες, είναι η δικαιοσύνη σε κοινωνικά θέματα και η ευαισθησία σε θέματα περιβάλλοντος. Κείμενα πολιτικής με γενικές πολιτικές κατευθύνσεις που έχουν περισσότερο συμβολική αξία και επαφίενται στη διάθεση των πολιτών, όπως οι διάφοροι χάρτες, αποτελούν παραδείγματα συμβολικής πολιτικής. Ο Edelman (1965) διερεύνησε τη χρήση τελετών, μύθων και άλλων συμβολικών μορφών επικοινωνίας στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης και πολιτικής. Διέκρινε τη συμβατική αντίληψη και την πραγματικότητα της πολιτικής. Κατά τη συμβατικής αντίληψης της πολιτικής, τα άτομα αποκτούν πόρους ή αγαθά μέσω της πολιτικής της κυβέρνησης, ενώ κατά την πραγματικότητα της πολιτικής, όπου ο πολιτικός συμβολισμός χρησιμοποιείται για να καθησυχάσει ή να κινητοποιήσει τα άτομα μιας χώρας. Ανέπτυξε την ιδέα ότι η δημοκρατία είναι σε μεγάλο βαθμό συμβολική και εκφραστική σε λειτουργία. Η πολιτική πραγματικότητα κρύβεται από το κοινό μέσω της γενιάς κενών συμβόλων από την πολιτική ελίτ. Σύμφωνα με τον Edelman (1977), η αποδοχή των μεγάλων και

χρόνιων ανισοτήτων είναι η αιτία της παραχώρησης του μεγαλύτερου μέρους του πλούτου σε μικρό ποσοστό του πληθυσμού. Πολλοί πολιτικοί επιστήμονες και το ευρύ κοινό θεωρούν την ύπαρξη μιας τέτοιας ανισότητας δεδομένη. Ο Eldeman καταδεικνύει ότι η γλώσσα και τα σύμβολα δημιουργούν προβληματικές πεποιθήσεις τόσο στις ελίτ όσο και στις μη ελίτ που διευκολύνουν την ηρεμιστική αποδοχή της χρόνιας φτώχειας και της ανισότητας.

Ο Dye (1972) ορίζει τη δημόσια πολιτική ως «*οτιδήποτε οι κυβερνήσεις επιλέγουν να κάνουν ή να μην κάνουν*». Η υπόθεση αυτή σημαίνει ότι αν μια κυβέρνηση επιλέγει να κάνει κάτι πρέπει να υπάρχει ένας στόχος ή ένας σκοπός. Ο Dye δέχεται ότι ακόμα και η αδράνεια της κυβέρνησης θα έχει τόσο μεγάλη επίδραση στην κοινωνία όσο και η δράση της κυβέρνησης. Ο Dye μέσω μελετών περιπτώσεων, οριοθέτησε την αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων ομάδων, όπως το ρόλο των θρησκευτικών και φυλετικών ομάδων, επαγγελματίες, φορολογούμενους, διευθυντές υπηρεσιών και την επίδραση τους στη διαμόρφωση δημόσιας πολιτικής. Σύμφωνα με τον Dye, κάθε επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας προκαλεί ανάλογα προβλήματα δημόσιας πολιτικής (Λαδή & Νταλάκου, 2008 : 26).

Σύμφωνα με τον Jenkins (1978) η δημόσια πολιτική ορίζεται ως εξής: "ένα σύνολο αλληλένδετων αποφάσεων που λαμβάνονται από έναν πολιτικό παράγοντα ή μια ομάδα παραγόντων σχετικά με την επιλογή των στόχων και των μέσων για την επίτευξη τους, όταν οι αποφάσεις αυτές ανήκουν στην εξουσία αυτού του παράγοντα ή ομάδας να τις επιτύχουν". Ο Jenkins υπογραμμίζει τον αλληλεξαρτώμενο και μη απομονωμένο χαρακτήρα των αποφάσεων σε σχέση με τις δημόσιες πολιτικές μιας κυβέρνησης, οι οποίες είναι αποτέλεσμα μιας σειράς αποφάσεων που απαιτούν συντονισμό από όλους εμπλεκόμενους κυβερνητικούς φορείς. Σύμφωνα με τον Jenkins η δημόσια πολιτική επικεντρώνεται πρωτίστως στην επίτευξη ενός στόχου και στον προσδιορισμό των μέσων επίτευξης του στόχου. Ο Jenkins χρησιμοποιεί την συστημική ανάλυση για τις εισροές και εκροές του πολιτικού συστήματος, το πολιτικό σύστημα ως μαύρο κουτί και το περιβάλλον του (Λαδή & Νταλάκου, 2008 : 26).

Ο Anderson διακρίνει τις δημόσιες πολιτικές σε ουσιαστικές ή διαδικαστικές. Οι ουσιαστικές πολιτικές παράγονται από την προσπάθεια της πολιτείας για την αποδοτικότερη και δικαιότερη παραγωγή έργου. Η πολιτεία σε αυτήν την περίπτωση ενεργεί προκειμένου να παράγει άμεσα αποτελέσματα για τους πολίτες, όπως για παράδειγμα με την κατασκευή μεγάλων τεχνικών έργων. Στις διαδικαστικές πολιτικές, καθορίζεται με σαφήνεια και μεγάλη λεπτομέρεια ποιος θα δράσει και τι ακριβώς θα κάνει. Οι πολιτικές αυτές συνήθως αφορούν το αντικείμενο της οργάνωσης και λειτουργίας των δημοσίων υπηρεσιών. Επιπλέον, ο Anderson (2006 : 5-7) εισάγει τρεις βασικές

παραδοχές για τη δημόσια πολιτική. Πρώτον, η δημόσια πολιτική συνδέεται με μια στοχοθετημένη ή προσανατολισμένη προς το στόχο δράση και όχι με τυχαία συμπεριφορά ή με τυχαία περιστατικά. Οι δημόσιες πολιτικές στα σύγχρονα πολιτικά συστήματα δεν συμβαίνουν σε γενικές γραμμές. Αντίθετα, οι δημόσιες πολιτικές έχουν σχεδιαστεί για να επιτύχουν ορισμένους στόχους ή να παράγουν συγκεκριμένα αποτελέσματα, αν και αυτά δεν επιτυγχάνονται πάντοτε. Οι προτεινόμενες πολιτικές μπορούν να θεωρηθούν χρήσιμες διότι υποδεικνύουν ότι πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Δεύτερον, οι δημόσιες πολιτικές συνίστανται στη δράση με την πάροδο του χρόνου και όχι σε μεμονωμένες ενέργειες. Μια δημόσια πολιτική περιλαμβάνει όχι μόνο την απόφαση υιοθέτησης ενός νόμου ή κανόνα σε κάποιο θέμα, αλλά και τις μεταγενέστερες αποφάσεις που αποσκοπούν στην επιβολή ή εφαρμογή του νόμου ή του κανόνα. Τρίτον, οι δημόσιες πολιτικές εμφανίζονται ως ανταπόκριση κυβερνητικών αξιωματούχων και οργανισμών στις απαιτήσεις δημόσιας πολιτικής ή στις απαιτήσεις για δράση ή αδράνεια σε κάποιο δημόσιο ζήτημα από άλλους παράγοντες - ιδιώτες, εκπροσώπους ομάδων ή νομοθέτες και άλλους δημόσιους αξιωματούχους. Η διάκριση των δημοσίων πολιτικών σε κατηγορίες φαίνεται στον πίνακα 2.1.

**Πίνακας 2.1**  
**Διάκριση Δημοσίων Πολιτικών σε κατηγορίες**

Είδος	Lowi, 1964			Eldeman, 1964		Anderson, 2006.	
Κριτήριο Διάκρισης	Επιπτώσεις των διαφόρων Δημοσίων Πολιτικών στο κοινωνικό σύνολο.			Η ουσιαστική ή συμβολική όψη της πολιτικής.		Αποτέλεσμα ή διαδικασία	
Ονομασία πολιτικής	Διανεμητική πολιτική	Αναδιανεμητική πολιτική	Ρυθμιστική και αυτορρυθμιστική πολιτική	Υλικές Δημόσιες Πολιτικές	Συμβολικές Δημόσιες Πολιτικές	Ουσιαστικές (substantive) Πολιτικές	Διαδικαστικές (procedural) πολιτικές
Περιγραφή Δημόσιας Πολιτικής	Κατανομή υπηρεσιών και ωφελειών σε συγκεκριμένα τμήματα του πληθυσμού όπως ομάδες συμφερόντων νομικά πρόσωπα, κοινότητες	Το κράτος προσπαθεί να μεταβάλει την κατανομή του εισοδήματος, των πόρων και της ιδιοκτησίας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.	Περιορισμοί στη συμπεριφορά ατόμων και ομάδων. Στην αυτορρυθμιστική σύλλογοι επαγγελματιών.	Προσφορά υλικών πόρων ή δύναμης σε ωφελομένους και στέρηση από άλλους.	Επίκληση αξιών που έχουν βαθύ και καθολικό νόημα για τους πολίτες.	Καθορισμός δραστηριοτήτων της πολιτείας ώστε να επιτευχθεί αποδοτικότερη λειτουργία της κοινωνίας.	Καθορισμός επακριβώς του τρόπου με τον οποίο μπορεί να γίνει κάτι
Λειτουργία Δημόσιας Πολιτικής	Παροχή Υπηρεσιών εξατομικευμένα ή σε λίγους ή εναλλακτικά οφέλη σε μεγάλο αριθμό ατόμων.	Αναδιανομή των οικονομικών ή των θεσμικών πόρων.	Πρόληψη της εγκληματικότητας εναντίον της ζωής και της περιουσίας των ατόμων	Ενίσχυση των οικονομικών εσόδων των πολιτών ή αύξηση των φορολογικών βαρών.	Οι πολίτες καλούνται να ευαισθητοποιηθούν για την ειρήνη την περιβαλλοντική ευαισθησία ή την κοινωνική δικαιοσύνη.	Δραστηριότητες της πολιτείας που διανέμουν άμεσα κόστη και οφέλη στους πολίτες	Καθορισμός αυτού που πρόκειται να αναλάβει δράση ή καθορισμός των αρχών που διέπουν μια πολιτική.
Παραδείγματα πολιτικής	Ενίσχυση αγροτικών προϊόντων, φοροαπαλλαγές, δωρεάν εκπαίδευση, δάνεια διάσωσης	Πολιτική για τη φορολογία εισοδήματος με εφαρμογή κλιμάκων φορολόγησης.	Έλεγχος ρύπανσης, προστασία καταναλωτή, προϋποθέσεις άσκησης επαγγέλματος.	Κρατικές επιδοτήσεις σε ομάδες πολιτών ή επιχειρήσεων και φορολογία.	Χάρτες για τα δικαιώματα του πολίτη με συμβολική αξία.	Κατασκευή αυτοκινητοδρόμων	Κανόνες λειτουργίας των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών

Πηγή : βασισμένο σε Lowi, 1964, Anderson, 2006

Στην δημόσια πολιτική έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία μια διαδικασία που ονομάζεται κύκλος δημόσιας πολιτικής. Ο κύκλος της δημόσιας πολιτικής αφορά μια ακολουθία σταδίων που επαναλαμβάνεται. Τα στάδια αυτά είναι η συγκρότηση κυβερνητικής ατζέντας, η διαμόρφωση πολιτικής, η λήψη αποφάσεων, η εφαρμογή αποφάσεων και η αξιολόγηση πολιτικής. Ο κύκλος αυτός βασίζεται στο ότι η πολιτική διαδικασία δεν συμβαίνει με μια μόνο ενέργεια, αλλά από σύνολο ενεργειών που ακολουθεί η μια την άλλη. Επίσης, βασίζεται στο ότι μια αρχική ενέργεια, ακολουθείται από ενδιάμεσες ενέργειες και μια τελική ενέργεια. Αυτό δεν αντιστοιχεί απολύτως στην πραγματική διαδικασία κατά την οποία κάποιες από τις ενέργειες αυτές ενδέχεται να συμβαίνουν ταυτόχρονα ή εν μέρει παράλληλα (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993).



### 2.1.3 Πολιτικά και δημόσια πολιτική

Τα πολιτικά μπορεί να θεωρηθούν ως η σύγκρουση για τη δημιουργία δεσμευτικών κανόνων και αποφάσεων. Επίσης, ως πολιτικά μπορούν να θεωρηθούν ως ο συναγωνισμός για την ισχύ επάνω στα άτομα. Τα πολιτικά μπορούν να ταξινομηθούν σε επίσημα (formal) και ανεπίσημα (informal) πολιτικά. Τα επίσημα πολιτικά αφορούν τους δημόσιους θεσμούς, τις δημόσιες διαδικασίες και το συνταγματικό σύστημα διακυβέρνησης. Η δημόσια πολιτική, τα πολιτικά κόμματα, τα θέματα υγείας, οι εξωτερικές υποθέσεις αποτελούν αντικείμενα που εξετάζονται στα πλαίσια των επισήμων πολιτικών. Τα επίσημα πολιτικά ασκούνται μέσω επισήμων κανόνων και διαδικασιών από ένα πλήρες σύνολο νομίμων ληπτών απόφασης. Τα ανεπίσημα πολιτικά συνίστανται στις συμμαχίες που ασκούν εξουσία και στην προσπάθεια να προωθηθούν συγκεκριμένες ιδέες. Τα ανεπίσημα πολιτικά μπορούν να ασκούνται και σε επίπεδο ολίγων μελών. Τα ανεπίσημα πολιτικά ασκούνται μέσω ανεπισήμων διαδικασιών και σε περιορισμένο σύνολο ληπτών απόφασης. Μεταξύ επισήμων και ανεπισήμων πολιτικών είναι και τα ημιεπίσημα πολιτικά, που αφορούν συνήθως ενώσεις ή συλλόγους. Το χάσμα μεταξύ επισήμων και ανεπισήμων πολιτικών καλύπτεται από συμπληρώματα ή υποκατάστατα πολιτικής. Τα κριτήρια διαφοροποίησης επισήμων και ανεπισήμων πολιτικών φαίνονται στον πίνακα 2.2 (Christiansen & Neuhold, 2012).

#### Πίνακας 2.2

##### Κριτήρια διαφοροποίησης επισήμων και ανεπισήμων πολιτικών (politics)

Πολιτικά : Σύγκρουση για τη δημιουργία δεσμευτικών κανόνων και αποφάσεων

Επίσημα πολιτικά	Ανεπίσημα πολιτικά
<ul style="list-style-type: none"><li>• Πλήρες σύνολο νομίμων ληπτών απόφασης (ή επίσημα περιορισμένο θέμα)</li><li>• Επίσημοι κανόνες και διαδικασίες</li><li>• Συμφωνία σε δεσμευτικές αποφάσεις</li><li>• Ανοιχτή αρένα</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Περιορισμένο σύνολο ληπτών απόφασης (διαφοροποιημένη και μη κωδικοποιημένη ιδιότητα μέλους)</li><li>• Ανεπισημοί / ημιεπίσημοι κανόνες και διαδικασίες</li><li>• Αποφάσεις απαιτούν τυποποίηση</li><li>• Προγραμματισμένες ρυθμίσεις</li></ul>

← Συμπληρώματα (λειτουργικές δημοκρατίες)

← Υποκατάστατα (δυσλειτουργικά πολιτικά συστήματα)

Πηγή : Christiansen & Neuhold, 2012

Τα κοινωνικά κινήματα είναι σημαντικά για την κατανόηση των πολιτικών. Τα κοινωνικά κινήματα εξετάζονται μέσω της έρευνας των επαναστάσεων, των απεργιών, των πολέμων, των κοινωνικών κινήματων, των εθνοτικών κινητοποιήσεων, του εκδημοκρατισμού και του εθνικισμού. Τα κοινωνικά κινήματα απέκτησαν μεγάλη δυναμική ήδη από τη περίοδο μετά τη δεκαετία του 1960. Ο παγκόσμιος πολιτικός αναβρασμός της δεκαετίας του 1960, άλλαξε την οπτική για τη συλλογική δράση σε επίπεδο πολιτικής. Αυτή η δεκαετία αναταραχών στις μεγάλες πρωτεύουσες ήταν η πιο έντονη κινητοποίηση των μαζών κατά τον προηγούμενο αιώνα. Πολιτικά δικαιώματα και αντιπολεμικά κινήματα, εξεγέρσεις νεολαίας και φοιτητών, κινητοποιήσεις για την υπεράσπιση περιφερειακής αυτονομίας και του περιβάλλοντος και για τα δικαιώματα των γυναικών, των ομοφυλόφιλων, των ηλικιωμένων, των ατόμων με ειδικές ανάγκες και εξεγέρσεις πολλών άλλων αναδυόμενων ομάδων, ταυτοτήτων και ποικίλων αιτιών συνέκλιναν με ένα άνευ προηγουμένου κύμα αντιαποικιακών και αντιαυτοκρατορικών εξεγέρσεων σε φτωχές περιοχές του πλανήτη. Ενώ οι ταραχές στον αναπτυσσόμενο κόσμο ερμηνεύτηκαν επαρκώς με βάση ταμπέλες από τους κοινωνικούς επιστήμονες, οι αντίστοιχες στον αναπτυγμένο κόσμο εξαιτίας των ποικίλων αιτιών τους ήταν δύσκολο να ερμηνευτούν επαρκώς. (Edelman, 2001).

Τα πολιτικά έχουν στενή σχέση με τις πολιτικές οργανώσεις. Ο όρος πολιτική οργάνωση αναφέρεται σε αυτές τις πτυχές της κοινωνικής οργάνωσης που αφορά ειδικά το μάνατζμεντ των υποθέσεων της δημόσιας πολιτικής μιας κοινωνίας (Haviland, 1974). Η πολιτική οργάνωση επιδιώκει να ελέγξει την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων ατόμων ή ομάδων στην κοινωνία. Η πολιτική οργάνωση είναι το μέσο δια του οποίου η κοινωνία επιτυγχάνει τάξη και αποφεύγει την αταξία. Εφόσον τα πολιτικά ορίζονται ως συναγωνισμός ισχύος επάνω στα άτομα, τότε είναι ξεκάθαρο ότι όλες οι κοινωνίες έχουν κάποια μορφή πολιτικές οργανώσεις. Τα είδη των πολιτικών οργανώσεων στις κοινωνίες είναι :

- Κράτη
- Πολιτικά συγκροτήματα
- Αρχηγικές κινήσεις
- Ομάδες

Μια κοινωνία μπορεί να τροποποιήσει τις πολιτικές οργανώσεις προς ευρύτερους ή στενότερους σχηματισμούς, αναλόγως των αναγκών στις οποίες βρίσκεται (Hoque & Alam, 2012 : 340).

Σημαντικές πολιτικές οργανώσεις, αποτελούν οι διεθνείς οργανισμοί, κράτη και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις.

- Οι διεθνείς οργανισμοί ιδρύονται για να εξυπηρετήσουν τα κράτη μέλη που συμμετέχουν σε αυτούς σε ένα παγκόσμιο περιβάλλον στο οποίο τα μεμονωμένα αυτά μέλη δεν θα μπορούσαν να επιτύχουν τους στόχους τους. Οι διεθνείς οργανισμοί ιδρύονται ως απάντηση σε προβλήματα ελλειπούς πληροφόρησης, σε προβλήματα κόστους συναλλαγής, σε εμπόδια κατά Pareto αποδοτικότητας και για την βελτίωση ευημερίας για τα μέλη τους. Ωστόσο, ορισμένες φορές οι διεθνείς οργανισμοί απομακρύνονται από τους στόχους αυτών των θεωριών και λειτουργούν αυτόνομα προς άλλη κατεύθυνση (Barnett & Finnemore, 2004).
- Τα κράτη. Τα κράτη ορίζονται με βάση τη σύνθεση τριών βασικών χαρακτηριστικών :
  1. ένα οριοθετημένο εδαφικό πυρήνα υπό τον περισσότερο ή λιγότερο αδιαμφισβήτητο και συνεχή έλεγχο ενός κρατικού συστήματος.
  2. έναν πολιτικά οργανωμένο καταναγκαστικό, διοικητικό και συμβολικό μηχανισμό και με γενικά και με ειδικά χαρακτηριστικά
  3. έναν μόνιμο ή σταθερό πληθυσμό στον οποίο η πολιτική εξουσία του κράτους και οι αποφάσεις εφαρμόζονται από αυτό τον κρατικό μηχανισμό.
- Οι κυβερνητικές οργανώσεις είναι οργανισμοί οι οποίοι αν και δεν ανήκουν στην κυβέρνηση, χρησιμοποιούνται από την κυβέρνηση σε σημαντικά ανθρωπιστικά ζητήματα και με αυτόν τον τρόπο συμμετέχουν στην υλοποίηση πολιτικής. Οι οργανώσεις αυτές έχουν την ευελιξία του ιδιωτικού τομέα χωρίς η κυβέρνηση να παίρνει ευθύνες για τη λειτουργία τους, αλλά λειτουργούν για κυβερνητικούς σκοπούς, με χαμηλό κόστος. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις χρησιμοποιούνται για τη διόρθωση των αδικιών που αντιμετώπισαν οι κυβερνήσεις σε χώρες που επεδίωκαν ταχεία οικονομική ανάπτυξη, η πλήτονταν από κοινωνικά προβλήματα (Chengappa, 2010 : 1-2).

Η πολιτική εξετάζεται σε σχέση με το πολιτικό σύστημα. Στο γενικότερο επίπεδο εμφανίζεται η παγκόσμια πολιτική, η οποία εμφανίζεται μέσα στο παγκόσμιο πολιτικό σύστημα. Το παγκόσμιο πολιτικό σύστημα είναι τα πολιτικά όργανα που δρουν σε παγκόσμιο επίπεδο και οι ρυθμίσεις για τη διαχείριση παγκοσμίων προβλημάτων ή σχέσεων και η δομή για τη διαχείριση παγκόσμιας αλληλεξάρτησης. Σε χαμηλότερο επίπεδο βρίσκεται το Ευρωπαϊκό πολιτικό σύστημα, τα περιφερειακά πολιτικά συστήματα (στην ασφάλεια ή στη θρησκεία) όπως αυτά της και πιο χαμηλά το κάθε εθνικό πολιτικό σύστημα ή ένα τοπικό σύστημα επαρχιών, πόλεων ή χωριών. Ενώ η πολιτική εφαρμόζεται στα πλαίσια ενός κράτους και λέγεται κρατική πολιτική, στο παγκόσμιο σύστημα η απουσία κράτους αντικαθίσταται από τους οικονομικούς δρώντες που το έχουν δημιουργήσει (Modelski, 1978). Επομένως, η πολιτική είναι μια έννοια που περιλαμβάνει τόσο την δημόσια πολιτική όσο και την μη δημόσια πολιτική. Η δημόσια ή κρατική πολιτική επεκτείνεται σε

όλους τους τομείς της κοινωνίας : κοινωνική πολιτική, πολιτική σωμάτων ασφαλείας, πολιτική υγείας, φυλετική πολιτική, εκλογική πολιτική, πολιτική μειονοτήτων, μεταναστευτική πολιτική, πολιτική μειονοτήτων, πολιτική ηλικιωμένων. Η δημόσια πολιτική ασκείται μέσω της διακυβέρνησης, του τρόπου με τον οποίο διοικείται το κράτος. Έτσι, η δημόσια πολιτική ασκείται μέσω πολιτικών δικτύων, δημοσίου μανάτζμεντ, συνεργασίες τομέων της οικονομίας, συνεργασίες δημοσίων και ιδιωτικών δρώντων, κυβερνητικές εταιρείες και μεταρρυθμίσεις, στοιχεία τα οποία εντάσσονται στη διακυβέρνηση μιας χώρας (Pierre & Peters, 2019). Στη βιβλιογραφία ο όρος πολιτική αναφέρεται πολύ συχνά στη δημόσια πολιτική. Στην παρούσα εργασία εφεξής, ο όρος πολιτική αναφέρεται στη δημόσια πολιτική, που αποτελεί και βασικό αντικείμενο της έρευνας, εκτός εάν γίνεται αναφορά σε μη δημόσια πολιτική (όπως η παγκόσμια πολιτική).

Τα πολιτικά αλληλεπιδρούν σε ένα σημαντικό βαθμό με τη Δημόσια Πολιτική στους περισσότερους από τους τομείς της δημόσιας ζωής. Η σχέση αυτή ήταν αναπάντητη έως τη δεκαετία του 1970, καθώς ο Easton (1965), εκ των θεμελιωτών της πολιτικής επιστήμης, θεωρούσε το πολιτικό –διοικητικό σύστημα ως ένα μαύρο κουτί μεταξύ των πολιτικών εισροών (απαιτήσεις και υποστήριξη από τους πολίτες) και πολιτικά αποτελέσματα (νόμοι και προγράμματα). Η στενή αυτή σχέση υποστηρίχθηκε και αποδειχτηκε από τον Lowi (1972) ο οποίος υποστήριξε ότι οι πολιτικές καθορίζουν τα πολιτικά. Η σχέση αυτή αποδεικνύεται εκ του γεγονότος ότι επειδή το περιεχόμενο της κρατικής πολιτικής (διανεμητικής, αναδιανεμητικής ή ρυθμιστικής) υποδηλώνει συγκεκριμένα αποτελέσματα, αυτό οδηγεί σε συγκεκριμένες απαντήσεις από αυτούς που επηρεάζονται και έχουν αντίκτυπο στην πολιτική συζήτηση όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων και την εφαρμογή τους. Τα προσδοκώμενα και όχι τα πραγματικά αποτελέσματα μιας πολιτικής είναι αυτά που καθορίζουν τα πολιτικά όλων των εμπλεκόμενων μερών. Αυτό οδηγεί τη διαπραγμάτευση σε διάφορες αρένες πολιτικής με χαρακτηριστικά σύγκρουσης ή συναίνεσης. Έτσι, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα είναι αυτά που καθορίζουν την πολιτική και τις διαμάχες που γίνονται μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Για παράδειγμα, μια ρύθμιση για την απελευθέρωση της αγοράς εργασίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορεί να προκαλέσει έντονη διαμάχη μεταξύ ομάδων που θεωρούν ότι ωφελούνται ή θίγονται. Επίσης, μια δημόσια πολιτική για την αύξηση των νηπιαγωγείων σε εποχές μείωσης των νηπίων, μπορεί να προκαλέσει διαμάχη μεταξύ των μονογονεϊκών νοικοκυριών που αναμένουν οφέλη από την αύξηση αυτή και των υπολοίπων νοικοκυριών (Heinelt, 2007).

Η δημόσια πολιτική επηρεάζει το ευρύ κοινό και με αυτόν τον τρόπο διαμορφώνει τα πολιτικά. Οι δημόσιες πολιτικές επηρεάζουν το πολιτικό σύστημα, διαμορφώνοντας επερχόμενα πολιτικά αποτελέσματα. Ασκούν αυτό το αποτέλεσμα, αλλάζοντας τις ικανότητες, τα συμφέροντα και τις

πεποιθήσεις των πολιτικών ελίτ και των κρατων, αλλά και εκείνων του κοινού. Οι δημόσιες πολιτικές μπορούν να διαμορφώσουν τα πολιτικά αποτελέσματα και τις συμπεριφορές. Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να είναι θετικά ή αρνητικά, ενισχύοντας ή υποτιμώντας την συμμετοχή των πολιτών. Έτσι, η ίδια η δημόσια πολιτική διαμορφώνει την απόσταση των πολιτών από την κυβέρνηση και με τον τρόπο αυτό την ίδια την πολιτική. Οι θεσμοί, μαζί με τις δημόσιες πολιτικές, διαμορφώνουν τα ενδιαφέροντα και την επιλογή μεταξύ εκλεγμένων πολιτικών, γραφειοκρατιών, ομάδων συμφερόντων και άλλων ελίτ παραγόντων μέσω μηχανισμών όπως το path dependence, οι αυξανόμενες αποδόσεις και οι αυτοσυντηρούμενες διαδικασίες. Συνοπτικά, οι ίδιες οι πολιτικές μπορούν να είναι αιτιώδεις, να διαμορφώνουν το πολιτικό τοπίο και να επηρεάζουν τις ικανότητες, τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις των πολιτικών παραγόντων και του ίδιου του κράτους (Campbell, 2012 : 334).

Η πολιτική παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του τρόπου με τον οποίο οι πολίτες και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αναγνωρίζουν και καθορίζουν προβλήματα με τις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες. Επίσης, παίζει ρόλο στη διευκόλυνση ορισμένων ειδών παρεμβάσεων, και στη δημιουργία ποικίλων προκλήσεων κατά την εφαρμογή της πολιτικής. Είναι σημαντικό οι δράστες σε διάφορους επαγγελματικούς χώρους (όπως οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας) να κατανοήσουν τις πολιτικές διαστάσεις των προβλημάτων και τις προτεινόμενες λύσεις, είτε κατέχουν θέσεις στην κυβέρνηση, σε ομάδες υπεράσπισης, σε ερευνητικούς οργανισμούς. Αυτή η κατανόηση μπορεί να βοηθήσει τους ηγέτες να προβλέψουν καλύτερα τόσο τους βραχυπρόθεσμους περιορισμούς όσο και τις μακροπρόθεσμες ευκαιρίες για αλλαγή (Oliver, 2006).

Οι σχέσεις μεταξύ πολιτικής και των πολιτικών μπορούν να αναλυθούν σε διαστάσεις, ως προς την αναμενόμενη επίλυση ενός προβλήματος. Η αναμενόμενες λύσεις του προβλήματος αυτού μπορεί να προκαλέσουν την αντιπαράθεση ατόμων ή ομάδων που θεωρούν ότι θα ωφεληθούν ή θα βλαφθούν από τις λύσεις αυτές. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής :

- Διαφοροποιητικές ή γενικές επιπτώσεις του προβλήματος. Το πρόβλημα μπορεί να θεωρηθεί ότι αναφέρεται σε ορισμένες ομάδες ή στο γενικό σύνολο. Ένα τέτοιο πρόβλημα είναι η ανεργία, που πλήττει ορισμένα άτομα στερώντας τους τη δυνατότητα προς το ζην, αλλά όχι όλα τα άτομα. Ορισμένες απόψεις συγκλίνουν στην ατομική ευθύνη του καθενός για το πρόβλημα εργασίας του ενώ άλλες ότι το πρόβλημα είναι γενικότερο και κοινωνικό (Cebulla, 2000). Αυτές σχετίζονται με τις επιπτώσεις της επικινδυνότητας και του κινδύνου. Η επικινδυνότητα είναι η έκθεση σε κάποιο ενδεχόμενο και εξαρτάται από τη δράση ή τη μη

αντίδραση ενός ατόμου. Ο κίνδυνος είναι ανεξάρτητος από την αντίδραση την ατομική επιρροή (Luhmann, 1991).

- Αποτελέσματα ατομικοποίησης και συλλογικής πολιτικής. Ο στόχος μιας πολιτικής είναι μεμονωμένα άτομα ή μια ομάδα. Ανάλογα του στόχου σχεδιάζεται ενεργητική η παθητική πολιτική. Στην περίπτωση της ανεργίας, η ενεργητική πολιτική αγοράς εργασίας στοχεύει στην εξασφάλιση της εύρεσης εργασίας για ορισμένα άτομα, ενώ η παθητική πολιτική αγοράς εργασίας στοχεύει στην παροχή βοήθειας για την αντιμετώπιση των συνεπειών ανεργίας (Schmid et al., 1992 : 79-82).
- Προβλεψιμότητα. Τα αποτελέσματα των πολιτικών αποφάσεων είναι διαφορετικά ανά τομέα πολιτικής και μπορεί να προκαλέσουν συγκρούσεις μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών σχετικά με την εφαρμογή τους. Η μείωση των ωρών εργασίας δεν θα οδηγήσει σίγουρα στην αύξηση της απασχόλησης. Αντίθετα, τα μοντέλα για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στην συνταξιοδοτική αγορά μπορεί να οδηγήσουν σε σίγουρα αποτελέσματα.
- Αλληλεξαρτησιση και όρια πολιτικής. Τα όρια μέσα στα οποία μπορεί να κινηθεί η πολιτική και η σταθερότητα αυτών, αποτελεί ένα στοιχείο που επηρεάζει την αλληλεπίδραση της πολιτικής με τα πολιτικά. Η αλλαγή ορίων πολιτικής συνδέεται με δράσεις που είναι πολυστρωματικές, πολύπλοκες και συγκεχυμένες ως προς τα αποτελέματά τους. Οι δρώντες μπορεί να εισέλθουν ή να εγκαταλείψουν την αρένα, νέοι δεσμοί μπορεί να εξελιχθούν να χαλαρώσουν ή ακόμα και να κοπούν. Οι πολιτικοί στόχοι ενδέχεται να κοπούν, να μεταρρυθμιστούν ή ακόμα και να καταργηθούν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αγορά εργασίας, η οποία χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά αυξημένη μεταβλητότητα ορίων σε σχέση για παράδειγμα με τον τομέα των συντάξεων, της εκπαίδευσης ή της αστικής αναγέννησης. Οι διαστάσεις για τη διάκριση μεταξύ πολιτικής και πολιτικών φαίνονται στον πίνακα 2.3. Στον πίνακα αυτό απεικονίζονται οι διαστάσεις αυτές μαζί με δύο παραδείγματα για την εφαρμογή αυτών των διαστάσεων, ένα για την πολιτική ενεργού αγοράς εργασίας και ένα για τη δημόσια πολιτική συνταξιοδότησης γήρατος (Heinelt, 2007).

### Πίνακας 2.3

#### Διαστάσεις για τη διάκριση σχέσεων μεταξύ πολιτικής και πολιτικών

Διαστάσεις	Παραδείγματα	
	Πολιτική ενεργού αγοράς εργασίας	Δημόσια πολιτική συνταξιοδότησης γήρατος
Εφαρμογή ενός προβλήματος: Επιλεκτικό έναντι καθολικού	(κοινωνικά) επιλεκτικό	Καθολικό
Αποτελέσματα πολιτικής: εξατομικευμένη έναντι συλλογικής	Εξατομικευμένη	Συλλογική
Προβλεψιμότητα	Σχετικά σαφής	Σαφής
Όρια πολιτικής	Σταθερή	Μετατοπισμένη
Αλληλεξάρτηση πολιτικής	Ουσιαστική	Περιορισμένη

Πηγή : Heinelt, 2007

Οι διαστάσεις αυτές είναι που προκαλούν την πολιτική και τις αντιπαραθέσεις σε επίπεδο κομμάτων, πολιτικών σχηματισμών, θεσμών, σωματείων, ενώσεων ή οποιωνδήποτε άλλων πολιτικών σχηματισμών, δηλαδή τα πολιτικά.

## 2.2 Η αλλαγή πολιτικής

### 2.2.1 Η διαδικασία αλλαγής πολιτικής

Η αλλαγή πολιτικής ορίζεται ως η διαδικασία διαδοχικών αλλαγών στην υπάρχουσα πολιτική ή η εφαρμογή νέων και καινοτόμων πολιτικών (Bennett & Howlett, 1992). Διάφορα υποδείγματα σχετικά με την αλλαγή πολιτικής έχουν συζητηθεί και επικρατήσει, τα κυριότερα από τα οποία αναφέρουμε στη συνέχεια. Τα υποδείγματα αυτά έχουν εφαρμοστεί για τις αλλαγές πολιτικής που έχουν συμβεί στο παρελθόν και η γνώση τους μπορεί να χρησιμεύσει για την πρόβλεψη και ερμηνεία των αλλαγών πολιτικών που θα συμβούν στο μέλλον.

Σύμφωνα με το υπόδειγμα του Hall (1993) για την αλλαγή πολιτικής, οι εξωγενείς κρίσεις και οι αποτυχίες πολιτικής μπορεί να ενεργοποιήσουν διαδικασίες που οδηγούν σε ιδεολογική αλλαγή κάτι που οδηγεί στην επανεξέταση των συστημάτων πεποίθησης που έχουν δημιουργηθεί. Σύμφωνα με το υπόδειγμα αυτό, υπάρχουν αλλαγές πολιτικής διακρίνονται τρεις τάξεις αλλαγής

πολιτικής : πολιτική αλλαγή πρώτης τάξης, στην οποία αλλάζουν οι θέσεις των οργάνων που αποφασίζουν για πολιτικούς στόχους, όπως η τροποποίηση στόχων για τις ανισότητες μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. Η αλλαγή πολιτικής πρώτης τάξης αντιπροσωπεύει μια αλλαγή των μέσων πολιτικής (policy instrument) και αποτελεί μια απάντηση στην ανατροφοδότηση πολιτικής. Δευτερογενής αλλαγή πολιτικής, στην οποία αλλάζουν οι βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Στη δεύτερη τάξης αλλαγή πολιτικής είναι μια αλλαγή στα μέσα πολιτικής και στις ρυθμίσεις τους. Τέτοια αλλαγή πολιτικής αποτελούν οι διαφορετικές από τις προϋπάρχουσες πολιτικές πρωτοβουλίες για την επίτευξη στόχων μείωσης ανισοτήτων μεταξύ ομάδων του πληθυσμού. Στην πρώτη και δεύτερης τάξης η αλλαγή πολιτικής επηρεάζεται από πρωτοβουλίες των λεγόμενων επιχειρηματικών πολιτικής (ατόμων που επηρεάζουν τους πολιτικούς, ενώ στην τρίτης τάξης οι πολιτικοί παίζουν ανεξάρτητο ρόλο. Τρίτης τάξης αλλαγή πολιτικής (ή υπόδειγμα αλλαγής), στην οποία αναδύεται ένας εντελώς νέος τρόπος σκέψης για ένα πολιτικό ζήτημα. Στην αλλαγή τρίτης τάξης, τα μέσα πολιτικής αλλάζουν τα ίδια και οι στόχοι πολιτικής αλλάζουν δραστικά. Ο νέος αυτός τρόπος σκέψης αλλάζει τους πολιτικούς στόχους, τον πολιτικό λόγο και τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται για την υλοποίηση αυτών των πολιτικών. Παράδειγμα τέτοιας αλλαγής είναι η ριζική αλλαγή οικονομικής πολιτικής (Hogan & Feeney, 2012, Smith, 2013).

Το υπόδειγμα του Pierson (2000) για την αλλαγή πολιτικής “Path Dependence” υποστηρίζει ότι είναι δύσκολο να αλλαχθεί η πολιτική μιας χώρας διότι οι δρώντες τείνουν να διατηρήσουν την υφιστάμενη πολιτική και οι θεσμοί είναι σχεδιασμένοι έτσι ώστε να την υποστηρίζουν. Οι δημόσιες πολιτικές και οι θεσμοί είναι σχεδιασμένοι με τέτοιο τρόπο προκειμένου να υλοποιήσουν συγκεκριμένους στόχους και ο σχεδιασμός αυτός είναι δύσκολο να ανατραπεί ώστε να εφαρμοστεί μια εντελώς νέα πολιτική. Οι προηγούμενες πολιτικές αποφάσεις εντάσσονται σε μια πολιτική κατεύθυνση που οδηγεί προς κάποιο σημείο, και κατά συνέπεια εξυπηρετούν τη συνέχιση της πολιτικής αυτής και όχι την αλλαγή της. Η εξάρτηση από το μονοπάτι σημαίνει ότι, όταν μια χώρα έχει ξεκινήσει την εφαρμογή μιας πολιτικής, το κόστος αλλαγής πολιτικής είναι πολύ υψηλό. Η παγίωση των ρυθμίσεων που πραγματοποιούν οι θεσμοί για την εφαρμογή της αρχικής πολιτικής, κάνουν ιδιαίτερα δύσκολη την αντιστροφή της αρχικής επιλογής. Η πορεία των πολιτικών διαδικασιών και η διαπίστωση των επιμέρους αποτελέσματα τους ή απρόβλεπτα γεγονότα δύνανται να τροποποιήσουν τις ίδιες τις πολιτικές διαδικασίες και την ίδια την ασκούμενη πολιτική. Μικρά σε έκταση γεγονότα μπορούν να τροποποιήσουν δραστικά την πολιτική διαδικασία. Δεν είναι απαραίτητο να συμβούν μεγάλης έκτασης πολιτικά γεγονότα για να τροποποιηθεί η πορεία της πολιτικής διαδικασίας. Κρίσιμες στιγμές ή πολιτικές αλληλεπιδράσεις μπορούν να επιφέρουν μεγάλη αλλαγή στην πολιτική διαδικασία. Όταν ένα τέτοιο γεγονός επιφέρει αλλαγή στην



ασκούμενη πολιτική, το αποτέλεσμα είναι σχεδόν αδύνατο να αντιστραφεί. Σύμφωνα με τον Levi, (1997) όταν μια χώρα έχει υιοθετήσει μια συγκεκριμένη πολιτική, υπάρχει σημαντικό κόστος που δυσκολεύει την αλλαγή της πολιτικής, το οποίο εντοπίζεται στο ότι απαιτούνται νέοι πόροι για να υλοποιηθεί η νέα πολιτική, ενώ οι πόροι που έχουν διατεθεί για την υλοποίηση της παλαιάς πολιτικής θα πάνε χαμένοι.

Σύμφωνα με το υπόδειγμα των Sabatier και Jenkins-Smith (1993) για το «πλαίσιο συνασπισμού» (advocacy coalition framework – ACF) η πολιτική διαδικασία είναι διαρκής, χωρίς οριοθετημένη αρχή και τέλος. Η πολιτική διαδικασία επηρεάζεται από τις ομάδες συμφερόντων, οι οποίες συνασπίζονται σε δίκτυα συνασπισμού και δρουν μέσα σε ένα υποσύστημα πολιτικής. Το βασικό στοιχείο το οποίο επιδρά στην πολιτική διαδικασία είναι το υποσύστημα πολιτικής, το οποίο είναι ο πολιτικός χώρος στον οποίον οι δρώντες αλληλεπιδρούν. Οι Δρώντες που αλληλεπιδρούν στο υποσύστημα πολιτικής προέρχονται από ιδιωτικούς ή δημόσιους οργανισμούς. Μέσα στα υποσυστήματα πολιτικής υπάρχουν οι ομάδες συνασπισμού, στις οποίες συνασπίζονται οι δρώντες. Οι δρώντες αυτοί μοιράζονται κοινές αξίες και παραστάσεις, οι οποίες τους οδηγούν στα δεδομένα από μια κοινή σκοπιά. Με τον τρόπο αυτό, οι δρώντες μιας ομάδας συνασπισμού ερμηνεύουν τα πολιτικά δεδομένα με ένα κοινό τρόπο, αλλά με διαφορετικό τρόπο από τους δρώντες μιας άλλης ομάδας συνασπισμού. Οι δρώντες μιας ομάδας συνασπισμού επιχειρούν να δράσουν πολιτικά ώστε να θεραπεύσουν ένα πρόβλημα που έχουν εντοπίσει. Εμφανίζονται όμως άλλοι δρώντες, οι οποίοι αντιδρούν στο πρόγραμμα για τους δικούς τους λόγους. Δημιουργείται με τον τρόπο αυτόν ένα περιβάλλον σύγκρουσης μέσα στο οποίο συντίθεται η πολιτική δράση, με τη βοήθεια των λεγόμενων διαμεσολαβητών πολιτικής.

Οι διαμεσολαβητές πολιτικής είναι ομάδες οι οποίες διαμεσολαβούν μεταξύ των δρώντων που ανήκουν σε διαφορετικές ομάδες συνασπισμού (Sabatier et al., 2005). Η αλλαγή πολιτικής σύμφωνα με το ACF, μπορεί να συμβεί σε ένα υποσύστημα λόγω εσωτερικών ή εξωτερικών μεταβολών. Για την αλλαγή πολιτικής σε ένα πολιτικό υποσύστημα μέσω εξωτερικών μεταβολών, σημειώνεται ότι δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί όσο ο συνασπισμός υπεράσπισης της πολιτικής που έχει σχεδιαστεί παραμένει στην εξουσία, εκτός εάν ένα ανώτερο σύστημα πολιτικής που έχει τη δυνατότητα, επιβάλλει τις αλλαγές στο προαναφερόμενο πολιτικό υποσύστημα. (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). Οι αλλαγές στην κοινή γνώμη, οι αλλαγές στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και οι αλλαγές σε άλλο υποσύστημα συνδεδεμένο με το υποσύστημα πολιτικής μπορεί να προκαλέσουν αλλαγή πολιτικής στο υποσύστημα αναφοράς μέσω εξωτερικών μεταβολών. Πέρα από τις αλλαγές πολιτικής λόγω των εξωτερικών μεταβολών ενός πολιτικού υποσυστήματος, ενδέχεται να συμβούν αλλαγές πολιτικής λόγω εσωτερικών μεταβολών ενός πολιτικού

υποσυστήματος. Μια τέτοια αλλαγή μπορεί να συμβεί όταν ο συνασπισμός υπεράσπισης αντιληφθεί ότι έχει δημιουργηθεί ένα αδιέξοδο το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την υπάρχουσα πολιτική, οπότε η πολιτική πρέπει να επαναδιατυπωθεί. Ένας άλλος λόγος μπορεί να είναι η εισροή δρώντων από άλλους συνασπισμούς υπεράσπισης στο συγκεκριμένο συνασπισμό που χαράσσει την πολιτική, με αποτέλεσμα την άσκηση πιέσεων για την αλλαγή της πολιτικής αυτής. Ένας ακόμη λόγος είναι όταν έχουν δημιουργηθεί αλλαγές στο εσωτερικό του πολιτικού υποσυστήματος, όπως η συναίνεση για την αλλαγή πολιτικής μετά από διαβουλεύσεις ή η εμφάνιση ενός διαμεσολαβητής μεταξύ των συνασπισμών ο οποίος σταδιακά οδηγεί στην αλλαγή πολιτικής (Sabatier et al., 2005). Στην εικόνα 2.1 φαίνεται ένα διάγραμμα ροής για το advocacy coalition framework. Οι σχετικά σταθερές παράμετροι μιας διαδικασίας επιδρούν αρχικά στις μακροπρόθεσμες δομές πολιτικών συνασπισμών και τα γεγονότα πολιτικών υποσυστημάτων. Μέσω των βραχυπρόθεσμων περιορισμών και πόρων των δρώντων των υποσυστημάτων, επιδρούν στα πολιτικά υποσυστήματα που καθορίζουν τις πολιτικές αποφάσεις.

Το πλαίσιο ACF κάνει διάκριση μεταξύ πρωτεύουσας (σημαντικής) και δευτερεύουσας αλλαγής πολιτικής. Σημαντική αλλαγή πολιτικής είναι οι αλλαγές πολιτικής σε επίπεδο υποσυστήματος (αλλαγές στις βασικές πτυχές της πολιτικής του υποσυστήματος). Το πλαίσιο ACF ορίζει τις μικρές αλλαγές πολιτικής ως αλλαγές σε συγκεκριμένο υποσυστατικό του υποσυστήματος πολιτικής (αλλαγές στο δευτερεύουσες πτυχές του υποσυστήματος πολιτικής). Μικρές αλλαγές πολιτικής εμφανίζονται συχνότερα και έχουν μικρότερο μέγεθος είτε στο ουσιαστικό είτε στο εδαφικό πεδίο εφαρμογής ενός υποσυστήματος πολιτικής. Το ACF ορίζει τρεις μηχανισμούς που οδηγούν σε μικρές ή σημαντικές αλλαγές πολιτικής (Weible & Sabatier, 2007) :

- Εξωγενές σοκ. Τα εξωτερικά σοκ είναι συμβάντα που συμβαίνουν εκτός ενός υποσυστήματος πολιτικής, για παράδειγμα οι αλλαγές στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οι αλλαγές στους κυβερνητικούς συνασπισμούς και οι επιπτώσεις από άλλα υποσυστήματα. Τα εξωτερικά σοκ μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγή πολιτικής με τουλάχιστον δύο τρόπους.
  - (1) Τα εξωτερικά σοκ ενδέχεται να μετατοπίσουν πόρους ή να ανοίξουν / κλείσουν χώρο λόγω της ανανεωμένης προσοχής του κοινού ή των υπευθύνων λήψης αποφάσεων. Αυτό ρυθμίζει την ισχύ μεταξύ των συνασπισμών, μεταφέροντας έτσι το πλεονέκτημα σε ένα διαφορετικό συνασπισμό με διαφορετικές βασικές πεποιθήσεις πολιτικής και δυνητικά οδηγεί σε σημαντική αλλαγή πολιτικής. Με άλλα λόγια, τα εξωτερικά σοκ μπορούν να οδηγήσουν στην αντικατάσταση ενός κυρίαρχου κυρίαρχου συνασπισμού υπεράσπισης έναντι ενός άλλου (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

(2) Τα εξωτερικά σοκ μπορούν να αλλάξουν τις βασικές πεποιθήσεις της πολιτικής του κυρίαρχου συνασπισμού υπεράσπισης στο υποσύστημα πολιτικής, οι οποίες οδηγούν σε σημαντικές αλλαγές πολιτικής. Για παράδειγμα, ένας προ-νομοθετικός συνασπισμός μπορεί να επανεξετάσει τις δυσμενείς οικονομικές επιπτώσεις που μπορούν να προκύψουν από την εφαρμογή αυστηρών ελέγχων κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ύφεσης.

- Γενική συσσώρευση επιστημονικών / τεχνικών στοιχείων. Ένας δεύτερος μηχανισμός αλλαγής πολιτικής είναι μέσω της αλλαγής πεποιθήσεων μέσω μάθησης προσανατολισμένης στην πολιτική, η οποία προκύπτει από τη σταδιακή συσσώρευση πληροφοριών, όπως μια επιστημονική μελέτη ή ανάλυση πολιτικής (Weiss, 1977). Το πλαίσιο ACF ορίζει τη μάθηση προσανατολισμένη γνώμονα την πολιτική ως «σχετικά ανθεκτικές αλλαγές στη σκέψη ή αλλαγές στις συμπεριφορές που προέρχονται από την εμπειρία ή / και τις νέες πληροφορίες που αφορούν την επίτευξη ή αναθεώρηση των στόχων πολιτικής» (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Η εκμάθηση με πολιτικό προσανατολισμό επηρεάζει τις πεποιθήσεις των παραγόντων εντός του υποσυστήματος πολιτικής, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε δευτερεύουσα ή ακόμη και μεγάλη αλλαγή πολιτικής σε παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Η μάθηση αναστέλλεται, ωστόσο, επειδή τα άτομα αντιμετωπίζουν γνωστικούς περιορισμούς και φιλτράρουν ή αποφεύγουν τις εμπιστευτικές πληροφορίες. Ενώ τα εξωτερικά σοκ μπορεί να οδηγήσουν σε ταχείες αλλαγές στις ατομικές βασικές πεποιθήσεις της πολιτικής και, κατά συνέπεια, στο βασικές πτυχές πολιτικής ενός υποσυστήματος πολιτικής, η μάθηση προσανατολισμένη στην πολιτική μπορεί να διαρκέσει δέκα χρόνια ή περισσότερο.
- Βλαβερό αδιέξοδο. Ένας τρίτος μηχανισμός αλλαγής πολιτικής είναι ένα αδιέξοδο που βλάπτει (Zartman, 1991). Η βασική προϋπόθεση για την επιτυχή διαπραγμάτευση είναι μια κατάσταση στην οποία όλα τα μέρη που εμπλέκονται στη διαφωνία βλέπουν τη συνέχιση του status quo ως απαράδεκτη και να εξαντληθούν όλον τον εναλλακτικοί χώρο δυνατοτήτων για να επιτευχθούν στόχοι. Η υπόθεση είναι ότι τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με το status quo έχουν κίνητρο να σταματήσουν κάθε διαπραγμάτευση. Έτσι, η διαπραγμάτευση μαζί τους είναι μάλλον χάσιμο χρόνου. Μόνο όταν και οι δύο συνασπισμοί είναι εκτός επιλογής και δυσαρεστημένοι με την τρέχουσα κατάσταση είναι πρόθυμοι για συμβιβασμό και διαπραγμάτευση σημαντικών αλλαγών πολιτικής.

Κατά τον Hecló (1974), θεμελιωτή του υποδείγματος για τη μάθηση πολιτικής (policy learning) υπογραμμίζεται η σημασία της μάθησης, ιδίως σε σχέση με την εξουσία και την πολιτική, στον

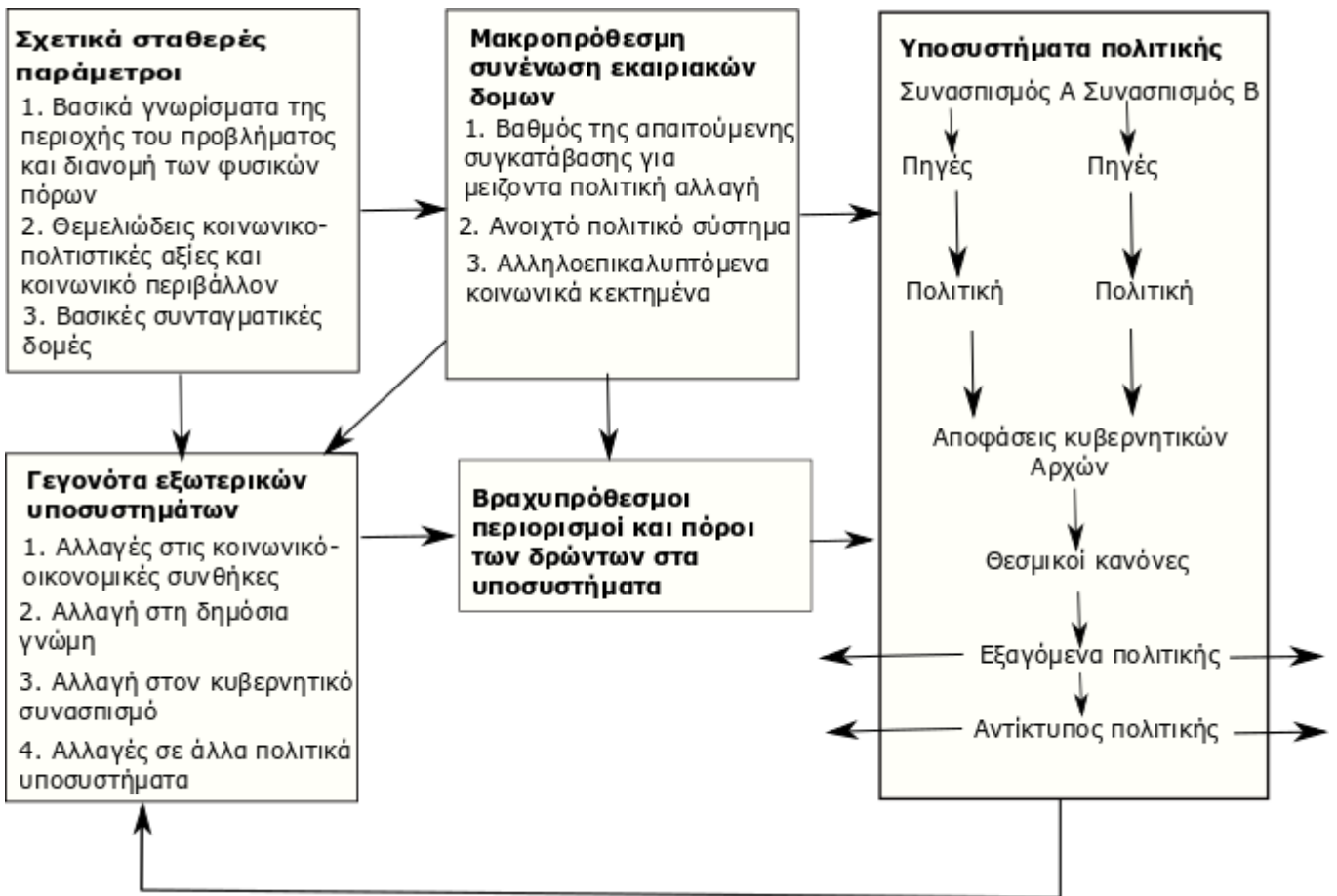
τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα στη διαμόρφωση κυβερνητικών αποφάσεων. Για τη λειτουργία της κυβέρνησης και την ανάπτυξη των πολιτικών, πρέπει να δημιουργηθούν, να αφομοιωθούν και να οργανωθούν γνώσεις, ώστε να μειωθούν οι αβεβαιότητες ως προς τη λήψη αποφάσεων. Η μάθηση πολιτικής αναφέρεται σε «σχετικά διαρκείς μεταβολές της σκέψης ή συμπεριφορικές προθέσεις που προκύπτουν από την εμπειρία και που αφορούν την επίτευξη (ή αναθεώρηση) των στόχων πολιτικής». Η μάθηση πολιτικής είναι μια διαφορετική κατηγορία αλλαγής πολιτικής που δεν σχετίζεται με την άνοδο μιας νέας κυβέρνησης ούτε με τις εξωτερικές συνθήκες, όπως τις μακροοικονομικές αλλαγές.

Η μάθηση πολιτικής συνδέεται με την ACF, δεδομένου ότι χρησιμοποιεί τους συνασπισμούς υπεράσπισης. Η μάθηση είναι μια διαδικασία κατά την οποία τα δίκτυα πολιτικής μαθαίνουν μέσω της εμπειρίας επί δεκαετία τουλάχιστον πολιτικής δράσης (Bennet and Howlet, 1992). Στη συνέχεια, το αποτέλεσμα της μάθησης αυτής παρέχει μια αλλαγή εκ των έσω. Οι κυβερνήσεις, οι περιφέρειες και η αυτοδιοίκηση μπορεί να μάθουν από άλλους, μελετώντας πετυχημένες εφαρμογές πολιτικών και αλλάζοντας τις πεποιθήσεις τους.

Το υπόδειγμα των Streek & Thelen (2005) αναφέρεται στη θεσμική αλλαγή (Institutional Change). Η θεσμική αλλαγή δεν ταυτίζεται πλήρως με την αλλαγή πολιτικής. Ωστόσο, η θεσμική αλλαγή ταυτίζεται με την αλλαγή πολιτικής όταν οι πολιτικές ορίζουν κανόνες που εκχωρούν σημαντικά δικαιώματα σε φορείς οι οποίοι φροντίζουν για το κοινό τους, σαν μία τρίτη δύναμη. Νέες πολιτικές προκλήσεις ή αλλαγές στις σχέσεις εξουσίας ή ακόμα και πολιτική αμφισβήτηση για τους σκοπούς που εξυπηρετεί ένας πολιτικός θεσμός μπορεί να οδηγήσει σε θεσμική αλλαγή. Η θεσμική αλλαγή πραγματοποιείται σταδιακά. Αρχικά συμβαίνει ένας εκτοπισμός, κατά τον οποίο θεσμοί που αρχικά κυριαρχούν και βαθμιαία έχουν ατονήσει, εκτοπίζονται από υφιστάμενους ανερχόμενους θεσμούς. Ο εκτοπισμός ακολουθείται από τη στρωματοποίηση, κατά την οποία μαζί με τους υφιστάμενους θεσμούς εμφανίζονται και νέοι θεσμοί. Στη συνέχεια συμβαίνει η ολίσθηση, ένα στάδιο κατά το οποίο διαπιστώνεται η αναποτελεσματικότητα των νέων θεσμών με αποτέλεσμα αυτοί να καθίστανται μη ελκυστικοί και να απαξιώνονται. Τέλος, συμβαίνει η μετατροπή, κατά την οποία οι αρχικοί θεσμοί εγκαταλείπουν τις αρχικές λειτουργίες τους και επικεντρώνονται σε άλλες λειτουργίες. Τέλος, κατά το στάδιο της εξάντλησης, οι θεσμοί διαλύονται σταδιακά, με αποτέλεσμα την πλήρη εξαφάνισή τους. Σύμφωνα με τους Hall & Thelen (2009), οι υφιστάμενοι θεσμοί επιδιώκουν τη θεσμική σταθερότητα, μέσω της εξασφάλισης της συνέχισης της ευημερίας τους αλλά και μέσα από τα διανεμητικά οφέλη που παρέχουν στους υποκείμενους κοινωνικούς ή πολιτικούς συνασπισμούς.

Εικόνα 2.1

Διάγραμμα ροής για το advocacy coalition framework



Πηγή : Weible et al., 2011

Οι Rhodes & Marsh (1992) ανέπτυξαν το υπόδειγμα των δικτύων πολιτικής, το οποίο επίσης αναφέρεται στην αλλαγή πολιτικής. Το δίκτυο πολιτικής είναι ένα σύμπλεγμα ή δίκτυο οργανώσεων που συνδέονται μεταξύ τους με εξαρτώμενους πόρους και διακρίνονται από άλλες οργανώσεις ή δίκτυα οργανώσεων. Δίκτυα πολιτικής μπορεί να είναι σύνολα οργανώσεων οι οποίες έχουν αρχικά χαλαρούς δεσμούς μεταξύ τους αλλά που η αποστολή τους περιστρέφεται γύρω από μια κεντρική ιδέα ή την υποστήριξη συγκεκριμένων ομάδων με κοινά συμφέροντα. Με την πάροδο του χρόνου, οι σχέσεις μεταξύ αυτών των οργανώσεων σφηνολογούνται, με αποτέλεσμα να φτάσουν να αποτελούν ένα δίκτυο πολιτικής. Ένα παράδειγμα ενός τέτοιου δικτύου είναι αυτό των γυναικείων οργανώσεων στον Καναδά, όπου τριάντα τρεις διαφορετικές ομάδες σχηματίζουν ένα εκτεταμένο αλλά χαλαρά συζευγμένο δίκτυο το οποίο δεσμεύεται από μια συλλογική ταυτότητα του φεμινισμού.

Ένα υπόδειγμα αλλαγής πολιτικής, το οποίο έχει εισαχθεί από το πεδίο του Μάνατζμεντ, είναι αυτό της διασπαστικής καινοτομίας (disruptive innovation). Το υπόδειγμα αυτό εισήχθη από τους Christensen, Aaron and Clark (2003). Η διασπαστική καινοτομία δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των υφιστάμενων πελατών (στην περίπτωση του μάνατζμεντ ή των πολιτών στην περίπτωση του πολιτικού συστήματος) και στα προϊόντα ή υπηρεσίες που διατίθενται επί του παρόντος. Η διασπαστική καινοτομία είναι μια διαδικασία δύο σταδίων: στο πρώτο στάδιο, μια καινοτόμα κυβέρνηση εφαρμόζει πολιτικές για να παρέχει μια υπηρεσία με πιο προσιτό και απλό τρόπο στους χρήστες της, ενώ σε δεύτερο στάδιο οι τεχνολογικές αλλαγές επιταγχύνουν την προηγούμενη διαδικασία. Η διασπαστική καινοτομία αποτέλεσε ισχυρή εξήγηση για την αλλαγή πολιτικής σε ένα ευρύ φάσμα περιοχών. Στο χώρο του μάνατζμεντ, αποτελεί τον τρόπο με τον οποίο οι βιομηχανίες επιτυγχάνουν τους φαινομενικά ασυμβίβαστους στόχους της αυξημένης πρόσβασης, της υψηλότερης ποιότητας και των χαμηλότερων τιμών. Στο χώρο της πολιτικής, σε περιόδους εκπαιδευτικής μεταρρύθμισης για παράδειγμα, η διασπαστική καινοτομία αποτελεί ένα χρήσιμο πλαίσιο για τη βελτίωση των σχολείων με τη ανάληψη νέων καινοτόμων δράσεων από τους εκπαιδευτικούς (που μπορεί να αυξήσουν την ποιότητα χωρίς κόστος), ή την αρχική εμφάνιση της ηλεκτρονικής μάθησης. Κατά τους Christensen & Laergreid (2002), η διασπαστική καινοτομία είναι διαφορετική από την καινοτομία, η οποία απλώς εισάγει βελτιωμένες επιδόσεις σε υπάρχουσες υπηρεσίες ή προϊόντα στα πλαίσια ενός συστήματος.

Τα υποδείγματα αλλαγής πολιτικής που προαναφέρθηκαν χρησιμεύουν για την πρόγνωση των αλλαγών πολιτικής του μέλλοντος με βάση τις αλλαγές πολιτικής του παρελθόντος. Ωστόσο, κάποιο από αυτά τα υποδείγματα δεν προεξάρχει έναντι άλλων. Ο συνδυασμός των υποδειγμάτων αυτών μπορεί να χρησιμεύσει στην πρόγνωση και στην ερμηνεία της αλλαγής. Σύμφωνα με τον Fullan (2000), η αλλαγή πάντα ξεκινά από μια ποικιλία διαφορετικών πηγών και από έναν συνδυασμό πηγών.

### *2.2.2 Η αλλαγή πολιτικής σε μια οικονομική κρίση*

Η αλλαγή πολιτικής συμβαίνει σε μια οικονομική κρίση. Η πολιτική επιστήμη επισημαίνει το ζήτημα της αλλαγής πολιτικής μέσω των εξωγενών σοκ και ιδίως το σοκ μιας οικονομικής κρίσης. Τα εξωγενή σοκ καταλήγουν σε νέα υποδείγματα πολιτικής (Greener, 2001). Η ερμηνεία της πολιτικής διαιρείται σε κανονικές περιόδους και στις κρίσιμες συγκυρίες, στις οποίες σημαντική αλλαγή είναι δυνατή (Gorges, 2001). Η αλλαγή πολιτικής ξεκινά υπό την επίδραση των εξωγενών σοκ. Τα εξωγενή σοκ, όπως οι οικονομικές κρίσεις όμως, δεν αρκούν από μόνα τους για να επιτευχθεί η αλλαγή πολιτικής. Οι κρίσεις απαιτούν από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων πιο

αποτελεσματικές πολιτικές, γεγονός που σε συνδυασμό με την πίεση που ασκείται στους υπεύθυνους αυτούς, να προχωρούν σε αλλαγή πολιτικής. Η αλλαγή πολιτικής είναι πιθανότερο να συμβεί όταν υπάρχει μια εναλλακτική ιδέα πολιτικής που μπορεί να εφαρμοστεί, στην οποία τονίζονται οι αποτυχίες του παρελθόντος για να εξασφαλίσουν την υποστήριξη όλων των εμπλεκόμενων για την αλλαγή πολιτική (Walsh, 2006).

Οι Hogan & Doyle (2007) ανέπτυξαν ένα πλαίσιο για την αλλαγή πολιτικής σε οικονομική κρίση. Σύμφωνα με το πλαίσιο αυτό, μια κρίσιμη συγκυρία, όπως οικονομική κρίση, αποτελείται από τρία διακριτά αλλά αλληλένδετα στοιχεία: κρίση, ιδεατή αλλαγή (υπάρχουσα ιδεολογική κατάρρευση και νέα ιδεολογική παγίωση) και ριζική αλλαγή πολιτικής. Σύμφωνα με το πλαίσιο αυτό, η κρίση δημιουργεί ένα περιβάλλον όπου οι παράγοντες αλλαγής (Change agents) μπορούν να αμφισβητήσουν τις υπάρχουσες ιδέες και τις πολιτικές που βασίζονται σε αυτές. Η αντικατάσταση ενός βασικού ιδεολογικού υποδείγματος μέσω της ενοποίησης μιας νέας σειράς ιδεών, ως συνέπεια της κρίσης, οδηγεί σε ολοκληρωτική αλλαγή πολιτικής. Σύμφωνα με το πλαίσιο, ο διαφοροποιητικός παράγοντας μεταξύ των κρίσεων που οδηγούν σε κρίσιμες αλλαγές στις πολιτικές και σε εκείνες που δεν το κάνουν, είναι η ιδεολογική αλλαγή. Ελλείψη ιδεολογικής αλλαγής, η αλλαγή πολιτικής σε μία κρίση θα είναι αλλαγή πρώτης ή δεύτερης τάξης, αλλά όχι τρίτης τάξης (αλλαγή υποδείγματος). Οι ρυθμίσεις των μέσων πολιτικής και τα ίδια τα μέσα μπορεί να αλλάξουν, αλλά χωρίς ιδεολογική αλλαγή, η ιεραρχία των στόχων που στηρίζουν μια πολιτική θα παραμείνει αναλώσιμη. Η ιδεολογική αλλαγή αποτελεί τη μεταβλητή που συνδέει μια κρίση με τη φύση της μεταγενέστερης αλλαγής πολιτικής (Hogan & Hara, 2012).

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης της δεκαετίας του 1980, η σοβαρή δημοσιονομική κρίση ώθησε το ζήτημα της διαρθρωτικής προσαρμογής στην κορυφή της πολιτικής ατζέντας πολλών χωρών. Η ανάγκη για έναν προσανατολισμό στην αγορά, προέκυψε σε ένα ευρύ φάσμα διεθνών και εθνικών δυνάμεων, συμπεριλαμβανομένου του ΔΝΤ και της Παγκόσμιας Τράπεζας, των κυβερνήσεων των προηγμένων βιομηχανικά χωρών, των οικονομολόγων και του επιχειρηματικού τομέα τόσο από τις αναπτυγμένες όσο και από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Δεν ανταποκρίθηκαν όλες οι χώρες στις πιέσεις αυτές με τον ίδιο τρόπο και υπήρχε σημαντική συζήτηση σχετικά με τις επιπτώσεις αυτών των μεταρρυθμίσεων όσον αφορά το ζήτημα της ανάπτυξης. Από αυτή τη συζήτηση προέκυψε μια γενική αλλαγή στον οικονομικό λόγο προς την κατεύθυνση της δημόσιας πολιτικής. Η κυβέρνηση και ο κρατικός μηχανισμός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο προς την κατεύθυνση της χάραξης νέων πολιτικών. Η αλλαγή πολιτικής εκφράζεται μέσω μιας διαρθρωτικής προσαρμογής, που υλοποιείται με πακέτα πολιτικής που περιλαμβάνουν μακροοικονομική σταθεροποίηση, με έμφαση στη νομισματική και δημοσιονομική πολιτική, στην απελευθέρωση των

κεφαλαίων και αγαθών μέσω της απορρύθμισης και της μείωσης των φραγμών και των εξωτερικών ελέγχων και της ιδιωτικοποίησης των δημοσίων επιχειρήσεων. Στην αλλαγή αυτή περιλαμβάνονται εναλλακτικές μορφές προσαρμογής. Τέτοιες είναι οι περισσότερο ενεργείς πολιτικές για την οικονομική διαχείριση, που περιλαμβάνουν και βιομηχανικές πολιτικές που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένες τομεακές παρεμβάσεις και στον τομέα των κρατικών επιχειρήσεων. Τέτοιες στρατηγικές εναλλακτικών λύσεων επικράτησαν και επιμένουν σε πολλές χώρες που αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση. Κατά τη δεκαετία του 1980, η έννοια της διαρθρωτικής εφαρμογής ήταν συνδεδεμένη με το νεοφιλελεύθερο πολιτικό σχέδιο και την οικονομική διάσταση αυτής της πολιτικής, με αποτέλεσμα αυτή η πολιτική να επικρατήσει στις χώρες που αντιμετώπισαν μια οικονομική κρίση (Haggard & Kaufman, 1995).

Στην οικονομική κρίση εμφανίζονται αυτοί που προτείνουν πολιτικές και επιχειρηματικές ιδέες για το ξεπέρασμα της κρίσης (Kingdon, 1995). Τα δίκτυα πολιτικής είναι εκείνα που πιέζουν επίσης για την αλλαγή πολιτικής (Pemberton, 2000). Άλλοι παράγοντες, που χαρακτηρίζονται ως πράκτορες αλλαγής και τα θεσμικά όργανα που εφαρμόζουν την πολιτική είναι αυτοί που πιέζουν για την αλλαγή πολιτικής στην οικονομική κρίση (Hall, 1993). Σύμφωνα με τους Hogan & Feeney (2012), συνδετικός παράγοντας για να πραγματοποιηθεί η αλλαγή πολιτικής είναι ο πολιτικός επιχειρηματίας. Χωρίς τον πολιτικό επιχειρηματία, η αλλαγή πολιτικής σε μια οικονομική κρίση ή πόλεμο δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Ο πολιτικός επιχειρηματίας (political entrepreneur) είναι ο κρίσιμος παράγοντας της αλλαγής, ο οποίος επιλέγει μεταξύ πολιτικών ιδεών που υποβάλλονται από επιχειρηματίες πολιτικής (policy entrepreneurs) σε περίοδο κρίσης και διαμορφώνουν τις πολιτικές συζητήσεις επηρεάζοντας τις ατζέντες και την οικοδόμηση πολιτιστικών πλαισίων (Hwang and Powell, 2005). Εκμεταλλεύεται στιγμές αστάθειας που δημιουργούν οι εξωγενείς κρίσεις και επενδύουν πόρους στη δημιουργία μιας νέας πολιτικής ή καινούργιας μορφής συλλογικής πολιτικής δράσης, μετασχηματίζοντας αποτελεσματικά την πολιτική, τις πολιτικές και τους θεσμούς (Sheingate, 2003).

Ο πολιτικός επιχειρηματίας (political entrepreneur) είναι ο κρίσιμος παράγοντας της αλλαγής (Dahl, 1961). Όταν μια πολιτική βρίσκεται σε δύσκολη θέση, όπως σε μια οικονομική κρίση, τότε παράθυρα ευκαιριών εμφανίζονται και οι επιχειρηματίες πολιτικής (policy entrepreneurs) αμφισβητούν το υπάρχον πρότυπο (Kingdon, 1995). Τότε, οι πολιτικοί επιχειρηματίες παρουσιάζουν μια σειρά νέων ιδεών που θα αντικαταστήσουν αυτές στις οποίες βασίζεται η υπάρχουσα πολιτική και η διαδικασία τυγχάνει της αποδοχής των πολιτικών (δρώντων) για να προωθήσουν τις ιδέες τους στο περιβάλλον στο οποίο διαμορφώνεται η πολιτική. Οι επιχειρηματίες πολιτικής (policy entrepreneurs) περιλαμβάνουν δημοσίους υπαλλήλους, τεχνοκράτες,



ακαδημαϊκούς, οικονομολόγους και ομάδες συμφερόντων που εμπλέκονται στην πολιτική καινοτομία και έχουν πρόσβαση στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων (Kingdon 1995 ; Hogan & Feeney, 2012). Όσοι συμμετέχουν στη διαδικασία αλλαγής πολιτικής ανήκουν σε έναν σχηματισμό δικτύου. Ένας τέτοιος σχηματισμός δημιουργείται από τους επιχειρηματίες πολιτικής και τον πολιτικό επιχειρηματία (Pemberton, 2000). Και τα δύο μέλη της σχέσης επωφελούνται από την πολιτική αλλαγή. Όσο πιο ψηλά στην πολιτική βρίσκεται ο πολιτικός επιχειρηματίας και όσο περισσότερο είναι αποφασισμένος να προωθήσει την αλλαγή πολιτικής, τόσο πιθανότερο είναι να εφαρμοστεί αυτή η αλλαγή (Wallis και Dollery, 1997).

Στην αλλαγή πολιτικής τρίτης τάξης, η οποία είναι πιθανό να συμβεί σε μια οικονομική κρίση, ο πολιτικός επιχειρηματίας μπορεί να ταυτίζεται με ένα πολύ υψηλό κυβερνητικό ή αντιπολιτευτικό αξίωμα. Για την εφαρμογή των νέων ιδεών για την ανατροπή των υφιστάμενων πολιτικών, ο πολιτικός επιχειρηματίας πρέπει να καταλάβει μια θέση που να επιτρέπει την αμφισβήτηση των της ισχύουσας πολιτικής. Πολιτικοί επιχειρηματίες μπορούν να είναι ηγέτες του κυβερνώντος κόμματος ή κόμμα της αντιπολίτευσης. Σύμφωνα με τον Oliver (2006) για ένα πολιτικό κόμμα, μια περίοδος στην αντιπολίτευση μπορεί να είναι ευνοϊκή για την κοινωνική μάθηση στην οποία θα επιδοθεί το κόμμα αυτό προκειμένου τη γνώση που θα αποκομίσει να είναι επωφελής για την μελλοντική χάραξη πολιτικής. Για την επικράτηση μιας νέας ιδέας, οι πολιτικοί επιχειρηματίες πρέπει να ενεργούν ως ιδεαστικοί συντονιστές, φέρνοντας ένα ευρύ φάσμα επιχειρηματιών πολιτικής στο δίκτυο συνασπισμού σε δίκτυο μαζί σε ένα συνασπισμό για μια ιδεολογική και πολιτική αλλαγή. Χωρίς πολιτικό επιχειρηματία να εισάγει νέες ιδέες στον τομέα της χάραξης πολιτικής, η τρίτη τάξη αλλαγής των υποδειγμάτων πολιτικής δεν θα πραγματοποιηθεί (Hogan & Feeney, 2012).

Ένα παράδειγμα αλλαγής πολιτικής λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης παρουσιάζουν οι (Hodson & Mabbett, 2009). Πριν από την οικονομική κρίση η Αγγλική κυβέρνηση άσκησε πολιτικές σχετικές με τη σταθερότητα των τιμών, τη δημοσιονομική σύνεση και την ελαφριά φορολογία. Οι πολιτικές αυτές υλοποιήθηκαν με μια σειρά από υψηλού επιπέδου θεσμικές μεταρρυθμίσεις, υιοθετώντας ένα σύνολο δημοσιονομικών κανόνων, παρέχοντας επιχειρησιακό έλεγχο της νομισματικής πολιτικής στην Τράπεζα της Αγγλίας και τη δημιουργία μιας ενιαίας ρυθμιστικής αρχής χρηματοπιστωτικού συστήματος, της Αρχής Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών (FSA). Μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η κυβέρνηση αντιστάθμισε τις αντισυμβατικές πολιτικές που είχε ασκήσει προηγουμένως, αύξησε το δανεισμό του δημοσίου τομέα και επανεξέτασε της χρηματοπιστωτικής εποπτείας. Η αλλαγή αυτή είναι αντιπροσωπευτικό παράδειγμα της αναγκαιότητας που προκαλεί μια οικονομική κρίση.

Ο Taylor (2009) μελετά την αλλαγή πολιτικής στην κυβερνητική πολιτική των ΗΠΑ στον πρώτο χρόνο από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Διαπιστώνει ότι οι εφαρμοσθείσες αλλαγές πολιτικής ήταν δυσμενείς για την εξέλιξη της οικονομικής κρίσης. Διεπίστωσε την επιλεκτική υποστήριξη σε ορισμένα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και η μη υποστήριξη σε άλλα, που ελάμβαναν χώρα σε ένα αδιαφανές πλαίσιο και δεν βοήθησαν το σύνολο των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων να λειτουργήσουν αποτελεσματικά. Η αλλαγή πολιτική όσον αφορά τις διαδικασίες που οδήγησαν στον καθορισμό των επιτοκίων ήταν αναποτελεσματικές, διότι οι δρώντες δεν έλαβαν υπόψη τα ιστορικά προηγούμενες. Λανθασμένες διαγνώσεις των προβλημάτων στις αγορές τραπεζικών πιστώσεων και ακατάλληλη απάντηση από τις χρηματοοικονομικές αρχές εστιάζοντας στην ρευστότητα παρά στον κίνδυνο επέτειναν το πρόβλημα. Το συμπέρασμα του είναι ότι η αλλαγή πολιτικής επέδρασε προς το χειρότερο για την οικονομική κρίση. Ο Taylor πιστεύει στην εφαρμογή διαφορετικών πολιτικών που μπορεί να βοηθήσουν στην απάντηση στην οικονομική κρίση. Τέτοιες πολιτικές αφορούν τη δημιουργία ενός προβλέψιμου πλαισίου έκτακτης πρόσβασης για την παροχή οικονομικής βοήθειας προς τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα. Σχετικά με αυτό μπορεί να ακολουθηθεί ως πρότυπο οι πολιτικές του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού πλαισίου πρόσβασης για τον καθορισμό των αποφάσεων δανεισμού στις αναδυόμενες αγορές.

Οι Copeland & James (2014) εξετάζουν την επανεκκίνηση της οικονομικής πολιτικής, όπως αυτή διατυπωνόταν στο πρόγραμμα οικονομικής μεταρρύθμισης της ΕΕ, λόγω της επίδρασης της οικονομικής κρίσης. Η πολιτική της ΕΕ στον οικονομικό τομέα περιγραφόταν στη βίβλο «Ευρώπη 2020» η οποία είχε καταρτισθεί πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης. Κατά το έτος 2010, η οικονομική επιτροπή της ΕΕ, κατέληξε στην αναθεώρηση της πολιτικής που είχε διατυπωθεί στην «Ευρώπη 2020», μετά από τη διαπίστωση της αναγκαιότητας αφενός της διαχείρισης προβλημάτων (με κυρίαρχο αυτό του Ελληνικού δημοσίου χρέους) και αφετέρου στις αλλαγές της ισχύος των πολιτικών δυνάμεων (μετατόπιση της θεσμικής δυναμικής) που η οικονομική κρίση επέφερε. Η βασική επιδίωξη ήταν να εφαρμοστεί μια σταθερή αλλαγή πολιτικής υπό συνθήκες ασάφειας. Για τη χάραξη αυτής της αλλαγής πολιτικής, Η χρονική συγκυρία της οικονομικής κρίσης κρίθηκε ότι ήταν κομβικής σημασίας για την εφαρμογή της αλλαγής πολιτικής. Διαπιστώθηκε ότι οι δρώντες στην δημόσια πολιτική δύνανται να προχωρήσουν σε αλλαγή πολιτικής μόνο κατά τον χρόνο που είναι κατάλληλος για αυτή την ενέργεια. Η νέα ιδεολογική δυναμική που διαμορφώθηκε στο πολιτικό περιβάλλον της ΕΕ ελήφθη υπόψη για τη χάραξη της νέας πολιτικής. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2010), με τη νέα πολιτική και της στρατηγικές που σχεδιάζονται να εφαρμοστούν ετέθησαν μετρήσιμοι στόχοι. Στο πεδίο της απασχόλησης ετέθη ο στόχος της απασχόλησης του 75% της ηλικιακής κατηγορίας 20-64 ετών. Στο πεδίο της έρευνας και ανάπτυξης

το 3% του ΑΕΠ της ΕΕ να επενδύεται στην Έρευνα και την Ανάπτυξη. Στο πεδίο της Κλιματικής αλλαγής και ενεργειακής βιωσιμότητας, η μείωση των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου κατά 20% σε σχέση με το 1990, η εξασφάλιση του 20% της ενέργειας από ανανεώσιμες πηγές και η αύξηση κατά 20% της ενεργειακής απόδοσης. Στο πεδίο της εκπαίδευσης η μείωση των ποσοστών πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου κάτω από 10%, η ολοκλήρωση τριτοβάθμιων σπουδών τουλάχιστον για το 40% της ηλικιακής κατηγορίας 30-34 ετών. Στο πεδίο της καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, η μείωση τουλάχιστον κατά 20 εκατομμύρια των ατόμων που βρίσκονται ή κινδυνεύουν να βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Ο Braun (2015) ανέδειξε το ρόλο της προετοιμασίας για την οικονομική κρίση και της έγκαιρης αλλαγής πολιτικής. Η πολιτική αλλαγή στην οικονομική κρίση πρέπει να γίνεται σε έγκαιρη χρονική στιγμή. Η καταλληλότερη χρονική στιγμή είναι η επείγουσα φάση, κατά την οποία η οικονομική κρίση βρίσκεται σε έκρηξη. Καθώς η οικονομική κρίση εξελίσσεται, οι κυβερνώντες επιδιώκουν να δημιουργήσουν θεσμούς οι οποίοι θα προσφέρουν στην επιδιωκόμενη αλλαγή πολιτικής. Σε ένα τέτοιο παράδειγμα, οι κυβερνήσεις έδρασαν κατά τη φάση της έκτακτης ανάγκης της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, που ήταν από το 2008 έως το 2012. Οι κυβερνήσεις λαμβάνοντας έκτακτα μέτρα, όπως οι μειώσεις μισθών και δαπανών, το κούρεμα καταθέσεων και ομολόγων και οι φραγμοί στις συναλλαγές, ανάγκασαν τους επιχειρηματίες να ακολουθήσουν μια επιχειρηματική πορεία σε απολύτως στενά και προδιαγεγραμμένα πλαίσια. Οι κυβερνήσεις όμως αποδείχτηκε ότι ήταν απροετοίμαστες για την οικονομική κρίση, με αποτέλεσμα την ανικανότητα για την έγκαιρη δράση σε επίπεδο τόσο θεσμικής όσο και ιδεολογικής αλλαγής. Το γεγονός αυτό, όπως και το ότι οι πολιτικοί δρώντες δεν συμφώνησαν συλλογικά στην πολιτική έπρεπε να ακολουθήσουν, σε συνδυασμό με τις ανορθολογικές ενέργειες τους, κατέληξε στο να δημιουργήσουν ένα πολιτικό προηγούμενο στη διαμόρφωση πολιτικής που δεν ήταν αποτελεσματική. Για τους λόγους αυτούς, σε μια ενδεχόμενη κρίση, η προετοιμασία για την οικονομική κρίση και η έγκαιρη αλλαγή πολιτικής στη φάση του επείγοντος είναι αυτή που μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κρίσης.

Οι Hlaing & Kakinaka (2018), μελέτησαν την αλλαγή χρηματοπιστωτικής πολιτικής που συνέβη μετά την επέλαση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Η αλλαγή της χρηματοπιστωτικής πολιτικής συνέβη μετά τη διαπίστωση ότι η προγενέστερη χρηματοπιστωτική πολιτική που είχε διαμορφωθεί, υπήρξε αιτία της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Από τη δεκαετία του 1970, η απελευθέρωση της οικονομίας είχε αναγνωριστεί ως ουσιαστικό μέρος της ασκούμενης πολιτικής. Κατά τη δεκαετία του 1980, πολλές χώρες είχαν ασκήσει υψηλό βαθμό κυβερνητικής παρέμβασης στα χρηματοπιστωτικά τους συστήματα, αλλά πιο πρόσφατα, και ιδίως από τη

δεκαετία του 1990, οι χρηματοπιστωτικοί τομείς έχουν υποστεί διαδικασίες απορρύθμισης ή οικονομικής ελευθέρωσης. Η δημοσιονομική απελευθέρωση περιελάμβανε το άνοιγμα του εμπορίου στις διεθνείς αγορές, τη μείωση της κρατικής ιδιοκτησίας και του ελέγχου των χρηματοπιστωτικών τομέων και την κατάργηση κανονιστικών περιορισμών που επιβάλλονταν στις χρηματοοικονομικές πράξεις. Η ασκούμενη πολιτική προωθούσε την οικονομική και χρηματοπιστωτική απελευθέρωση, την ενίσχυση του ανταγωνισμού, των επενδύσεων και της οικονομικής ανάπτυξης. Ωστόσο, η προηγούμενη πολιτική της χρηματοοικονομικής απελευθέρωσης θεωρήθηκε ότι προώθησε την αστάθεια του χρηματοπιστωτικού συστήματος και οδήγησε στην παγκόσμια οικονομική κρίση. Η μεταρρύθμιση της χρηματοπιστωτικής πολιτικής θεωρείται σήμερα απαραίτητα για μια οικονομία. Οι χρηματοπιστωτικές ρυθμιστικές αρχές υιοθετούν συχνά τέτοιες μεταρρυθμίσεις με σκοπό τη δημιουργία μιας ευέλικτης οικονομίας προκειμένου να επιτευχθεί η αποτελεσματική κατανομή των οικονομικών πόρων και να αποτραπούν πιθανές κρίσεις στο μέλλον. Η προέλευση μιας χρηματοπιστωτικής κρίσης είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη σχέση μεταξύ μιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και της οικονομικής πολιτικής μεταρρύθμισης. Οι χρηματοπιστωτικές αρχές ενδέχεται να ανταποκριθούν διαφορετικά στις χρηματοπιστωτικές κρίσεις ανάλογα με την προέλευση τους. Το κριτήριο είναι εάν η οικονομική κρίση οφείλεται σε ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες. Η νέα πολιτική που εφαρμόζεται, έγκειται στη μια περίπτωση στην ενίσχυση των μηχανισμών χρηματοπιστωτικού ελέγχου και στην εποπτική ρύθμιση με παράλληλη εφαρμογή των ελέγχων κεφαλαίου και ελέγχους του τραπεζικού τομέα, ενώ στην άλλη περίπτωση στην απελευθέρωση της οικονομικής αγοράς. Οι χρηματοπιστωτικές κρίσεις λειτουργούν ως καταλύτες για την μεταρρύθμιση της χρηματοπιστωτικής πολιτικής. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, λόγω και της εξωγενούς προέλευσης της κρίσης, η αλλαγή έγκειται στην περεταίρω απελευθέρωση της χρηματοπιστωτικής αγοράς, με παράλληλη εφαρμογή της προληπτικής ρύθμισης, η οποία θεωρείται ότι αν δεν συνοδεύει την απελευθέρωση της αγοράς, μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνες συνθήκες για την κλιμάκωση της οικονομικής κρίσης.

### *2.2.3 Αλλαγή πολιτικής και μεταρρύθμιση*

Είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ της «αλλαγής πολιτικής» και της «πολιτικής μεταρρύθμισης» (ή μεταρρύθμιση πολιτικής), καθώς οι όροι χρησιμοποιούνται συχνά στη βιβλιογραφία (Cerna, 2013). Η αλλαγή πολιτικής αναφέρεται σε αυξανόμενες αλλαγές στις υπάρχουσες δομές ή σε νέες και καινοτόμες πολιτικές (Bennett and Howlett, 1992 : 275 - 77). Η μεταρρύθμιση αναφέρεται συνήθως σε μια σημαντική αλλαγή στην πολιτική επιδόσεων. Για να πάρουμε το παράδειγμα της υγειονομικής περίθαλψης, η μεταρρύθμιση είναι «η διαδικασία

βελτίωσης των υφιστάμενων συστημάτων και η διασφάλιση της αποτελεσματικής και δίκαιης ανταπόκρισής τους στις μελλοντικές αλλαγές» (Berman, 1995 : 27). Εντούτοις, ο Fullan (2000 : 581-84) ορθώς επισημαίνει ότι η μεταρρύθμιση με τα μέτρα τα οποία τη συνοδεύουν, μπορεί να θεωρηθεί ως σκόπιμη παρέμβαση μέσω της πολιτικής μπορεί ή δεν μπορεί να δημιουργήσει αλλαγές.

Η μεταρρύθμιση πολιτικής είναι μια διαδικασία με την οποία γίνονται αλλαγές στους επίσημους «κανόνες του παιχνιδιού» - συμπεριλαμβανομένων των νόμων, των κανονισμών και των θεσμών - για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος ή την επίτευξη ενός στόχου όπως η οικονομική ανάπτυξη, η προστασία του περιβάλλοντος ή η μείωση της φτώχειας. Συνήθως περιλαμβάνει μια σύνθετη πολιτική διαδικασία, ιδιαίτερα όταν γίνεται αντιληπτό ότι η μεταρρύθμιση ανακατανέμει οικονομική, πολιτική ή κοινωνική εξουσία (OECD, 2006).

Για να συμβούν μεταρρυθμίσεις, κάποιες συνθήκες πρέπει να είναι παρούσες. Τέτοιες συνθήκες μπορεί να είναι (Cerna, 2013):

- η συγκατάθεση των εμπλεκόμενων μερών. Σε μια περίπτωση στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αντίδραση του ιατρικού προσωπικού ήταν σημαντική για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης.
- η αντίδραση του τύπου σε μια μεταρρύθμιση, μπορεί να καθορίσει την επιτυχία της. Μια επίθεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το κοινό και τις απόψεις της αντιπολίτευσης μπορεί να οδηγήσουν στην αποτυχία της μεταρρύθμισης.
- διαφορετικές δομές σε ένα πολιτικό σύστημα της μιας χώρας από την άλλη, διαφορετικός βαθμός ελέγχου της κυβέρνησης επί ενός τομέα της κοινωνίας, μπορεί να δημιουργήσουν διαφορετικά αποτελέσματα από χώρα σε χώρα για μια μεταρρύθμιση. Επομένως, οι μεταρρυθμίσεις απαιτούν να λαμβάνονται υπόψη τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των χωρών στις οποίες εφαρμόζονται.
- η αντιμετώπιση των συνεπειών του κλασσικού προβλήματος συλλογικής δράσης. Το πρόβλημα αυτό συνίσταται στο γεγονός ότι κάποια μεμονωμένα άτομα δεν ενεργούν λόγω του αυξημένου κόστους μιας ενέργειας, η οποία όμως θα ωφελήσει όλους που μπορούν να ωφεληθούν εάν συντονιστούν να το αντιμετωπίσουν όλοι μαζί.
- Η αντιμετώπιση του προβλήματος ότι μια κυβέρνηση είναι δεκτική στις αιτιάσεις των περισσότερο ισχυρών κοινωνικών ομάδων από τις αιτιάσεις των πιο ασθενεστερών.

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω συνθήκες και να αντιμετωπιστούν τα αναφερόμενα προβλήματα, απαιτούνται πολιτικές συμμαχίες και αντισταθμιστικά οφέλη. Η υιοθέτηση μιας νέας πολιτικής απαιτεί μια καλά οργανωμένη και κινητοποιημένη ομάδα συμφερόντων.

Για να συμβούν μεταρρυθμίσεις, κάποιες συνθήκες πρέπει να είναι παρούσες. Τέτοιες συνθήκες μπορεί να είναι (Cerna, 2013):

- η συγκατάθεση των εμπλεκόμενων μερών. Σε μια περίπτωση στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αντίδραση του ιατρικού προσωπικού ήταν σημαντική για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης.
- η αντίδραση του τύπου σε μια μεταρρύθμιση, μπορεί να καθορίσει την επιτυχία της. Μια επίθεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το κοινό και τις απόψεις της αντιπολίτευσης μπορεί να οδηγήσουν στην αποτυχία της μεταρρύθμισης.
- διαφορετικές δομές σε ένα πολιτικό σύστημα της μιας χώρας από την άλλη, διαφορετικός βαθμός ελέγχου της κυβέρνησης επί ενός τομέα της κοινωνίας, μπορεί να δημιουργήσουν διαφορετικά αποτελέσματα από χώρα σε χώρα για μια μεταρρύθμιση. Επομένως, οι μεταρρυθμίσεις απαιτούν να λαμβάνονται υπόψη τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των χωρών στις οποίες εφαρμόζονται.
- η αντιμετώπιση των συνεπειών του κλασσικού προβλήματος συλλογικής δράσης. Το πρόβλημα αυτό συνίσταται στο γεγονός ότι κάποια μεμονωμένα άτομα δεν ενεργούν λόγω του αυξημένου κόστους μιας ενέργειας, η οποία όμως θα ωφελήσει όλους που μπορούν να ωφεληθούν εάν συντονιστούν να το αντιμετωπίσουν όλοι μαζί.
- Η αντιμετώπιση του προβλήματος ότι μια κυβέρνηση είναι δεκτική στις αιτιάσεις των περισσότερο ισχυρών κοινωνικών ομάδων από τις αιτιάσεις των πιο ασθενεστερών.

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω συνθήκες και να αντιμετωπιστούν τα αναφερόμενα προβλήματα, απαιτούνται πολιτικές συμμαχίες και αντισταθμιστικά οφέλη. Η υιοθέτηση μιας νέας πολιτικής απαιτεί μια καλά οργανωμένη και κινητοποιημένη ομάδα συμφερόντων.

Για να συμβούν μεταρρυθμίσεις, κάποιες συνθήκες πρέπει να είναι παρούσες. Τέτοιες συνθήκες πρέπει να είναι (Cerna, 2013):

- η συγκατάθεση των εμπλεκόμενων μερών. Σε μια περίπτωση στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αντίδραση του ιατρικού προσωπικού ήταν σημαντική για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης.
- η αντίδραση του τύπου σε μια μεταρρύθμιση, μπορεί να καθορίσει την επιτυχία της. Μια επίθεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το κοινό και τις απόψεις της αντιπολίτευσης μπορεί να οδηγήσουν στην αποτυχία της μεταρρύθμισης.

- διαφορετικές δομές σε ένα πολιτικό σύστημα της μιας χώρας από την άλλη, διαφορετικός βαθμός ελέγχου της κυβέρνησης επί ενός τομέα της κοινωνίας, μπορεί να δημιουργήσουν διαφορετικά αποτελέσματα από χώρα σε χώρα για μια μεταρρύθμιση. Επομένως, οι μεταρρυθμίσεις απαιτούν να λαμβάνονται υπόψη τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των χωρών στις οποίες εφαρμόζονται.
- η αντιμετώπιση των συνεπειών του κλασσικού προβλήματος συλλογικής δράσης. Το πρόβλημα αυτό συνίσταται στο γεγονός ότι κάποια μεμονωμένα άτομα δεν ενεργούν λόγω του αυξημένου κόστους μιας ενέργειας, η οποία όμως θα ωφελήσει όλους που μπορούν να ωφεληθούν εάν συντονιστούν να το αντιμετωπίσουν όλοι μαζί.
- Η αντιμετώπιση του προβλήματος ότι μια κυβέρνηση είναι δεκτική στις αιτιάσεις των περισσότερο ισχυρών κοινωνικών ομάδων από τις αιτιάσεις των πιο ασθενεστερών.

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω συνθήκες και να αντιμετωπιστούν τα αναφερόμενα προβλήματα, απαιτούνται πολιτικές συμμαχίες και αντισταθμιστικά οφέλη. Η υιοθέτηση μιας νέας πολιτικής απαιτεί μια καλά οργανωμένη και κινητοποιημένη ομάδα συμφερόντων.

Ο Reich (1995 : 49) σημειώνει η μεταρρύθμιση έχει πολιτικό χαρακτήρα (political) για τους ακόλουθους λόγους:

- Αποτελεί μια επιλογή αξιών που εκφράζουν μια συγκεκριμένη άποψη της κοινωνίας.
- Η μεταρρύθμιση έχει σαφείς διανεμητικές συνέπειες στην κατανομή των παροχών και του κόστους.
- Η μεταρρύθμιση προωθεί τον ανταγωνισμό μεταξύ των ομάδων που επιδιώκουν να επηρεάσουν τις συνέπειες.
- Η θέσπιση ή η μη εφαρμογή μεταρρυθμίσεων συχνά συνδέεται με τακτικά πολιτικά γεγονότα ή πολιτικές κρίσεις.
- Η μεταρρύθμιση μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες για την πολιτική σταθερότητα ενός καθεστώτος.

Η μεταρρύθμιση πολιτικής είναι πρώτη προτεραιότητα για τα κράτη, διότι η ενθάρρυνση της οικονομικής ανάπτυξης και της κοινωνικής ευημερίας πραγματοποιούνται μόνο εάν οι πολιτικές δημιουργούν ένα κλίμα για την προώθηση αυτών των στόχων και τα θεσμικά όργανα στηρίζουν τις μεταρρυθμίσεις. Όμως, η ικανότητα των κυβερνήσεων να ολοκληρώσουν επιτυχώς τις μεταρρυθμίσεις εμποδίζονται από την αντίδραση στις αλλαγές. Ο τρόπος με τον οποίο οι μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες εγγράφονται στην ατζέντα της κυβερνητικής δράσης, ορισμένοι

παράγοντες που επηρεάζουν τους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων και οι δεσμοί μεταξύ της ρύθμισης της ατζέντας και της διαδικασίας λήψης μεταρρυθμιστικών αποφάσεων, επηρεάζουν την λήψη απόφασης για την επιλογή της μεταρρύθμισης. Αφού γραφτεί ένα πρόβλημα στην κυβερνητική ατζέντα, εφόσον αποφασιστεί να πραγματοποιηθεί η μεταρρύθμιση, στη συνέχεια υλοποιείται η μεταρρύθμιση. Εφόσον η μεταρρύθμιση δεν υλοποιηθεί, πρέπει να αναζητηθούν οι αιτίες και να επιχειρηθεί η επιτυχής εφαρμογή της μεταρρύθμισης εκ νέου (Thomas & Grindle, 1990).

Η μεταβατική διαδικασία μιας μεταρρύθμισης, ιδίως μιας οικονομικής μεταρρύθμισης περιγράφεται από τους εξής παράγοντες που μπορεί να αποτελέσουν μέρος ενός πλαισίου που περιγράφει τη μεταρρύθμιση (Shen, Liu & Zhang, 2019 : 320) :

- Ταχύτητα μεταρρύθμισης. Η ταχύτητα μεταρρύθμισης αφορά τον τύπο της προσέγγισης, ο οποίος κατανέμεται ως εξής:
- Σταδιακή έναντι ριζικής προσέγγισης (Gradualist vs Radical Approach). Σύμφωνα με τον (Pickel, 1997), οι διαφορετικές αυτές προσεγγίσεις στρατηγικής αντιστοιχούν σε διαφορετικές ιδεολογίες και θεωρίες. Η ριζική προσέγγιση αντιστοιχεί στη νεοφιλελεύθερη ιδεολογία και στη νεοκλασική θεωρία, ενώ η σταδιακή προσέγγιση αντιστοιχεί στη σοσιαλδημοκρατική ιδεολογία και στην εξελικτική θεωρία.
- Μεταρρυθμιστική στρατηγική
- Βαθμιαία έναντι δομικής μεταρρύθμισης (incremental reform vs structural reform).

Όσον αφορά την υγειονομική μεταρρύθμιση, παρόλο ότι ο όρος χρησιμοποιείται ευρέως, δεν είναι σαφώς καθορισμένος ο ορισμός της υγειονομικής μεταρρύθμισης (Saltman & Figueras, 1997 : 2). Η υγειονομική μεταρρύθμιση είναι μια διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων, βελτίωσης των εφαρμοζόμενων πολιτικών, και μετασχηματισμού των θεσμών μέσω των οποίων αυτές οι πολιτικές εφαρμόζονται (Cassels, 1995). Η μεταρρύθμιση υγείας είναι μια διαδικασία η οποία εμπεριέχει μια αμείωτη και εις βάθος θεσμική και δομική αλλαγή, καθοδηγούμενη από την εκάστοτε εξουσία, με σκοπό την επίτευξη μιας σειράς ρητά καθορισμένων πολιτικών στόχων (Saltman & Figueras, 1997 : 2 - 3). Η υγειονομική μεταρρύθμιση είναι μια διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων, βελτίωσης των εφαρμοζόμενων πολιτικών και μετασχηματισμού των θεσμών μέσω των οποίων αυτές οι πολιτικές εφαρμόζονται (Κουρής, Σουλιώτης & Φιλαλήτης, 2006 : 83).

Οι μεταρρυθμίσεις υγείας, υπόκεινται σε διακρίσεις ανάλογα με ορισμένα κριτήρια διάκρισης. Οι διακρίσεις αυτές είναι :



- Με βάση το κριτήριο της σπουδαιότητας :  
στρατηγικές (radical), οριακές (incremental) και δομικές (structural). Η διάκριση αυτή γίνεται κατ' αναλογία με τη διάκριση των μεταρρυθμίσεων πολιτικής. Οι δομικές και οι στρατηγικές μεταρρυθμίσεις έχουν υψηλή πολιτική και κοινωνική σημασία. Οι αλλαγές που επιχειρούνται από την κυβέρνηση, επηρεάζουν σημαντικά το σύστημα υγείας και ιδίως τον πυρήνα αυτού και επιφέρουν μεταβολές στη φυσιολογία του συστήματος και στις παρεχόμενες υπηρεσίες (Boddy, 2005).
- Με βάση το κριτήριο της αλλαγής :  
Προδραστικές (proactive) και αντιδραστικές (reactive). Οι προδραστικές μεταρρυθμίσεις έχουν έναν προβλεπτικό χαρακτήρα. Προσπαθούν να μεταρρυθμίσουν το σύστημα υγείας με βάση τις προβλέψεις για τις αναμενόμενες αλλαγές και δεδομένου ότι η κοινωνία μετασχηματίζεται. Βασίζονται περισσότερο στην πρόβλεψη για τα μελλοντικά τεκταινόμενα, χρησιμοποιώντας όλα τα διαθέσιμα στοιχεία. Δεδομένου ότι τα συστήματα υγείας συνεχώς τείνουν να αυξήσουν τις εισροές τους, κυρίως λόγω των ακριβοτέρων σύγχρονων θεραπειών, οι προδραστικές μεταρρυθμίσεις στοχεύουν στην εγκαίρως συγκράτηση του κόστους (Κουρής, Σουλιώτης & Φιλαλήτης, 2006 : 83). Οι αντιδραστικές μεταρρυθμίσεις απαντούν σε μια κρίση ή σε μια πιεστική κατάσταση ή ερέθισμα (Nadler & Tushman, 1998).
- Με βάση το χρόνο υλοποίησης :  
Σε βαθιαία (gradual) και ραγδαία (rapid). Η βαθμιαία ή σταδιακή μεταρρύθμιση είναι αυτή που εφαρμόζεται με άνεση χρόνου και εκτείνεται χρονικά σε 4 έως 6 χρόνια. Ένας μεσοπρόθεσμος ή μακροπρόθεσμος προγραμματισμός είναι αυτός που καθορίζει την πραγματοποίηση της βαθμιαίας μεταρρύθμισης. Αντίθετα, η ραγδαία μεταρρύθμιση πραγματοποιείται σε πολύ περιορισμένο χρονικό διάστημα υπό την επίδραση άμεσων αναγκών (Υφαντόπουλος, 2003).

## **2.3 Οι δημόσιες πολιτικές των οικονομικών κρίσεων**

### *2.3.1 Χαρακτηριστικά πολιτικής σε μια οικονομική κρίση*

Οι πολιτικές που ακολουθούνται σε μια οικονομική κρίση, δεν θεραπεύουν οποιαδήποτε οικονομική κρίση. Αυτό το γεγονός οφείλεται στο ότι ορισμένες οικονομικές κρίσεις έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά από άλλες. Ο Stiglitz (2000) αναφέρει οι κυβερνήσεις κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων, ακολουθούν πολιτικές περιορισμού δαπανών. Για παράδειγμα, στη Λατινική Αμερική τη δεκαετία του '80, οι πολιτικές περιορισμού των δαπανών συνέβαλαν

στην αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης. Η Λατινική Αμερική τη δεκαετία του '80 μαστιζόταν από μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και πληθωρισμό λόγω χαλαρών νομισματικών πολιτικών. Το φορολογικά μέτρα που είχαν ληφθεί από το ΔΝΤ περιλάμβαναν ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς και αυστηρότερες νομισματικές πολιτικές. Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής, δαπανούσαν πόρους σε κοινωνικές πολιτικές και οι κυβερνήσεις τους ήταν ατρόμητες στο ενδεχόμενο της οικονομικής κρίσης. Όμως, η μεταφορά πολιτικής από ορισμένες χώρες προς άλλες και η υιοθέτηση τους άκριτα δεν αποτελεί μια ρεαλιστική και αποτελεσματική συνταγή. Η ίδια οικονομική πολιτική που εφαρμόστηκε στις χώρες της Λατινικής Αμερικής, επιχειρήθηκε να υιοθετηθεί στις Ασιατικές χώρες, όπως η Ταϊλάνδη. Η οικονομική κρίση όμως στις χώρες αυτές είχε δημιουργηθεί από απελευθέρωσης των οικονομικών χρηματαγορών που συνέβη λόγω πιέσεων διεθνών συμφερόντων. Η απελευθέρωση αυτή προκάλεσε μια αύξηση των βραχυπρόθεσμων κεφαλαίων και τελικά σε μια οικονομική φούσκα. Τα κράτη στην Ασία είχαν πλεονάσματα με ταυτόχρονη δημοσιονομική αυστηρότητα στην υγεία και την παιδεία, μειούμενο προϋπολογισμό αλλά έναν αλόγιστα επενδυτικό ιδιωτικό τομέα. Το συμπέρασμα είναι ότι η συνταγή της Λατινικής Αμερικής, δεν απέδωσε στην περίπτωση της Ασιατικής κρίσης. Οι πολιτικές περιορισμού δαπανών και η λιτότητα, μπορεί να είναι αποτελεσματικές σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά όχι σε άλλες περιπτώσεις χωρών. Προτείνει να σταματήσει η πολιτική περιορισμού δαπανών για τις περισσότερες χώρες και να εφαρμοστεί πολιτική επενδύσεων που μπορεί να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης.

Σε κάθε περίπτωση, οι πολιτικές που εφαρμόζονται για την διάσωση από την οικονομική κρίση έχουν ένα κοινό παρονομαστή. Οδηγούν στην αύξηση του μελλοντικού χρέους των γενεών και αυτό είναι το τίμημα του δανεισμού για τα προγράμματα στήριξης της οικονομίας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Οποιαδήποτε ενέργεια διάσωσης, εξ' ορισμού εμπεριέχει μια σειρά κακών κινήτρων. Η επιβάρυνση του χρηματοδοτικού σχεδίου διάσωσης από την οικονομική κρίση και τα πακέτα οικονομικών κινήτρων, για την ελεύθερη οικονομία, είναι αυτά που μεταθέτουν το χρέος στο μέλλον. Η επέκταση ενός προγράμματος διάσωσης ή η γενίκευση δημοσιονομικών κινήτρων επιταχύνει την κρίση στα κυβερνητικά προγράμματα, τα οποία στοχεύουν να εξαναγκάσουν τους μελλοντικούς φορολογούμενους να αναλάβουν κινδύνους παρόμοιους με αυτούς των σημερινών επενδυτών, λόγω της χορήγησης οικονομικών ενέσεων που αυξάνουν το μελλοντικό χρέος. Με αυτό τον τρόπο, η οικονομική κρίση μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμα υψηλότερους φόρους, μεγαλύτερη κυβερνητική συμμετοχή στον ιδιωτικό τομέα και παρατεταμένη περίοδο βραδύτερης οικονομικής ανάπτυξης. Ο αυξημένος κρατικός δανεισμός προσθέτει αξία στο ήδη μεγάλο χρέος που οι μελλοντικές γενιές αντιμετωπίζουν λόγω των προγραμμάτων. Δυστυχώς, διαπιστώνεται ότι

μόνο όταν μια οικονομική κρίση γίνει αντιληπτή, τότε εμφανίζονται υπεύθυνες μεταρρυθμίσεις συνεπεία δημοσίας πολιτικής (Gokhale, 2009).

Οι Andre & Cardenete (2009) επισημαίνουν ένα σημαντικό πρόβλημα για τη χάραξη αποδοτικών πολιτικών και τις κατευθύνσεις για τη χάραξη των αποδοτικών πολιτικών. Το πρόβλημα που προκαλεί τις αναποδοτικές πολιτικές είναι ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στον τομέα της οικονομίας ασχολούνται με ορισμένους από διάφορους δείκτες, όπως ο ρυθμός ανάπτυξης, ο πληθωρισμός, η ανεργία και το επίπεδο του δημοσίου ελλείμματος. Η χάραξη πολιτικής είναι ένα πρόβλημα με διάφορους στόχους, ο καθένας από τον οποίο έρχεται σε αντίθεση με κάποιον άλλο. Μια πολιτική είναι αποδοτική όταν αυξάνει κάποιον από τους στόχους χωρίς να μειώνει κάποιον άλλο. Ο σχεδιασμός αποδοτικών δημοσίων πολιτικών μπορεί να εφαρμοστεί με συνδυασμό μεθόδων που ασχολούνται με τη μέτρηση των επιδράσεων των πολιτικών στους οικονομικούς δείκτες. Τέτοια μέθοδος είναι η πολυκριτήρια ανάλυση (Multi-Objective Programming – MP) που προτείνει τις βέλτιστες κατά Pareto λύσεις για το σχεδιασμό πολιτικής προκειμένου να μη θιγούν επιμέρους στόχοι της οικονομίας. Μια τεχνική μοντελοποίησης όπως η GGE, η οποία μελετάει ένα προηγουμένως ισορροπημένο σύστημα μπορεί να εφαρμοστεί προκειμένου να μελετηθεί η επίδραση μιας χαραχθείσας πολιτικής σε σημαντικές οικονομικές μεταβολές όπως οι τιμές, τα επίπεδα παραγωγής και τα φορολογικά έσοδα. Τα επιχειρησιακά εργαλεία μπορεί να είναι αποδοτικά στη χάραξη των αποδοτικών πολιτικών και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους συμμετέχοντες στη χάραξη πολιτικής. Μια μη αποδοτική πολιτική μπορεί να μετατραπεί σε υπολογιστή με αλλαγή ορισμένων παραμέτρων στο σχεδιασμό της, με βάση τις διαπιστώσεις που προκύπτουν από τα επιχειρηματικά μοντέλα.

Σύμφωνα με τον Bianchi (2016), ο σχεδιασμός πολιτικών σε μια οικονομική κρίση πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τους κινδύνους που εμφανίζονται για την οικονομία. Κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, τα προγράμματα διάσωσης χαλαρώνουν τους περιορισμούς των ισολογισμών για να μετριάσουν τη σοβαρότητα της ύφεσης και οδηγούν σε ανάληψη κινδύνου. Οι απόψεις που υποστηρίζουν την αναγκαιότητα των προγραμμάτων διάσωσης για την οικονομία έρχονται σε σύγκρουση με τις απόψεις που θεωρούν τα προγράμματα στήριξης επικίνδυνα για την υπερβολική ανάληψη κινδύνου και την πρόκληση μελλοντικών κρίσεων. Με δεδομένο ότι τα δημόσια κεφάλαια που χρησιμοποιούνται για τη διάσωση του χρηματοπιστωτικού τομέα επιβαρύνουν τους φορολογούμενους και δημιουργούν ενδεχόμενο μελλοντικών κρίσεων, οι πολιτικές που σχεδιάζονται οφείλουν να είναι αποδοτικές ώστε να επιτυγχάνουν τη μικρότερη δυνατή ανάληψη κινδύνων και την μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων με μικρό κόστος. Οι σχεδιασθείσες πολιτικές πρέπει να επιτρέπουν τα προγράμματα διάσωσης εκ των υστέρων της οικονομικής κρίσης και όχι

την προώθηση τους στην αρχή μιας οικονομικής κρίσης, προκειμένου να αποφεύγουν τον ηθικό κίνδυνο της υποτίμησης των συνεπειών και την ανάληψη κινδύνου για το μέλλον. Επίσης, οι πολιτικές αυτές για να είναι αποδοτικές οφείλουν να απευθύνονται στην ευρεία βάση των επιχειρήσεων και όχι σε επιλεγμένες κατηγορίες επιχειρήσεων.

### *2.3.2 Πολιτικές λιτότητας και πολιτικές επενδύσεων*

Οι πολιτικές λιτότητας εφαρμόζονται συχνά στις οικονομικές κρίσεις, όπως συνέβη και στην περίπτωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Οι πολιτικές λιτότητας υπαγορεύονται από διεθνείς οργανισμούς, στους οποίους εκπροσωπούνται οι ισχυρότερες οικονομικά και πολιτικά χώρες του κόσμου. Οι οργανισμοί αυτοί αναλαμβάνουν να χορηγήσουν δάνεια με αντάλλαγμα το δικαίωμα να παρεμβαίνουν στην οικονομική πολιτική κάθε χώρας που λαμβάνει τα δάνεια αυτά. Οι πολιτικές λιτότητας σε οικονομική κρίση εφαρμόζονται για να προκαλέσουν μείωση των δημοσίων ελλειμμάτων και διατήρηση της αξιοπιστίας και της πολιτικής ισχύος των κυβερνήσεων προκειμένου αυτές να εφαρμόσουν τα μεταρρυθμιστικά προγράμματα τους, με παράλληλη αποφυγή της επιδείνωσης της δημοσιονομικής κρίσης. Οι εφαρμοσθείσες πολιτικές λιτότητας όμως, έχουν εξαιρετικά αρνητικά αποτελέσματα, τα οποία πλήττουν περισσότερο τις πιο ευάλωτες κοινωνικές και εισοδηματικές κατηγορίες από τις πιο εύρωστες. Οι αρνητικές αυτές συνέπειες που φέρνουν οι πολιτικές λιτότητας οφείλονται αφενός στη μείωση των κοινωνικών δαπανών και αφετέρου στον περιορισμό του κράτους πρόνοιας. Οι πολιτικές λιτότητας εντείνουν τη μείωση της καταναλωτικής δαπάνης και τη συρρίκνωση των εξαγωγών. Το αποτέλεσμα των συνεπειών αυτών αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή ενός ισχυρού προγράμματος αναπτυξιακής πολιτικής (Δουράκης, 2010). Αμφισβητείται κατά πόσο οι πολιτικές λιτότητας συμβάλλουν στην έξοδο μιας οικονομίας από τη στασιμότητα και την ύφεση, με την οικονομική ανάκαμψη και μεγέθυνση ή τις παρεμποδίζουν. Υποστηρίζεται ότι η λιτότητα αποσταθεροποιεί το χρηματοπιστωτικό σύστημα, αυξάνοντας το πιστωτικό ρίσκο της οικονομίας και την πιθανότητα χρεοκοπίας της. Επίσης, οι πολιτικές λιτότητας κατηγορούνται για αποπληθωριστικές πιέσεις στην οικονομία που δημιουργούν αρνητικές επιδράσεις στην ψυχολογία των επενδυτών και των πολιτών. Προηγούμενες προσπάθειες για να επιβληθούν πολιτικές λιτότητας, ήταν καταστροφικές, και το ίδιο συνέβη για την προσπάθεια να επιβληθεί λιτότητα στις σημερινές συνθήκες της οικονομικής κρίσης. Επίσης, η λιτότητα δεν είναι απλά μια κακή οικονομική πολιτική, αλλά εμφανίζεται σε ορισμένες από τις πιο κρίσιμες καμπές των πιο άσχημων στιγμών της Ευρωπαϊκής και παγκόσμιας ιστορίας. (Blyth, 2013). Λέγεται ότι οι πολιτικές λιτότητας δεν βελτιώνουν πράγματι την αξιοπιστία της ασκούμενης δημοσιονομικής πολιτικής.

Παράλληλα με τις πολιτικές αυτές, στη σύγχρονη παγκόσμια οικονομική κρίση εφαρμόζονται πολιτικές νομισματικών μέτρων στήριξης. Η νομισματική πολιτική εκφράζεται με τη μείωση των γενικών επιτοκίων. Η μείωση επιτοκίων ακολουθείται από την παροχή ρευστότητας στην χρηματοοικονομική αγορά. Οι πολιτικές μείωσης των επιτοκίων βασίζονταν στη θεωρία του Freedman για την μεγάλη ύφεση του 1929. Η αύξηση των επιτοκίων και η μείωση της ρευστότητας, κατά τον Freedman, επιδείνωσαν την οικονομική κρίση. Την άποψη αυτή υιοθέτησε η διοίκηση της FED κατά τη σύγχρονη οικονομική κρίση για να εφαρμόσει τις πολιτικές μείωσης των επιτοκίων. Με τον τρόπο αυτό, η διοίκηση της FED επιδίωκε το γενικότερο σκοπό να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη μεταξύ των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, η οποία πληττόταν από την οικονομική κρίση. Πράγματι, από τις αρχές της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η FED προχώρησε σε αλληπάλληλες μειώσεις του βασικού επιτοκίου αναφοράς έως το μηδενικό επίπεδο. Η ΕΚΤ, η τράπεζα της Αγγλίας και η Ιαπωνική κεντρική τράπεζα ακολούθησαν, μειώνοντας το επιτόκιο τους σε σχεδόν μηδενικά επίπεδα. Παράλληλα, οι κεντρικές τράπεζες της Αμερικής και της Ευρώπης έδιναν εκατομμύρια δολάρια στα πιστωτικά ιδρύματα για να ενισχύσουν τη ρευστότητα τους. Όμως, το πρόβλημα ρευστότητας δεν εντοπιζόταν στις παραδοσιακές τράπεζες αλλά στις επενδυτικές τράπεζες του σκιώδους συστήματος οι οποίες δεν χρηματοδοτούνταν από την κεντρική τράπεζα. Η FED προκειμένου να αντιμετωπίσει την κρίση, έδωσε δάνεια στις επενδυτικές τράπεζες όπως στις κεντρικές, δεχόμενη ως εγγύηση τα διάτρητα χαρτοφυλάκια αυτών των τραπεζών. Προσέφερε στις επενδυτικές τράπεζες δάνεια που ανέρχονταν συνολικά στο 50% του δικού της χαρτοφυλακίου. Με τον τρόπο αυτό, μετέφερε το πρόβλημα στο δικό της χαρτοφυλάκιο, δηλαδή στους φορολογούμενους. (Δουράκης, 2010). Όταν όμως μηδενίζεται το επιτόκιο, η νομισματική πολιτική παύει να είναι αποτελεσματική ως οικονομικό εργαλείο, διότι το επιτόκιο φτάνει στο κατώτατο όριο. Η νομισματική πολιτική επομένως δεν αρκεί από μόνη της για να αντιμετωπιστεί η οικονομική κρίση και αυτό αποδεικνύεται από τα μεγάλα δημοσιονομικά προβλήματα και τα μεγάλα χρέη των οικονομιών, τα οποία παραμένουν και μετά την εφαρμογή της. Σύμφωνα με τον Keynes, σε περίοδο οικονομικής κρίσης δεν αρκεί η επεκτατική νομισματική πολιτική, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι επενδυτές κρατούν σε ακινησία το ρευστό και συστήνει να ακολουθηθεί από επεκτατική δημοσιονομική πολιτική. Για το λόγο αυτό, οι κυβερνήσεις ακολουθούν τη δημοσιονομική πολιτική, με την προσπάθεια μείωσης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Με τον τρόπο αυτό, η νομισματική πολιτική συμπληρώνεται από τη δημοσιονομική πολιτική..

Η μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων με την παράλληλη στήριξη των προϋπολογισμών εφαρμόζονται τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ. Σε μια οργανωμένη προσπάθεια μείωσης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, η G20 συνέστησε στις κυβερνήσεις να μειώσουν στο μισό το

δημοσιονομικό τους έλλειμμα και να σταθεροποιήσουν το λόγο χρέους προς ΑΕΠ κατά την οικονομική κρίση. Η παράλληλη στήριξη των προϋπολογισμών, συνέβη σε όλες τις μεγάλες χώρες του κόσμου, όπως στις ΗΠΑ, στη Ιαπωνία, στη Γερμανία, οι οποίες ενέκριναν δημοσιονομικά μέτρα στήριξης της πραγματικής οικονομίας, μετά τα μέτρα στήριξης των τραπεζών. Μέτρα δημοσιονομικής στήριξης της οικονομίας, όπως τα μέτρα για εκσυγχρονισμό των υποδομών στο χώρο της παιδείας, της υγείας, των συγκοινωνιών, της ενέργειας και του περιβάλλοντος και αύξηση της φορολογίας των υψηλών εισοδημάτων που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, στόχευσαν στη μείωση της ανεργίας και στην άμβλυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων (Δουράκης, 2010).

Ορισμένες χώρες μείωσαν δραστικά τις δαπάνες ακολουθώντας πολιτική αυστηρής λιτότητας. Η Ινδία εφάρμοσε εκτεταμένο πρόγραμμα κάθετης μείωσης των δημοσίων δαπανών και πολιτικές δραστικής συρρίκνωσης των θέσεων εργασίας σε κρατικούς φορείς και πολιτικές περικοπής κάθε είδους επιδοτήσεων. Τέτοιες πολιτικές αύξησαν τη φτώχεια και έθεσαν σε κίνδυνο την κοινωνική συνοχή. Γενικά, η οικονομική κρίση χρησιμοποιήθηκε στις αναπτυσσόμενες χώρες για την επιβολή συσταλτικής οικονομικής πολιτικής. Η πολιτική αυτή πλήττει τα φτωχότερα οικονομικά στρώματα της κοινωνίας και περιορίζει την κρατική παρέμβαση (Βατικιώτης, 2011).

Η πολιτική αύξησης των επενδύσεων επίσης είναι πολιτική που εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια μιας λύσης για την ανάκαμψη μετά από μια καταστροφική κρίση. Η υλοποίηση των επενδύσεων σε περίοδο οικονομικής κρίσης έχει περιορισμούς και εξαρτάται από την εκπόνηση αναπτυξιακών σχεδίων. Η πολιτική επενδύσεων στοχεύει στην ανάπτυξη της εθνικής παραγωγής. Οι επενδύσεις είναι βασική μέθοδος ανάπτυξης της οικονομίας στο σύνολο της. Οι επενδύσεις και οι καινοτομίες είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εξασφάλιση μιας ισορροπημένης ανάπτυξης μιας κοινωνικά προσανατολισμένης οικονομίας με μακροπρόθεσμη προοπτική (Semchenkova & Gnezdova, 2019). Οι επενδύσεις αφορούν διάφορους τομείς της οικονομίας, όπως τον χρηματοπιστωτικό τομέα, τον τουρισμό, τη ναυτιλία και τη βιομηχανία. Οι επενδύσεις όμως και εν γένει η οικονομική δραστηριότητα είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν σε περίοδο κρίσης. Ο λόγος είναι ότι οι επενδύσεις πλήττονται από την απότομη πτώση στο δανεισμό, λόγω αύξησης των επιτοκίων αγοράς που είναι μια από τις αιτίες μιας οικονομικής κρίσης. Οι πολιτικές επενδύσεων εντάσσονται σε μια μεσοπρόθεσμη οικονομική ανάπτυξη και στην αύξηση του επιπέδου απασχόλησης. Για να επιτευχθεί η ανάπτυξη αυτή απαιτείται να εφαρμοστούν υγιείς οικονομικές πολιτικές ώστε να διασφαλίζεται η σταθερότητα των τιμών ανάλογα με το ύψος των μισθών. Συνδυάζονται επίσης με πολιτικές που βελτιώνουν συνολικά την αγορά εργασίας. Τέλος, μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη παίζουν οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις που επιτρέπουν την αύξηση της

αποδοτικότητα και επιτυγχάνουν ευελιξία των αγορών υπηρεσιών, κεφαλαίων και αγαθών (Λεβεντάκου, 2011).

### 2.3.3 *Επιτήρηση δημοσιονομικής πολιτικής*

Η οικονομική κρίση και η διαπίστωση της αδυναμίας των εθνικών κυβερνήσεων να αντιμετωπίσουν σε εθνικό επίπεδο την οικονομική κρίση, δημιούργησαν την ανάγκη για μια ενιαία πολιτική αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης σε υπερεθνικό επίπεδο. Η αντιμετώπιση αυτή επιχειρήθηκε, με τη δημιουργία ενός διεθνούς μηχανισμού στήριξης, ο οποίος δανειοδοτεί τις χώρες που αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση για να μπορέσουν να την ξεπεράσουν. Οι χώρες που αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση δυσκολεύονται να δανεισθούν από τις διεθνείς αγορές με τα επιτόκια που δανείζονται οι υπόλοιπες χώρες. Αυτό το γεγονός δημιουργεί στις χώρες αυτές πρόβλημα δανεισμού και ρευστότητας. Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του απαγορευτικού επιτοκίου, ο μηχανισμός δανειοδοτεί με λογικό επιτόκιο τις χώρες αυτές, υπό αυστηρές όμως προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις αυτές αφορούν την εφαρμογή σκληρών προγραμμάτων δημοσιονομικής εξυγίανσης και την επιτήρηση της δημοσιονομικής πολιτικής. Ο εκάστοτε μηχανισμός στήριξης επιδιώκει να υποχρεώσει το κράτος να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες και να αυξήσει τα φορολογικά έσοδα, ώστε να γίνει διαχειρίσιμο το έλλειμμα. Όταν το έλλειμμα γίνει διαχειρίσιμο θα μετατραπεί σταδιακά σε πρωτογενές δημοσιονομικό πλεόνασμα. Το πλεόνασμα αυτό θα οδηγήσει σε μείωση του δημοσίου χρέους ως ποσοστό του ΑΕΠ. Για να πραγματοποιηθεί όμως αυτό, θα πρέπει η οικονομία να αυξάνεται, διότι εάν η οικονομία συρρικνώνεται, τότε η ύφεση θα βαθύνει. Για να επιτευχθεί ο στόχος της μεγέθυνσης της οικονομίας, εφαρμόζονται διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Οι πολιτικές αυτές περιλαμβάνουν απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, εκτεταμένες αποκρατικοποιήσεις και απελευθέρωση συγκεκριμένων αγορών, οι οποίες παρέχουν μεγάλη κερδοφορία. Όλα τα παραπάνω προϋποθέτουν τις εκτεταμένες αποκρατικοποιήσεις με ταυτόχρονη ανάληψη επιχειρηματικότητας από τον ιδιωτικό τομέα. με ταυτόχρονη έντονη και άτεγκτη επιτήρηση της οικονομικής πολιτικής των κυβερνήσεων των χωρών αυτών.

Ο μηχανισμός αυτό διαφοροποιήθηκε κατά την εφαρμογή του από χώρα σε χώρα, καθώς οι διαπιστώσεις των δανειστών οδηγούσαν σε τροποποιήσεις προκειμένου ο μηχανισμός να καταστεί περισσότερο αποτελεσματικός, με κοινές όμως τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις και την επιθυμητή από τους σχεδιαστές του κατεύθυνση. Τα προγράμματα δανεισμού αποσκοπούν στο να καταπολεμήσουν την οικονομική κρίση, να αντιστρέψουν τις συνέπειες της και να πετύχουν τη στήριξη της οικονομικής δραστηριότητας. Οι δημοσιονομικές πολιτικές στοχεύουν στο να ληφθούν

μέτρα ώστε να στηριχθεί το χρηματοπιστωτικό σύστημα, να αναπτυχθεί η εσωτερική ζήτηση των κρατών και να στηριχθούν οι περιφερειακές οικονομίες. Στην Ελληνική οικονομική κρίση, ο μηχανισμός αυτός υλοποιήθηκε με τα προγράμματα δανεισμού από την ΕΚΤ και το ΔΝΤ, στην περίπτωση της Ιρλανδίας και της Πορτογαλίας υλοποιήθηκε από τον Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF), ενώ στη συνέχεια από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (ESM) (Βαρουφάκης et al., 2011).

Μια χώρα η οποία δέχεται να μπει σε μηχανισμό στήριξης, δέχεται την πολιτική επιτήρηση της. Η χώρα αυτή, δεν ασκεί ανεξάρτητη οικονομική και δημοσιονομική πολιτική, αλλά η οικονομική και δημοσιονομική πολιτική της έρχεται σε συμφωνία με την πολιτική του οργανισμού που τη στηρίζει (Stiles, 2019). Για παράδειγμα, το πρόγραμμα στο οποίο εντάχθηκε η Ελλάδα, απαιτήσε να είναι μια χώρα που ανέλαβε ορισμένες δεσμεύσεις προκειμένου να φτάσει σε αυτό το στόχο κι αυτές οι δεσμεύσεις έπρεπε να τηρηθούν. Η Ελλάδα, στα πλαίσια της λειτουργίας της στην Ευρωζώνη, όφειλε να σέβεται ένα πλαίσιο και να αποδέχεται ορισμένη εποπτεία και ελέγχους κοινούς για όλες τις δανειζόμενες χώρες. Το χρέος της Ελλάδας έπρεπε να εξυπηρετηθεί και το χρέος αυτός δημιούργησε τις συνθήκες μέσα στις οποίες κινούνταν η κυβέρνηση (Πιτσιόρλας, 2018 : 12, 14). Το ίδιο ίσχυε για οποιαδήποτε χώρα κατέφυγε σε μηχανισμό στήριξης. Ακόμα κι αν η χώρα αυτή επιθυμεί να ακολουθήσει ένα ανεξάρτητο κυβερνητικό πρόγραμμα, αναγκάζεται να δεσμευτεί να ακολουθήσει τις πολιτικές του οργανισμού ή του μηχανισμού στήριξης. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγει τη χειραγώγηση των τιμών προκειμένου να επιτύχει συγκριτικό οικονομικό πλεονέκτημα και επιτυγχάνει τη σταθερότητα των τιμών και την οικονομική ανάπτυξη. Για να πραγματοποιηθεί όμως η επιτυχής οικονομική πορεία της χώρας με επιτυχία είναι αναγκαία η παροχή οικονομικών στοιχείων στον οργανισμό. Η επιτήρηση έχει την έννοια του έγκαιρου εντοπισμού αδυναμιών που ενδέχεται να οδηγήσουν σε χρηματοοικονομική αστάθεια. Η επιτήρηση μιας χώρας από έναν επιβλέποντα οργανισμό, συνίσταται στην αποστολή ομάδας εξειδικευμένων οικονομολόγων που πραγματοποιούν σειρά επαφών με τα κυβερνητικά στελέχη, τους παραγωγικούς φορείς και τους εκπροσώπους επιχειρήσεων. Στη συνέχεια τα αποτελέσματα της επιτήρησης ανακοινώνονται στην κεντρική υπηρεσία του επιβλέποντα οργανισμού για να γίνουν οι απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις στις πολιτικές επιλογές της κυβέρνησης. Πέρα από την επιτήρηση χωρών, λαμβάνει χώρα η επιτήρηση πολιτικών που ασκούνται από ενώσεις, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση και οι Αφρικανικές Οικονομικές ενώσεις, καθώς και η παγκόσμια επιτήρηση που αφορά εκθέσεις για την παγκόσμια οικονομία και την παγκόσμια χρηματοοικονομική σταθερότητα.



Η επιτήρηση των τραπεζών σε διεθνές επίπεδο, πραγματοποιείται από ισχυρά ιδιωτικά ιδρύματα που έχουν μεγάλη πολιτική ισχύ. Η επιτήρηση των τραπεζών ξεκίνησε από την οικονομική κρίση του 1929 και εντείνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Τα πρώτα ιδρύματα που εμφανίστηκαν κατά τη μεγάλη ύφεση, επιτηρούσαν αρχικά το χρηματιστήριο. Στη συνέχεια τα ιδρύματα αυτά εξελίχθηκαν σε οίκους αξιολόγησης, οι οποίοι μετά από διαδοχικές φάσεις πολιτικών αναβαθμίσεων, έφτασαν να επιβλέπουν τα οικονομικά όλων των χωρών του κόσμου. Η επιτήρηση των τραπεζών από τους οίκους αξιολόγησης, πραγματοποιείται σύμφωνα με τις επιταγές της επιτροπής της Βασιλείας. Η επιτροπή της Βασιλείας ιδρύθηκε το 1974 από τις κεντρικές τράπεζες των κυβερνήσεων των χωρών που συμμετέχουν στην ομάδα των 10. Η επιτροπή της βασιλείας είναι ένα φόρουμ χωρίς επίσημη νομική εξουσία, αλλά που διαμορφώνει γενικές εποπτικές κατευθύνσεις και βέλτιστες πρακτικές οι οποίες υιοθετούνται από τις κυβερνήσεις (Goodhart, 2011). Η επιτροπή της Βασιλείας εξέδωσε τη νέα της συνθήκη του 1996 επιβάλλοντας στα πιστωτικά ιδρύματα να χρησιμοποιούν σύγχρονα εσωτερικά μοντέλα για τον υπολογισμό των κινδύνων αγοράς του εμπορικού τους χαρτοφυλακίου, η οποία ενσωματώθηκε στην Ελληνική έννομη τάξη με το Ν. 2937/01. Η κυβέρνηση των ΗΠΑ στήριξε την επιτροπή της Βασιλείας τόσο πριν όσο και κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Κατά την οικονομική κρίση, η επιτροπή της Βασιλείας όρισε ένα νέο κανονιστικό πλαίσιο και νέα προτεινόμενα μέτρα που να καταστήσουν δυνατή την παρακολούθηση των τραπεζών υπό το πρίσμα αυτών των μέτρων.

## **2.4 Οι δημόσιες πολιτικές υγείας σε μια οικονομική κρίση**

### *2.4.1 Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις υγείας*

Στο σύγχρονο περιβάλλον, η μεταρρύθμιση του τομέα υγείας υπαγορεύεται από κάποιες αιτίες, οι οποίες εξετάζονται στην ανάλυση πολιτικής. Τέτοιες αιτίες είναι οι οικονομικές αιτίες (λιτότητα, οικονομικές κρίσεις ή ακραίες ελλείψεις πόρων), πολιτικές αιτίες (όπως η μείζονα πολιτική μετάβαση στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη ή η ζήτηση για κοινωνική συμμετοχή στα θέματα υγείας), ιδεολογικές αιτίες (όπως η ιδεολογική επικράτηση) και επιδημιολογικοί παράγοντες (όπως επιδημιολογική μετάβαση). Η σχέση της πολιτικής υγείας με τις μεταρρυθμίσεις και ειδικότερα η διαμόρφωση πλαισίου πολιτικής υγείας μέσα στο οποίο κινούνται οι μεταρρυθμίσεις. Τα πολιτικά χαρακτηριστικά μιας διακυβέρνησης, όπως το είδος του πολιτικού καθεστώτος ή η κοινωνική κατανομή των πόρων επηρεάζουν τις μεταρρυθμίσεις υγείας. Οι ασκούμενες πολιτικές υγείας, σχεδιάζονται μέσα στο πλαίσιο πολιτικής, το οποίο έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Οι μεταρρυθμίσεις και οι πολιτικές συνδέονται στα εξής σημεία (Londoño & Frenk, 1997) :

- Στόχος της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει η κοινωνία μπαίνουν ή όχι στο πολιτικό πρόγραμμα μέσω των επιτυχημένων ή όχι στόχων μεταρρύθμισης συστήματος υγείας.
- Κατάλληλη πολιτική. Αυτή προκύπτει από ανάλυση του κοινωνικού – ιστορικού πλαισίου της μεταρρύθμισης που πρέπει να επιτρέπει στον υπεύθυνο χάραξης πολιτικής να αντιληφθεί το απαιτούμενο χαρακτήρα της πολιτικής.

Στον πίνακα 2.4 φαίνονται οι πολιτικές υγείας και οι μεταρρυθμίσεις υγείας (συμπεριλαμβάνουν τα μέτρα που αναπτύσσονται για την εφαρμογή τους) που επισκοπήθηκαν βιβλιογραφικά για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης και αναφέρονται στη μελέτη αυτή. Οποιαδήποτε πολιτική υγείας ή μεταρρύθμιση υγείας που αναφέρεται έχει επισκοπηθεί με σκοπό να δημιουργηθεί ένας συγκεντρωτικός πίνακας για όλες τις πολιτικές υγείας και τις μεταρρυθμίσεις υγείας που μπορούν να εφαρμοστούν. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αναφέρονται στη βιβλιογραφία πριν το 2010. Οι πολιτικές που ασκούν οι κυβερνήσεις και οι μεταρρυθμίσεις υγείας μετά το 2010 φαίνονται στον πίνακα 2.5. Οι πολιτικές και οι μεταρρυθμίσεις υγείας απεικονίζονται σε χρονολογική σειρά. Οι μεταρρυθμίσεις υγείας περιλαμβάνουν και τα μέτρα τα οποία λαμβάνονται προκειμένου να επιτύχουν οι μεταρρυθμίσεις αυτές.

Πίνακας 2.4 Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις υγείας (πριν το 2010)

Πολιτικές υγείας	Μεταρρυθμίσεις Υγείας
<b>Chilingerian και ο Sherman (1990, 2011)</b>	<b>Liaropoulos &amp; Kaitelidou (1998)</b>
Έλεγχος της εργασίας στην υγεία Έλεγχος ιατρικών προμηθειών Έλεγχος ιατρικών δαπανών	Δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης
<b>Stiglitz, 2000</b>	<b>Evans et al., 2001</b>
Περιορισμός δαπανών	Μεταβολή στοχοδοτημένης χρηματοδότησης (χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας ή επιβολή τελών χρήσης) Μεταβολή στο είδος της παροχής υπηρεσιών υγείας Κανονιστικές διατάξεις (για τον ιδιωτικό τομέα ή νομοθεσία για την υγεία Ανάπτυξη πόρων (εκπαίδευση του προσωπικού και υλικοί πόροι)
<b>Υφαντόπουλος, 2003</b>	<b>Tountas, Karnaki &amp; Pavi, 2002</b>
Διασφάλιση της πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας Ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας Οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας μέσω της αύξησης της αποδοτικότητας τους.	Εκσυγχρονισμός συστήματος διαχείρισης νοσοκομείων Εισαγωγή ενιαίου συστήματος χρηματοδότησης έναντι κατακερματισμένου Ενίσχυση δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας Οργάνωση Δημοτικού Συστήματος Υγείας Περιορισμένη δυνατότητα της ιδιωτικής άσκησης των καθηκόντων Βελτίωση των νοσοκομειακών ξενοδοχειακών υποδομών Αποκέντρωση και ανάπτυξη των περιφερειακών δομών υγείας Αλλαγή διευθυντικών δομών στα δημόσια νοσοκομεία Τροποποίηση των όρων της απασχόλησης για τους ιατρούς του ΕΣΥ Συγχώνευση και συντονισμός των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης Ανάπτυξη υπηρεσιών δημόσιας υγείας Αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης Ανάπτυξη δομών διαπίστευσης των υπηρεσιών υγείας και διασφάλισης της ποιότητας
<b>Docteur &amp; Oxlay, 2003</b>	<b>Nikolentzos &amp; Mays, 2008</b>
Εισαγωγή συστήματος πληρωμής	Ιδιωτικοποίηση δημόσιας παροχής Ανάληψη καθηκόντων διευθυντικών στελεχών στα νοσοκομεία Ανάπτυξη των αστικών κέντρων υγείας Αλλαγές στον τρόπο κατασκευής υγειονομικών προϋπολογισμών
<b>Γκιμπερίτη, 2007</b>	<b>Polyzos, Economou &amp; Zilidis, 2008</b>
Εισαγωγή ηλεκτρονικής υγείας	Εισαγωγή ΣΔΙΤ Κεντριοποίηση συμβάσεων φαρμάκου
<b>Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007</b>	
Πρόληψη ασθενειών, ενημέρωση και άσκηση	
<b>Stuckler, 2009</b>	
Επένδυση στην υγεία Ελάττωση της σπατάλης στη δημόσια υγεία Χάραξη πολιτικών υγείας μόνο από πολιτικούς Ενσωμάτωση της υγείας σε όλες τις κοινωνικές πολιτικές Αναδιανομή πόρων προκειμένου να χορηγούνται υπηρεσίες υγείας σε όλους	

**Πίνακας 2.5 Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις υγείας (μετά το 2010)**

Πολιτικές υγείας	Μεταρρυθμίσεις Υγείας
<p><b>Ευκαρπίδης, 2011</b> Αύξηση βοήθειας για την ανάπτυξη χωρών Αύξηση επένδυσης στην υγεία Βελτίωση της ποιότητας μέσω αξιολόγησης Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας Αναδιανομή συλλογικών πόρων υπέρ υγείας</p>	<p><b>Economou, 2010</b> Αποκέντρωση του συστήματος υγείας Δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών Εκσυγχρονισμός του συστήματος προμηθειών υγείας Αναδιάρθρωση των ασφαλιστικών ταμείων Λήψη μέτρων για την ΠΦΥ Αναδιάταξη των υπηρεσιών Εισαγωγή αυτόνομης νοσοκομειακής διοίκησης Δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών Αναδιοργάνωση υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας Εισαγωγή των οικογενειακών ιατρών Δυνατότητα οικογενειακών ιατρών για γενικούς Κεντροποίηση των διαδικασιών προμηθειών Έκδοση ηλεκτρονικής ταυτότητας ασθενούς Μηχανοργάνωση νοσοκομείων Εκσυγχρονισμός συστήματος διαχείρισης φαρμάκων Λογιστική σε δεδουλευμένη βάση διπλής εισόδου Δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών Βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης</p>
<p><b>Boutsioli, 2010</b> Ορθολογική διαχείριση προϋπολογισμών Κεντροποίηση προμηθειών υγείας</p>	<p><b>Boutsioli, 2010</b> Μείωση ενδιάμεσων δομών διοίκησης</p>
<p><b>Economou, 2010</b> Αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας Συγκέντρωση οικονομικών πόρων Αλλαγή του συστήματος πληρωμών των παρόχων υπηρεσιών Εισαγωγή νέων μεθόδων διαχειριστικής και διοικητικής φύσης Υιοθέτηση μηχανισμών οικονομικής αποδοτικότητας και παρακολούθησης Καλύτερη κατανομή των πόρων</p>	<p><b>Βουλή των Ελλήνων, 2010</b> Ηλεκτρονική συνταγογράφηση</p>
<p><b>Ιωακείμογλου, 2010</b> Απελευθέρωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας Διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης Εμπορευματοποίηση (Ιδιωτικοποίηση) υπηρεσιών υγείας</p>	<p><b>Στουρνάρας, 2011</b> Ηλεκτρονική συνταγογράφηση Νέο σύστημα συνταγογράφησης Διείσδυση γενοσήμων φαρμάκων</p>
<p><b>Fountoulakis et al., 2012</b> Ανάπτυξη και εφαρμογή σύγχρονων συστημάτων αποζημίωσης</p>	<p><b>Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011</b> Ανάπτυξη του χάρτη υγείας και πρόνοιας Φόρμουλα για την κατανομή των πόρων υγείας</p>
<p><b>Κυριόπουλος et al., 2012</b> Ενιαία κρατική οργάνωση και χρηματοδότηση</p>	<p><b>Kaitelidou et. al., 2012</b> Εισαγωγή περιγραμμάτων εργασίας, επαγγελματικών προτύπων και κωδίκων δεοντολογίας</p>
<p><b>Κυριόπουλος, Αθανασάκη &amp; Πάβη, 2012</b> Ισότητα Μακροοικονομική αποδοτικότητα Μικροοικονομική αποδοτικότητα Έλεγχος κόστους Αποτελεσματικότητα Συνέχεια της φροντίδας Ποιότητα της φροντίδας</p>	<p><b>Karanikolos et al., 2013</b> Νέο σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων</p>
<p><b>Kaitelidou &amp; Kouli, 2012</b> Οικονομική συνεισφορά στο σύστημα υγείας (πολιτική πόρων) Υγειονομική φροντίδα (ρύθμιση ρόλου δημοσίου τομέα και συγχωνεύσεις) Μείωση κόστους</p>	<p><b>Polyzos et al., 2013</b> Εισαγωγή πληρωμής μέσω DRG</p>
	<p><b>Quaglio et al., 2013</b> Φορολογικής αναδιανομής εισοδήματος Προγράμματα αλκοόλ και καπνού Παρεμβάσεις συναισθηματικής υγείας παιδιών και εφήβων Υποστήριξη οικογενειών εναντίον άγχους</p>

<b>Kaitelidou &amp; Kouli, 2012</b>	<b>Vandoros &amp; Stargardt, 2013</b>
Πολιτικές οικονομικών συνεισφορών στο σύστημα υγείας, Βελτίωση της ποσότητας και της ποιότητας φροντίδας Καθορισμός κόστους της δημόσιας χρηματοδοτούμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης	Περιορισμός ωφελούμενου πληθυσμού Εφαρμογή νέου κοστολογίου αγαθών και υπηρεσιών Εκσυγχρονισμός Σωμάτων Ελέγχου Εφαρμογή σύγχρονων προγραμμάτων καταπολέμησης της διαφθοράς Περικοπές τιμών φαρμάκων Εισαγωγή θετικού καταλόγου, Μεταβολές στα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων και χονδρεμπόρων Προσφορές νοσοκομειακών φαρμάκων Εισαγωγή clawback, συστήματος περιορισμού των κερδών σε περίπτωση μη αναμενόμενης εμπορικής πορείας Εισαγωγή rebate, συστήματος έκπτωσης που εφαρμόζεται σε μια υπερβολικά καλή πορεία πωλήσεων ενός προϊόντος
<b>Campbell et al., 2013</b>	<b>Vassilakopoulou &amp; Marmaras, 2013</b>
Αύξηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού Συγκράτηση των δαπανών Προσβασιμότητα σε όλους στις υπηρεσίες υγείας Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας για όλους Άνοδος της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού Μείωση του κόστους Εκπαίδευση προσωπικού	εκκαθάριση υποβολών προμηθευτών ανοικτής περίθαλψης
<b>Quaglio et al., 2013</b>	<b>Δίκαιος &amp; Μίχας, 2014</b>
Κοινή διεθνής (πολιτική) Προαγωγή της υγείας Πρόληψη ασθενειών Αντιστάθμιση των κινδύνων φτώχειας Αντιστάθμισης των κινδύνων ανεργίας	σύνταξη υγειονομικού χάρτου της χώρας, προώθηση του ρόλου της ΠΦΥ ως επιλογή για την περεταίρω παραπομπή των ασθενών κατασκευή ηλεκτρονικών φακέλων και στο χώρο του φαρμάκου γενίκευση της χρήσης των γενεσιμίων φαρμάκων
<b>Vandoros &amp; Stargardt, 2013</b>	<b>Papageorgiou et al., 2014</b>
Αποδοτικότητα Λιτότητα Επιβολή των νόμων Πάταξη της διαφθοράς	Μείωση των δαπανών προμηθειών Εφαρμογή νέων τεχνολογιών πληροφορικής Χρήση πληροφοριακών συστημάτων Εισαγωγή ηλεκτρονικού διαγωνισμού προμηθειών Δημοσίευση προκηρύξεων διαγωνισμών στον τύπο Ίδρυση μητρώων προϊόντων και προμηθευτών Εισαγωγή διαδικασιών κανονισμών και τεχνικών προδιαγραφών προμηθειών Εισαγωγή παρατηρητηρίου τιμών για προμήθειες Παραχώρηση στις διοικήσεις δικαιώματος διαγωνισμού δίχως έγκριση Θέσπιση συμβουλίων διαβούλευσης, διαφάνειας και λογοδοσίας Συμβούλια προγραμματισμού υγείας σε Δήμους και Περιφέρειες
<b>Economou et al., 2013</b>	<b>Σαρίδη, 2014</b>
Περικοπή κεφαλαίων κοινωνικής ασφάλισης που διατίθενται στην υγεία	πρόωρη υποχρεωτική συνταξιοδότηση του προσωπικού Αναστολή των προσλήψεων
<b>Vandoros &amp; Stargardt, 2013</b>	
μείωση των δαπανών των φαρμακευτικών αγορών	
<b>Polyzos et al., 2013</b>	
Χρηματοδότηση με κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια	
<b>Karanikolos et al., 2013</b>	
Προστασία προϋπολογισμών για την υγεία Αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών τομέων Μείωση της κάλυψης με θέσπιση ή αύξηση των τελών χρήσης Αύξηση φόρων σε αγαθά τα οποία επηρεάζουν την Υγεία (τσιγάρα, αλκοόλ)	
<b>Kondilis et al., 2013</b>	
Μέτρα λιτότητας Περιορισμοί πρόσβασης και ιδιωτικοποίησης <i>Απελευθέρωση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας</i>	

<b>Δίκαιος &amp; Μίχας, 2014</b>	<b>Αντωνοπούλου, 2014</b>
Προώθηση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	Προώθηση γενόσημων φαρμάκων
<b>De Cos &amp; Moral-Benito, 2014</b>	<b>Simou &amp; Koutsogeorgou, 2014</b>
Έλεγχος δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη	Συγχώνευση μονάδων υγείας
<b>Ξένος et al., 2014</b>	<b>Goranitis, Siskou &amp; Liaropoulos, 2014</b>
Αύξηση του ανταγωνισμού των προμηθευτών	ύπαρξη ολοκληρωμένων ισολογισμών
Καταπολέμηση των μονοπωλίων	<b>Economou, 2015</b>
Απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών	υποχρεωτικός έλεγχος νοσημάτων
Ενθάρρυνση της παροχής υπηρεσιών χαμηλού κόστους	<b>Correia, 2015</b>
<b>Goranitis, Siskou &amp; Liaropoulos, 2014</b>	Αξιολόγηση απόδοσης για τη σταδιοδρομία
Μείωση των εξόδων νοσηλείας στην νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη,	<i>Επέκταση χρόνου εργασίας σε νοσοκομεία</i>
Μείωση των εξονοσοκομειακών δαπανών	<i>Σχέδιο Ανθρωπίνων Πόρων (μετακίνηση εντός της Περιφέρειας)</i>
Μείωση των εξονοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών	Μείωση του αριθμού των Ιατρών
<b>Burke et al., 2016</b>	<b>Καστανιώτη και Πολύζος, 2016</b>
Καθολική ασφάλισης υγείας (ενοποίηση)	Εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων
Περιορισμός της ελεύθερης πρόσβασης	Διάθεση κλινών στον ιδιωτικό τομέα
<b>Picatoste, Ruesga-Benito &amp; González-Laxe, 2018</b>	Διαχείριση των προμηθειών
Περικοπή δαπανών άλλων τομέων πλην υγείας	Δημιουργία ενοποιημένου παρόχου ασφαλιστικής κάλυψης
Προληπτική αποφυγή περιβαλλοντικών καταστροφών	Κόψιμο επιδομάτων
Σχεδιασμός του τρόπου ζωής	Απόλυση εποχιακού προσωπικού
<b>Economou et al., 2017</b>	Πάγωμα προσλήψεων προσωπικού
Πολιτική πελατειακών σχέσεων	Μεταφορά προσωπικού από άλλα ιδρύματα
<b>Wenzl, Naci &amp; Mossialos, 2017</b>	Ίδρυση παρατηρητηρίου τιμών
Μεταβολή κάλυψης πληθυσμού (θετική ή αρνητική)	Αλλαγή των μηχανισμών αποζημίωσης
Μεταβολή πρόσβασης σε υπηρεσίες	Αλλαγή του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας
Μεταβολή κάλυψης υπηρεσιών	Αύξηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη
Μεταβολή τελών χρήσης	Συγκέντρωση και εκσυγχρονισμός του νοσοκομειακού τομέα
Μεταβολή εξαιρέσεων χρεώσεων	Αύξηση του ρόλου των δήμων στην παροχή φροντίδας υγείας
Μεταβολή χρηματοδότησης παρόχων	Βελτίωση της υποδομής νοσηλείας και μακροχρόνιας περίθαλψης
Μεταβολή τιμών παρόχων	Αύξηση του επιμερισμού του κόστους για τους δικαιούχους των κοινωνικών ασφάλισης υγείας
Μεταβολή εισοδημάτων επαγγελματιών υγείας	Προώθηση του συντονισμού φροντίδας
Μεταβολή προσωπικού	Προώθηση της ποιοτικής φροντίδας
Υποκατάσταση ιατρικού προσωπικού	Επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης στις μη εξυπηρετούμενες ομάδες
Μεταβολή μίξης υπηρεσιών	Εισαγωγή διαχειριζόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστών και των ασφαλιστικών εταιρειών
	Μεταρρυθμίσεις για βελτίωση της νοσοκομειακής φροντίδας

<b>Economou, 2017</b>	<p>Εξασφάλιση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας  Αποκέντρωση των νοσοκομείων  Οργάνωση και επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας  Αναδιοργάνωση των μηχανισμών πληρωμής  Παροχή κινήτρων για ποιότητα μέσω αμοιβής εκτέλεσης  Εξασφάλιση μεγαλύτερης αυτονομίας και ευελιξίας για την παροχή υπηρεσιών υγείας από νοσοκομεία  Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.</p>
Πολιτική εκσυγχρονισμού υπηρεσιών παρακολούθησης δραστηριότητας	
<b>Economou et al., 2017</b>	
Καθολική πρόσβαση στην ΠΦΥ	
	<b>Keramidou &amp; Triantafyllopoulos, 2018</b>
	Συγχώνευση ασφαλιστικών ταμείων

#### 2.4.2 Πολιτικές υγείας σε υπερεθνικό επίπεδο

Σε μια οικονομική κρίση, οι πολιτικές υγείας είναι προσανατολισμένες στην αύξηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με παράλληλη όμως συγκράτηση των δαπανών και αυστηρή πειθαρχία στην τήρηση ελεγχόμενων προϋπολογισμών. Τέτοιες πολιτικές οφείλουν να είναι προσανατολισμένες στην προσβασιμότητα σε όλους στις υπηρεσίες υγείας, στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας για όλους, και στην άνοδο της ποιότητας του ανθρωπίνου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας (Campbell et al., 2013). Οι πολιτικές υγείας των εθνικών κυβερνήσεων, οφείλουν να είναι προσανατολισμένες προς μια κοινή πολιτική υγείας και όχι να εξυπηρετούν τα εθνικά συμφέροντα υγείας παραβλέποντας το γενικότερο συμφέρον. Για αυτό το λόγο, οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις των κρατών υπό οικονομική κρίση, οφείλουν να είναι σύμφωνες με τις πολιτικές υγείας που συστήνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Οι πολιτικές που συστήνει ο ΠΟΥ για τις συνθήκες της οικονομικής κρίσης, σχεδιάστηκαν μετά από τις επισημάνσεις για τις πιθανές επιπτώσεις για την παγκόσμια υγεία. Ο ΠΟΥ συνέστησε αρχικά μια διαβούλευση για το πώς η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει τις δαπάνες και τα συστήματα υγείας. Επισημάνθηκε ότι οι σχεδιαζόμενες πολιτικές όφειλαν να διατηρήσουν τη διαθεσιμότητα πόρων και την παροχή επαρκούς επιπέδου υγείας και υγειονομικής περίθαλψης των πληθυσμών σε όλον τον κόσμο (Stuckler, 2009 : 144). Ο ΠΟΥ κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης προέτρεψε τα κράτη να εφαρμόσουν συγκεκριμένες πολιτικές υγείας εναντίον της πτώσης των παροχών των συστημάτων υγείας που δημιούργησε η οικονομική κρίση. Οι πολιτικές αυτές αφορούσαν την επένδυση υγείας, την ελάττωση της σπατάλης στη δημόσια υγεία, τη χάραξη πολιτικών υγείας από τους πολίτικούς, την ενσωμάτωση της υγείας σε όλες τις κοινωνικές πολιτικές, την αναδιανομή πόρων προκειμένου να χορηγούνται υπηρεσίες υγείας σε όλους.

Η διαμόρφωση πολιτικών υγείας από τις εθνικές κυβερνήσεις, σύμφωνα με τον ΠΟΥ πρέπει να ακολουθεί ορισμένες αρχές. Οι αρχές στοχεύουν να διανέμουν τον πλούτο στη βάση της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης, για να εξασφαλιστεί για όλους η προαγωγή της υγείας. Οι αρχές αυτές είναι οι εξής:

- Η επίσημη βοήθεια για την ανάπτυξη πρέπει να αυξηθεί, προκειμένου να προστατευτούν οι πιο ευάλωτοι δεδομένου ότι οι φτωχότερες χώρες είναι πιο τρωτές σε θέματα υγείας πληθυσμού σε περίοδο οικονομικής κρίσης.
- Η επένδυση στην υγεία οφείλει να αυξηθεί, διότι επένδυση στην υγεία σημαίνει επένδυση στην ανθρώπινη ανάπτυξη, την κοινωνική ευημερία και τον πλούτο.
- Τα προγράμματα δημόσιας υγείας πρέπει να προστατεύονται από τη σπατάλη.



- Πρέπει να εξασφαλίζεται η πρόσβαση όλων στις υγειονομικές υπηρεσίες και να υπάρχουν κοινωνικά δίκτυα ασφαλείας για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.
- Πρέπει να εξασφαλίζονται «περισσότερα χρήματα για την υγεία και περισσότερη υγεία για τα χρήματα», δια της βελτίωσης της ποιότητας μέσα από τη διαφανή αξιολόγηση και τη βασισμένη στην ιατρική απόδοση και μέσω της εγκατάστασης ασφαλέστερων ιατρικών υπηρεσιών.
- Να εξασφαλίζεται μέσω των πολιτικών υγείας δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση, μέσω υποχρεωτικής και αναδιανεμητικής μορφής συλλογής οικονομικών πόρων.
- Οι πολιτικές υγείας οφείλουν να κινηθούν στην κατεύθυνση αύξησης των φόρων σε επιβλαβείς για την υγεία ουσίες, όπως το οινόπνευμα, η ζάχαρη και το αλάτι (Ευκαρπίδης, 2011 : 48 - 51).

Ο ΠΟΥ επισημαίνει στα κράτη εφαρμόζουν εθνικές πολιτικές για την κάλυψη υγείας για όλους και ζητά το συντονισμό όλων των εθνικών πολιτικών προκειμένου να υπάρξει μια κοινή κατεύθυνση. Αναγνωρίζοντας τη σημασία για τη συνειδητοποίηση των κινδύνων για την υγεία και τα συστήματα υγείας για την Ευρώπη, ο ΠΟΥ εισήγαγε τη διακήρυξη Recife το 2013 (για την αντιμετώπιση των διαρκών προκλήσεων και την ανανέωση του κοινού οράματος των χωρών για την υγεία). Στη διακήρυξη αυτή, κάλεσε τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης να διασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας εξακολουθούν να επιδεικνύουν αποτελεσματικότητα και να ενεργούν ως οικονομικοί παράγοντες όσον αφορά τις επενδύσεις, τις δαπάνες και την απασχόληση. Επιπλέον, ο ΠΟΥ πρόσφατα σημείωσε την ποικιλομορφία των πολιτικών υγείας που ακολουθούν τα κράτη μέλη της ΕΕ μετά την έναρξη της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Όμως, παρά τις οδηγίες του ΠΟΥ για το συντονισμό των πολιτικών υγείας στην οικονομική κρίση, στην ΕΕ δεν αναπτύχθηκε κοινή Ευρωπαϊκή πολιτική υγείας. (Quaglio et al., 2013). Ωστόσο τα Ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα προσπάθησαν μεμονωμένα να επηρεάσουν τις πολιτικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στην οικονομική κρίση. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο όρισε μια νέα ειδική επιτροπή προκειμένου να αναλύσει τα αίτια και τις συνέπειες της τρέχουσας κρίσης, το κόστος της αδράνειας και τους πιθανούς τρόπους για να ξεπεραστεί η κρίση και να αποτραπεί οποιαδήποτε επανάληψη. Επιπλέον, πρόσφατα το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης κάλεσε τα κράτη μέλη και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να προβληματιστούν σχετικά με αποτελεσματικούς τρόπους για να επενδύσουν στην υγεία. Ως εκ τούτου, δημιουργήθηκαν διαφορετικές ομάδες εργασίας για να δοθεί απάντηση, με αντικείμενο την αποτελεσματική χρήση των διαρθρωτικών ταμείων, την αποδοτική χρήση φαρμάκων, την ολοκληρωμένη περίθαλψη, τη διαχείριση των νοσοκομείων και την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας και των επενδύσεων στην υγεία στην Ευρωπαϊκή

Ένωση. Ένα άλλο παράδειγμα άξιο προσοχής σχετικά με την προαγωγή της πολιτικής λιτότητας στην υγεία από τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα δόθηκε από το STOA (όργανο αξιολόγησης των επιστημονικών και τεχνολογικών επιλογών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου). Το όργανο αυτό σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα συστήματα και τις πολιτικές στον τομέα της υγείας εξέτασε το ρόλο αποδεικτικών στοιχείων στην προώθηση και την ενίσχυση της δημόσιας υγείας κατά της οικονομικής κρίσης. Αν και τέτοιου είδους ενέργειες πραγματοποιήθηκαν από όργανα της ΕΕ τα οποία δραστηριοποιήθηκαν για να δώσουν κατευθύνσεις στα θέματα υγείας, δεν υπήρξε ένα υπεύθυνο κέντρο υγειονομικών αποφάσεων ούτε μια ολοκληρωμένη πολιτική υγείας σε επίπεδο της ΕΕ. Η συντελούμενη εναρμόνιση των αγορών της ΕΕ δεν έχει συμπεριλάβει την αγορά υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η οργάνωση και η διοίκηση των συστημάτων υγείας να παραμένει στην αποκλειστική ευθύνη των εθνικών κυβερνήσεων (Ευκαρπίδης, 2011 : 48 -51).

### *2.4.3 Διάκριση πολιτικών υγείας στην οικονομική κρίση*

Σύμφωνα με τους Mladovsky et al. (2012 : 4), οι πολιτικές υγείας που ασκούνται από τις κυβερνήσεις σε μια οικονομική κρίση, διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- Πολιτικές που προορίζονται να αλλάξουν το επίπεδο συνεισφορών της δημόσιας χρηματοδοτούμενης φροντίδας υγείας.
- Πολιτικές που προορίζονται να επηρεάσουν τον όγκο και την ποιότητα της δημόσιας χρηματοδοτούμενης φροντίδας υγείας.
- Πολιτικές που προορίζονται να επηρεάσουν το κόστος της δημόσιας χρηματοδοτούμενης φροντίδας υγείας.

Μια παρόμοια διάκριση των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονται σε οικονομική κρίση, γίνεται από τους Kaitelidou & Kouli (2012 : 12 - 15), οι οποίοι τις διακρίνουν σε τρεις κατηγορίες :

- στις πολιτικές που συνεισφέρουν οικονομικά στο σύστημα υγείας
- στις πολιτικές για την ποιοτική και ποσοτική φροντίδα
- στις πολιτικές που είναι προσανατολισμένες στη μείωση του κόστους της χρηματοδοτούμενης από τους δημόσιους πόρους χρηματοδοτικής περίθαλψης.

Παρακάτω αναπτύσσονται αυτές οι κατηγορίες των πολιτικών υγείας που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις στην οικονομική κρίση :

Οι πολιτικές οικονομικής συνεισφοράς στο σύστημα υγείας αποτελούν αναγκαιότητα σε οικονομική κρίση. Με τις πολιτικές αυτές οι κυβερνήσεις προσπαθούν να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα χρηματοδότησης λόγω της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία. Η μείωση αυτή γίνεται λόγω της οικονομικής στενότητας που η οικονομική κρίση επιφέρει και λόγω της διακοπής της οικονομικής βοήθειας που προσφερόταν από τις πλουσιότερες χώρες. Οι πλουσιότερες χώρες προηγουμένως κάλυπταν μέσω χρηματοδοτικής βοήθειας τις δαπάνες των ασθενέστερων για την υγεία, όμως λόγω της οικονομικής κρίσης επιχειρούν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Οι προϋπολογισμοί ασφάλισης και οι επιχειρήσεις υγείας δέχονται ασφυκτικές πιέσεις από την μείωση εισφορών λόγω της ανεργίας και από τις περικοπές στους δημόσιους προϋπολογισμού, πιέσεις τις οποίες οι κυβερνήσεις επιχειρούν να τις αντισταθμίσουν με τις κατάλληλες πολιτικές εσόδων (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012). Οι πολιτικές που είναι προσανατολισμένες στην οικονομική συνεισφορά στο σύστημα υγείας εφαρμόζονται μέσω στρατηγικών για την αύξηση των εσόδων των μονάδων του συστήματος υγείας. Η αύξηση των εσόδων γίνεται μέσω της επιβολής εισιτηρίων και άλλων εσόδων, όπως αυτών των ταμείων ασφάλισης. Οι πολιτικές αυτές χαρακτηρίζονται και ως πολιτικές πόρων. Οι πόροι διακρίνονται σε υλικούς (τεχνολογία, βιοϊατρικός εξοπλισμός, βάσεις δεδομένων) και ανθρώπινους (Ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό). Η διάθεση πόρων είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για την επίτευξη των στόχων σε ένα σύστημα υγείας που στοχεύει στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού (Ευκαρπίδης, 2011 : 48 - 51).

Οι πολιτικές για τη φροντίδα εφαρμόζονται μέσω στρατηγικών όπως η στρατηγική αύξησης εισαγωγών και παροχής υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο σύστημα υγείας, με τη μη πραγματοποίηση ακριβών εξετάσεων οι οποίες παραπέμπονται στο ιδιωτικό σύστημα υγείας και στη συγχώνευση οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας (Kaitelidou & Kouli, 2012 : 12 - 15). Οι πολιτικές αυτές σχετίζονται με τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος υγείας (Ευκαρπίδης, 2011 : 48 - 51)

Οι πολιτικές μείωσης του κόστους (οι οποίες περιγράφονται και ως «λιτότητα») προκύπτουν λόγω της διαπίστωσης ότι η συνεχής αύξηση της ζήτησης παροχής υπηρεσιών υγείας απαιτεί περιορισμό σε περιόδους οικονομικής στενότητας. Η ανάγκη μείωσης του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών λόγω των αυξημένων δαπανών και των περιορισμένων πόρων απασχολεί όλα τα βιομηχανικά κράτη (IOBE, 2011). Ο δημόσιος δανεισμός μεγάλης κλίμακας δεν θεωρείται πλέον υγιής οικονομική πολιτική. Η περιστολή των δαπανών και η αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας θεωρείται ως επιτακτική ανάγκη από τις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης. Για να μπορέσουν να εφαρμοστούν οι πολιτικές υγείας προς την κατεύθυνση της περιστολής των

δαπανών, οφείλουν να αντιμετωπίσουν τους ανεπαρκείς πόρους και τα διαρκώς αυξανόμενα έξοδα. Οι πολιτικές περιστολής των δαπανών υγείας πραγματοποιούνται μέσα από στρατηγικές περικοπής αμοιβών του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού των δημοσίων μονάδων υγείας, με την εισαγωγή γενοσήμων και περιορισμών της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τη μείωση του κόστους των προμηθειών υγείας για όλα τα προϊόντα και τα αναλώσιμα (Kaitelidou & Kouli, 2012 : 12 - 15). Οι πολιτικές λιτότητας συνδέονται με την αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών. Όταν οι υπηρεσίες παρέχονται αποδοτικά και αποτελεσματικά, η παραγωγικότητα του οργανισμού και η βιωσιμότητα του αυξάνεται. Αυτό συμβαίνει όταν τα στελέχη χειρίζονται τα οικονομικά κατά συνετό τρόπο.

Οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους στο χώρο της υγείας (λιτότητα) είναι η πιο σημαντική από τις πολιτικές που χρησιμοποιούν οι κυβερνήσεις για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης στο χώρο της υγείας. Σε περιόδους κατά τις οποίες οι προϋπολογισμοί για την υγειονομική περίθαλψη έχουν υποστεί πίεση, όπως σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η προαγωγή της υγείας και η δημόσια υγεία συγκαταλέγονται μεταξύ των πρώτων τομέων όπου πραγματοποιούνται περικοπές. Για παράδειγμα, η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών αντιπροσώπευαν μόλις το 3% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ αμέσως μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (2010). Η λιτότητα όμως προκαλεί αρνητικές παράπλευρες επιδράσεις που επιχειρείται να αντιμετωπιστούν με αντισταθμιστικές πολιτικές. Η λιτότητα στους προϋπολογισμούς δεν περιορίζεται όμως μόνο στα συστήματα υγείας αλλά σε όλους τους τομείς δημοσίων δαπανών. Η λιτότητα σε ορισμένους τομείς δημοσίων δαπανών μπορεί επίσης να αυξήσει τους κινδύνους για την υγεία, οπότε οι κυβερνήσεις χρειάζεται να λάβουν μέτρα εφαρμόζοντας πολιτικές αντιστάθμισης των κινδύνων. Τέτοια μέτρα είναι η ενίσχυση αντισταθμιστικών παροχών σε άτομα που ζουν κάτω από το όριο φτώχειας. Τα μέτρα αυτά λαμβάνουν τη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας για την άμβλυση των επιπτώσεων των οικονομικών διαταραχών στην υγεία. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να σχεδιάζουν πολιτικές για οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις προκειμένου να αντιμετωπίσουν τους αυξημένους κινδύνους για τη σωματική και πνευματική υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Τέτοιοι κίνδυνοι είναι η απειλή της ψυχολογικής ευημερίας, η αυτοκτονική συμπεριφορά και η διαπροσωπική βία. Επίσης, ιδιαίτερη προσοχή οφείλουν να επιδεικνύουν οι κυβερνήσεις στα αντισταθμιστικά μέτρα εναντίον κινδύνων για την υγεία που σχετίζονται με τη φτώχεια όπως τις συνθήκες διατροφής ή τη στέγαση, οι οποίοι εντείνονται σε περίοδο οικονομικής ύφεσης. Οι διαθέσιμοι πόροι που διατίθενται και οι πληθυσμοί που κινδυνεύουν περισσότερο αποτελούν παράγοντες που διαφοροποιούν τις πολιτικές αυτές από χώρα σε χώρα. Αντισταθμιστικές πολιτικές μπορούν να υλοποιηθούν με ενεργά προγράμματα για την αφορά εργασίας που βοηθούν τα άτομα να παραμείνουν στην εργασία ή να

επανεταχθούν στην εργασία. Τα ενεργά προγράμματα για την αγορά εργασίας όχι μόνο παρέχουν περιουσιακά στοιχεία για την υγεία και ενισχύουν την ανθεκτικότητα, αλλά μπορούν επίσης να προωθήσουν την οικονομική ανάπτυξη. Οι συνδυασμοί διαφόρων παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων των φορολογικών μεταρρυθμίσεων, καθώς και οι περιορισμοί στις πωλήσεις και τη διαφήμιση, μπορούν να αποβούν οικονομικά αποδοτικά για την αντιμετώπιση της βλαβερής κατανάλωσης αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και της διαπροσωπικής βίας. Ένας άλλος τομέας με στοιχεία σχετικά με τη μακροπρόθεσμη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας αφορά τη συνέχιση της επένδυσης σε παρεμβάσεις από νεαρή ηλικία, τόσο για την υποστήριξη οικογενειών που μπορεί να βρίσκονται σε άγχος λόγω των κοινωνικοοικονομικών τους συνθηκών, καθώς και μέτρων για την προώθηση της συναισθηματικής υγείας και ανθεκτικότητας των παιδιών και τους εφήβους (Quaglio et al., 2013).

Πολλές εθνικές κυβερνήσεις στην Ευρώπη απάντησαν στην οικονομική κρίση με πολιτικές παρατεταμένης ύφεσης και περικοπών στις δαπάνες για την υγεία. Η οικονομική ύφεση έχει εγείρει σοβαρές ανησυχίες ότι η λειτουργία των συστημάτων υγείας σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα μπορούσε να διακυβευτεί από τη μείωση των προϋπολογισμών για την υγεία. Επίσης, αυτές οι πολιτικές λιτότητας πιθανώς θα επηρεάσουν τις υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού στο μέλλον. (Quaglio et al., 2013). Παράδειγμα πολιτικής λιτότητας στο χώρο της υγείας αποτελούν οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Η πολιτικές λιτότητας επιβάρυναν την υγεία του πληθυσμού στις χώρες που εφαρμόστηκαν, δεδομένου ότι η μείωση του προϋπολογισμού έχει περιορίσει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αντίθετα, η απόρριψη των πολιτικών λιτότητας, την οποία επέλεξαν χώρες όπως η Ισλανδία, είχε ως αποτέλεσμα η χρηματοοικονομική κρίση να μην έχει ελάχιστες ή καθόλου επιπτώσεις στην υγεία (Karaniolos et al., 2013 : 6, 7). Όμως δεν ακολούθησαν όλες οι χώρες της ΕΕ τις ίδιες πολιτικές υγείας. Οι χώρες της ΕΕ διαμόρφωσαν διαφορετικές πολιτικές υγείας ώστε να απαντήσουν στην οικονομική κρίση. Άλλες από τις πολιτικές αυτές εντάσσονταν στις πολιτικές λιτότητας ενώ άλλες στις πολιτικές ανάπτυξης και αναδιανομής του κόστους. Οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία αλλά και η Κύπρος, μεταρρύθμισαν το σύστημα υγείας με παράλληλες περικοπές στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας. Άλλες χώρες, όπως η Δανία, η Σλοβενία και η Πορτογαλία επιτάχυναν μια μεταρρύθμιση σχετικά με το σύστημα υγείας. Μερικές χώρες όπως οι χώρες του πρώην Ανατολικού Μπλοκ, δηλαδή η Κροατία, η Λιθουανία, η Εσθονία και η Τσεχία είχαν προετοιμαστεί καλύτερα πριν την επέλευση της οικονομικής κρίσης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι χώρες αυτές ήδη αντιμετώπιζαν οικονομική κρίση και είχαν λάβει σκληρά δημοσιονομικά μέτρα. Είχαν δημιουργήσει αποθεματικά κεφάλαια στην υγεία. Τα κεφάλαια αυτά καθώς και τα κέρδη που είχαν αποκομίσει από το χώρο της υγείας κατά μια περίοδο πριν την οικονομική κρίση, οι χώρες αυτές τα

χρησιμοποίησαν ώστε να παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε άνεργους και σε άτομα που δεν είχαν ασφάλιση υγείας. Τέλος, ορισμένες χώρες όπως η Αυστρία, η Σλοβεκία και η Πολωνία περιόρισαν δραστικά το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης και το φαρμακευτικό κόστος. Διαφορετικές χώρες αντέδρασαν διαφορετικά στην οικονομική κρίση και κινήθηκαν σε μια διαφορετική κατεύθυνση με διαφορετικά αποτελέσματα.

Η αλλαγή πολιτικής υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, συντελέστηκε με διαφορετικές πολιτικές που σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν σε κάθε χώρα. Η κυβέρνηση κάθε χώρας επεδίωκε να μεγιστοποιήσει το εθνικό συμφέρον και να ελαχιστοποιήσει τις απώλειες ή απλώς να χρησιμοποιήσει την οικονομική κρίση για την αλλαγή πολιτικής που θα επέφερε την αύξηση των παροχών υγείας στον πληθυσμό της. Για παράδειγμα, δύο χώρες που αντιμετώπισαν με τελείως διαφορετικό τρόπο την οικονομική κρίση στο χώρο της υγείας είναι η Ιρλανδία και η Ισπανία. Στην Ιρλανδική οικονομική κρίση, η κυβέρνηση επιχείρησε να απαντήσει υιοθετώντας πολιτικές υγείας με σκοπό να τερματιστεί το σύστημα δύο επιπέδων πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, το οποίο παρείχε προνομιακή πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε όσους είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Στα πλαίσια εφαρμογής της πολιτικής αυτής, χορηγήθηκαν προνόμια σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες να χρησιμοποιούν δωρεάν τις υπηρεσίες υγείας. Η κυβέρνηση ψήφισε τη νομοθεσία για την καθολική κάλυψη υγείας το 2014 και υλοποίησε κλιμακωτά ένα μοντέλο υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης ασθενείας πολλαπλών πληρωτών, με ασφαλιστικές εταιρείες κερδοσκοπικού χαρακτήρα που λειτουργούσαν σε ανταγωνισμό. Αν και το μοντέλο καθολικής πρόσβασης υγειονομικής περίθαλψης επρόκειτο να αντιμετωπίσει σημαντικά χρηματοδοτικά και φορολογικά προβλήματα, αποδείχτηκε αποτελεσματικό (Burke et al., 2016). Αντίθετα, στην Ισπανία, οι πολιτικές περικοπών στον τομέα της υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την απέλαση ορισμένων ομάδων από το σύστημα δημόσιας υγείας. Στην Ισπανική οικονομική κρίση αυτό το γεγονός είχε ως συνέπεια τον περιορισμό της ελεύθερης πρόσβασης σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Αυτό συμβαίνει στο πλαίσιο μιας οικονομικής κρίσης, στην οποία τα κράτη έχουν περιορισμένη δυνατότητα να δράσουν. Ενώ λοιπόν στην Ιρλανδία επετεύχθη η καθολική πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας, στην Ισπανία με αφορμή την περικοπή των δαπανών λόγω της οικονομικής κρίσης, ένα μέρος του πληθυσμού απομακρύνθηκε από το σύστημα υγείας.

Μία άλλη κατηγορία πολιτικών που σχετίζονται με την υγεία σε οικονομική κρίση, είναι οι πολιτικές περικοπής δαπανών άλλων τομέων πλην υγείας, οι οποίοι όμως τελικά σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας. Οι πολιτικές αυτές μειώνουν τις δαπάνες σε τομείς που δεν είναι άμεσα σχετικοί με την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά έμμεσα σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας όπως αυτές που σχετίζονται με την αποτελεσματικότερη διαχείριση και την περιβαλλοντική

βιωσιμότητα. Άλλα παραδείγματα είναι αυτά που σχετίζονται με την εφαρμογή πιο βιώσιμων πρακτικών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η λήψη πιο ενημερωμένων αποφάσεων σχετικά με τη βιωσιμότητα των προϊόντων και υπηρεσιών τους ή μέσω του σχεδιασμού προληπτικών πολιτικών αποφυγής περιβαλλοντικών καταστροφών, και τον σχεδιασμό του τρόπου ζωής. Πράγματι, η αποφυγή μιας περιβαλλοντικής καταστροφής ή η μείωση κατανάλωση βλαβερών ουσιών όπως αλάτι ή ζάχαρη μπορεί να ωφελήσουν εξίσου την υγεία του πληθυσμού (Picatoste, Ruesga-Benito & González-Laxe, 2018).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

### 3.1 Αποδοτικότητα οργανισμών

#### 3.1.1 Αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα

Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα είναι δύο παράγοντες που εμπλέκονται στη μέτρηση της απόδοσης ενός οργανισμού. Η μέτρηση της απόδοσης (performance measurement) είναι η διαδικασία ποσοτικοποίησης της αποδοτικότητας (efficiency) και της αποτελεσματικότητας (effectiveness) των ενεργειών μιας επιχείρησης, μέσω της απόκτησης, της διαλογής της ερμηνείας και της διάδοσης των κατάλληλων δεδομένων (Neely, Gregory & Platts, 2005 : 80). Η ανάλυση μεταξύ αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας είναι μια πολύπλοκη σχέση με βάση τη σχέση μεταξύ των εισροών, των εκροών και των αποτελεσμάτων (Mandl, Dierx & Plzkovitz, 2008). Κατά μια άλλη άποψη, δεν έχει νόημα η αποδοτικότητα χωρίς αποτελεσματικότητα, γιατί είναι πιο σημαντικό να κάνει μια οργάνωση αυτό που έχει ήδη προτείνει (να φτάσει στο σκοπό) από το να κάνει κάτι άλλο που δεν είναι ασφαλώς απαραίτητο. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, η σχέση μεταξύ αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας είναι αυτή που έχει ένα μέρος προς το σύνολο του, διότι η αποτελεσματικότητα απαιτείται για να επιτευχθεί η αποδοτικότητα (Mihaiu, Opreana & Cristescu, 2010). Οι οργανώσεις μπορούν να επιτύχουν αποδοτική διαχείριση, όμως εξαιτίας κακής λειτουργίας η οργάνωση μπορεί να λειτουργεί αναποτελεσματικά (Karlaftis, 2004). Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα είναι αυτοτελή μέτρα, αλλά ταυτόχρονα επηρεάζει το ένα το άλλο. Είναι σημαντικό για τη διοίκηση να εξασφαλίζει την επιτυχία και στους δύο τομείς. Σύμφωνα με τους Pinprayong and Siengthai, (2012 : 31), ο ROA (Αριθμοδείκτης αποδοτικότητας επενδύσεων συνολικών κεφαλαίων) είναι ένα κατάλληλο μέτρο συνολικής απόδοσης, δεδομένου ότι αποκαλύπτει πόσο κερδοφόρα είναι τα περιουσιακά στοιχεία των οργανισμών δημιουργώντας έσοδα. Η οργανωσιακή απόδοση δίνεται από την παρακάτω σχέση :

$$[\text{Οργανωσιακή απόδοση}] = [\text{Αποτελεσματικότητα}] \times [\text{Αποδοτικότητα}]$$

Η αποδοτικότητα μετράει τους πόρους ενός οργανισμού που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή του επιδιωκόμενου αποτελέσματος (Neely, Gregory & Platts, 1995 : 80). Η αποδοτικότητα μετράει τον τρόπο με τον οποίο οι εισροές μετατρέπονται σε εκροές (Bartuševičienė & Šakalytė, 2013). Η αποδοτικότητα ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης, οφείλει να είναι μεγαλύτερη από αυτήν των



ανταγωνιστών, προκειμένου η επιχείρηση ή ο οργανισμός να πετύχει τους στόχους και την αποστολή του και να πετύχει μια μεγαλύτερη απόδοση από τους ανταγωνιστές του. Η αποδοτικότητα ενός οργανισμού μετράει πόσο καλά χρησιμοποιεί τους πόρους και τις δυνατότητες με οικονομικό τρόπο για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις ή τα επιθυμητά επίπεδα ικανοποίησης των ενδιαφερομένων (Wu, 2009). Επομένως, η αποδοτικότητα ενός οργανισμού, στη γενική της μορφή, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα κλάσμα το οποίο έχει ως αριθμητή το αποτέλεσμα που πραγματοποιήθηκε, δηλαδή την εκροή της διαδικασίας και ως παρονομαστή το κόστος που δαπανήθηκε για την προσπάθεια που απαιτήθηκε, δηλαδή την εισροή της διαδικασίας. Η αποδοτικότητα μελετά την κατανομή των πόρων σε διαφορετικές εναλλακτικές χρήσεις που δύνανται να πραγματοποιηθούν και με τη μελέτη αυτή καταλήγει στο ποιες χρήσεις είναι πιο συμφέρουσες (αποδοτικές) από τις υπόλοιπες (Keh & Xu, 2006). Οι πόροι για έναν οργανισμό είναι δεδομένοι. Η κατανομή των πόρων μπορεί να γίνει μέσα στον οργανισμό προκειμένου να επιτευχθούν διάφορα αποτελέσματα. Η βέλτιστη κατανομή των πόρων είναι αυτή που θα μεγιστοποιήσει τα αποτελέσματα σχετική με μια οποιαδήποτε άλλη κατανομή (Kumar & Gulati, 2010). Η αποδοτικότητα δεν σημαίνει ότι ο οργανισμός επιτυγχάνει τις μέγιστες επιδόσεις στην αγορά, παρόλο που αποκαλύπτει την επιχειρησιακή του αριστεία στο εσωτερικό επίπεδο της διαδικασίας χρήσης, δηλαδή μια επιχείρηση μπορεί να είναι αποδοτική αλλά όχι επιτυχημένη εμπορικά.

Μια διάκριση της τεχνικής αποδοτικότητας είναι σε καθαρή αποδοτικότητα (pure technical efficiency) και αποδοτικότητα κλίμακας (Lee, 2009). Η καθαρή αποδοτικότητα αναφέρεται ορισμένες φορές και ως καθαρή τεχνική αποδοτικότητα ή αμιγώς τεχνική αποδοτικότητα. Η διάκριση της αποδοτικότητας φαίνεται στον πίνακα 3.1.

- Η τεχνική αποδοτικότητα είναι ο συνδυασμός της καθαρής αποδοτικότητας με την αποδοτικότητα κλίμακας και δείχνει αφενός την δυνατότητα παραγωγής της μονάδας με βάση τους συγκεκριμένους πόρους που χρησιμοποιεί και αφετέρου την επάρκεια μεγέθους προκειμένου να εφαρμοστούν οι οικονομίες κλίμακας (Οικονόμου & Τούντας, 2007 : 35-38).
- Η καθαρή αποδοτικότητα σχετίζεται με το πηλίκο παραγόμενου αποτελέσματος προς τους πόρους που δαπανώνται.

Σε μεθόδους μέτρησης της αποδοτικότητας, το μέτρο της τεχνικής αποδοτικότητας διακρίνεται σε δύο αποκλειστικά αμοιβαία και ανεξάρτητα μέτρα, αυτό της καθαρής αποδοτικότητας και της αποδοτικότητας κλίμακας. Αυτή η διάκριση επιτρέπει τον εντοπισμό των πηγών των μη

αποδοτικών μονάδων. Η καθαρή αποδοτικότητα δείχνει την επίδοση της διαχειριστικής απόδοσης. Η αποδοτικότητα κλίμακας είναι το πηλίκο μεταξύ της τεχνικής αποδοτικότητας και της καθαρής αποδοτικότητας και παρέχει τη δυνατότητα στη διοίκηση να επιλέξει το βέλτιστο μέγεθος της μονάδας (Kumar & Gulati, 2008 ; Isik & Hassan, 2002). Η διοικητική ικανότητα του οργανισμού αντανακλάται στο συγκεκριμένο μέγεθος (Ray & Desli, 1997). Η καθαρή αποδοτικότητα επιδιώκει να εξαλείψει τους περιορισμούς της κλίμακας. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιεί τη γραμμή παραγωγής με τη μεταβλητή επιστροφή στην κλίμακα (βλ. στο κεφάλαιο DEA). Τα χαμηλά σκορ της αποδοτικότητας αυτής αντικατοπτρίζουν παράγοντες όπως ανεπάρκειες παραγωγικότητας, κατανομής στοιχείων συμπεριφοράς και ατέλειες διαχείρισης. Η αποδοτικότητα κλίμακας σχετίζεται με την οικονομία κλίμακας που γίνεται όσο μεγαλώνει το μέγεθος ενός ιδρύματος και μετράει το μέγεθος του ιδρύματος ώστε να ελέγξει εάν βρίσκεται μέσα σε αποδεκτά όρια. Ο έλεγχος του μεγέθους του ιδρύματος γίνεται μέσα του ελέγχου της αποδοτικότητας κλίμακας του εάν οι πόροι που καταναλώνονται βρίσκονται σε επαρκή ή όχι όρια ανάλογα με τα αποτελέσματα της παραγωγής. Μια μονάδα έχει βέλτιστη αποδοτικότητα κλίμακας όταν το μέγεθος των λειτουργιών της είναι βέλτιστο, έτσι ώστε οποιαδήποτε τροποποίηση του μεγέθους θα καταστήσει τη μονάδα λιγότερο αποδοτική. (Δόλγερας & Κυριόπουλος, 2009). Οι παράγοντες της παραγωγικότητας, της κατανομής των στοιχείων συμπεριφοράς και της διαχείρισης δεν επιδρούν στην αποδοτικότητα κλίμακας.

Η αποδοτικότητα κατανομής (allocative efficiency) εξετάζει τον κατάλληλο συνδυασμό εισροών ώστε να ελαχιστοποιηθεί το κόστος παραγωγής και σύνολο δαπανών εισροών με την παραδοχή ότι ο οργανισμός λειτουργεί με τη μέγιστη δυνατή τεχνική αποδοτικότητα. Ενώ ο οργανισμός μπορεί να είναι απόλυτα αποδοτικός κατά την έννοια της τεχνικής αποδοτικότητας μπορεί να είναι σε κάποιο βαθμό μόνο αποδοτικός ως προς την αποδοτικότητα κατανομής και αυτό οφείλεται στο μη βέλτιστο συνδυασμό εισροών. Η αποδοτικότητα κατανομής μετρά την αναλογική μείωση των δαπανών όταν ο οργανισμός επιλέγει το σωστό μείγμα εισροών λαμβάνοντας υπόψη τον προϋπολογισμό του (Isik & Hassan, 2002). Η αποδοτικότητα κατανομής μετρά το βαθμό επιλογής της βέλτιστης ποσότητας εισροών. Στην περίπτωση ύπαρξης πολλών προτάσεων για τη χρήση των πόρων, συγκρίνει τις εναλλακτικές λύσεις κόστους οφέλους προκειμένου να επιλεγεί η συμφερότερη λύση (Δόλγερας & Κυριόπουλος, 2006). Η αποδοτικότητα κατανομής λαμβάνει όχι μόνο την αποδοτικότητα με την οποία χρησιμοποιούνται οι πόροι για την παραγωγή αποτελεσμάτων, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται τα αποτελέσματα. Το αποτελεσματικό μοτίβο της χρήσης των πόρων είναι τέτοιο, ώστε κάθε αλλαγή θα βλάψει την κοινότητα για την οποία προβλέπονται τα αποτελέσματα (Palmer & Torgerson, 1999).

Κατά μια άλλη διάκριση, η αποδοτικότητα διακρίνεται σε επιχειρηματική και οργανωσιακή (Pinprayong & Siengthai, 2012 : 31 - 32). Η επιχειρηματική αποδοτικότητα αποκαλύπτει την επίδοση του οργανισμού όπως διαμορφώνεται από την αναλογία εκροών και εισροών. Η επιχειρηματική αποδοτικότητα αξιολογείται οικονομικών, μάρκετινγκ, συναγωνισμού και επιχειρηματικών ευκαιριών. Η λογιστική και η συνολική απόδοση της επιχείρησης χρησιμοποιείται ώστε να μετρηθεί η επιχειρηματική αποδοτικότητα (Kouforoulos et al., 2008). Επίσης, η επιχειρηματική αποδοτικότητα μετράται σε δύο τμήματα, στις οικονομικές και τις οργανωτικές επιδόσεις (Ferguson & Reio, 2010). Η οργανωσιακή αποδοτικότητα αντικατοπτρίζει τη βελτίωση των εσωτερικών λειτουργιών της οργάνωσης όπως οργανωτική δομή, κουλτούρα και διαδικασίες εσωτερικής κοινότητας. Η οργανωτική αποδοτικότητα μπορεί να βελτιώσει την εταιρική απόδοση, από πλευράς διαχείρισης, παραγωγικότητας, ποιότητας και κερδοφορίας (Brown, 1997). Η οργανωτική αποδοτικότητα μετριέται σε διαστάσεις, όπως η διαμόρφωση της στρατηγικής της εταιρείας, ο σχεδιασμός της εταιρικής δομής, η διαχείριση και η λειτουργία επιχειρηματικού συστήματος, η ανάπτυξη του στιλ εταιρείας και εργαζόμενων και δευτερεύοντες στόχοι (Okumus, 2003 : 874).

Η αποδοτικότητα είναι ένα μέγεθος το οποίο πρέπει να μετρηθεί, ώστε να μπορέσουμε να αποκτήσουμε γνώμη για αυτό. Με τη μέτρηση της αποδοτικότητας για κάθε μονάδα ή έναν οργανισμό, μπορούμε να συγκρίνουμε τις μονάδες ή τους οργανισμούς ως προς την τιμή της αποδοτικότητας τους. Η αποτύπωση τις τιμές της αποδοτικότητας για κάθε μονάδα ή οργανισμό, δίνει τη δυνατότητα να καταταγούν οι μονάδες ή οι οργανισμοί σε φθίνουσα σειρά. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να χαρακτηρίσουμε μια μονάδα ή έναν οργανισμό ως περισσότερο ή λιγότερο αποδοτικό σε σχέση με κάποιον άλλον. Η αποδοτικότητα μετριέται μέσω της εύρεσης της σχέσης μεταξύ εκροών και εισροών, δηλαδή με την αποτύπωση του πόσο επιτυχημένα οι εισοδοί μετατρέπονται σε εξόδους, με βάση την παραγωγική διαδικασία (Low, 2000). Η μέτρηση της αποδοτικότητας μιας μονάδας ή οργανισμού είναι ωφέλιμη για μια σειρά από οικονομικούς λόγους που ωθούν τη διοίκηση να την πραγματοποιήσει. Τέτοιοι λόγοι είναι οι εξής :

- Η αποτύπωση των κερδών μετά φόρων με δεδομένο κύκλο εργασιών για κάθε έτος λειτουργίας είναι σημαντικός στόχος για μια επιχείρηση ώστε να προσελκύσει έναν νέο αριθμό επενδυτών.
- Η αποδοτικότητα συνδέεται με την κερδοφορία, με τον τρόπο χρησιμοποίησης των κεφαλαίων προς εξασφάλιση κερδών.
- Η αποδοτικότητα σχετίζεται με την αποτελεσματική διαχείριση κεφαλαίων μιας επιχείρησης ή οργανισμού. Όσο πιο αποδοτική είναι μια επιχείρηση, τόσο σε μεγαλύτερο βαθμό μπορεί

να εκμεταλλευτεί τα κεφάλαια των μετόχων και των δανειστών της για να εκφράσει καλύτερο αποτέλεσμα χρήσης.

Η αποδοτικότητα αποτελεί σημαντικό στρατηγικό πλεονέκτημα και στρατηγικό εργαλείο. Η αποδοτικότητα μπορεί να εκτιμηθεί με βάση χρηματοοικονομικά κριτήρια. Αυτή η εκτίμηση χρησιμοποιείται όταν δεν εφαρμόζονται μέθοδοι μέτρησης της αποδοτικότητας. Για την εκτίμηση αυτή, χρησιμοποιούνται ορισμένοι δείκτες. Σύμφωνα με τους Megginson, Nash και Randenborgh (1994) οι χρηματοοικονομικοί δείκτες και μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε μια τέτοια περίπτωση είναι οι εξής : Δείκτης κερδοφορίας που αποτυπώνεται με το λόγο καθαρών κερδών προς κύκλο εργασιών, δείκτης αποδοτικότητας που αποτυπώνεται με το λόγος κύκλου εργασιών προς αριθμό εργαζομένων, δείκτης της αποδοτικότητας κεφαλαίων που αποτυπώνεται με το λόγο των επενδύσεων κεφαλαίου προς τον κύκλο εργασιών, δείκτης της διαχρονικής σύγκρισης κύκλου εργασιών, δείκτης μόχλευσης που αποτυπώνεται με το λόγο του συνολικού χρέους προς τα συνολικά ίδια κεφάλαια και δείκτης των μερισμάτων που αποτυπώνεται με το λόγο των πληρωμών μερισμάτων προς τον κύκλο εργασιών.

Η αποτελεσματικότητα είναι η εκπλήρωση των σκοπών της ύπαρξης ενός οργανισμού, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός εκπληρώνει τους λόγους για τους οποίους συστάθηκε. Σύμφωνα με μια διαφορετική διατύπωση, αποτελεσματικότητα είναι η έκταση στην οποία οι απαιτήσεις του πελάτη εκπληρώνονται (Neely, Gregory & Platts, 1995 : 80). Η αποτελεσματικότητα καθορίζει τους στόχους πολιτικής του οργανισμού ή του βαθμού που ένας οργανισμός εκπληρώνει τους δικούς του στόχους (Zheng, Yang & McLean G., 2010 : 764). Η αποτελεσματικότητα είναι εκτεταμένη και πιο ευρεία έννοια από αυτήν της αποδοτικότητας, η οποία λαμβάνει υπόψη την ποιότητα, τη δημιουργία προστιθέμενης αξίας, την ικανοποίηση του εργαζομένου και την αλληλεπίδραση παραγωγή με το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον .

Η αποτελεσματικότητα είναι πολυδιάστατη έννοια και ο καθορισμός της έννοιας αυτής διαφέρει μεταξύ ερευνητών (Cambell et al., 1974 : 19 - 25). Η αποτελεσματικότητα επιτυγχάνεται από ένα συνδυασμό παραγόντων, όπως την ανταπόκριση των δομικών χαρακτηριστικών ενός οργανισμού στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και της τεχνολογίας, στην επιτυχία του οργανωτικού σχεδιασμού και στην εργασιακή συμπεριφορά των μελών της οργάνωσης κατά τρόπο που εξυπηρετεί τους οργανωτικούς στόχους (Angle & Perry, 1981 : 4, 10 - 12). Οι οργανισμοί επιδιώκουν τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας τους μέσω της ενασχόλησης με την παραγωγή, τις πωλήσεις, τη δημιουργία της προστιθέμενης αξίας, της καινοτομίας και τη μείωση του κόστους. Η αποτελεσματικότητα μετράει το βαθμό στον οποίο μια επιχείρηση επιτυγχάνει τους στόχους της

ή τον τρόπο αλληλεπίδρασης των αποτελεσμάτων με το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον. Η επιτευξη των στόχων της πολιτικής που ακολουθεί ένας οργανισμός καθορίζουν και την αποτελεσματικότητα του (Zheng, 2010 : 764). Η αποτελεσματικότητα σε έναν οργανισμό, συμβάλλει στην αξιολόγηση της προόδου προς την επίτευξη της αποστολής και την εκπλήρωση του επιχειρησιακού στόχου.

**Πίνακας 3.1**  
**Κατηγορίες αποδοτικότητας**

Ονομασία	Περιγραφή	Διάκριση σε
Τεχνική αποδοτικότητα	δυνατότητα παραγωγής της μονάδας με βάση τους συγκεκριμένους πόρους που χρησιμοποιεί σε συνδυασμό με την επάρκεια μεγέθους προκειμένου να εφαρμοστούν οι οικονομίες κλίμακας	Καθαρή αποδοτικότητα Αποδοτικότητα κλίμακας
Καθαρή αποδοτικότητα	πηλίκο παραγόμενου αποτελέσματος προς τους πόρους που δαπανώνται. δηλώνει την επίδοση της διαχειριστικής επίδοσης	
Αποδοτικότητα κλίμακας	πηλίκο μεταξύ της τεχνικής αποδοτικότητας και της καθαρής αποδοτικότητας εξαρτάται από το βέλτιστο μέγεθος της μονάδας	
Αποδοτικότητα κατανομής	κατάλληλος συνδυασμός εισροών ώστε να ελαχιστοποιηθεί το κόστος παραγωγής και σύνολο δαπανών εισροών με την παραδοχή ότι ο οργανισμός λειτουργεί με τη μέγιστη δυνατή τεχνική αποδοτικότητα.	

Πηγή : βασισμένο σε Isik & Hassan, 2002 ; Kumar & Gulati ; 2008 ; Lee, 2009

Η διοίκηση επιδιώκει να αυξήσει την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού, επιδιώκει την καλύτερη επικοινωνία, αλληλεπίδραση εργαζομένων, ηγεσία, κατεύθυνση, προσαρμοστικότητα και θετικό περιβάλλον (Heilman & Kennedy – Philips, 2011 : 29 - 32).

### 3.1.2 Παραγωγικότητα

Η παραγωγικότητα αποτελεί μια ακόμη έννοια που χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα και διακρίνεται από αυτές. Η αποδοτικότητα ως λόγος των εκροών προς τις εισροές εντάσσεται στην ευρύτερη έννοια της παραγωγικότητας (Ramanathan, 2003). Ο Syverson (2011 : 326) ορίζει την παραγωγικότητα ως την αποδοτικότητα με την οποία μετατρέπει ένας οργανισμός τις εισροές σε εκροές. Ωστόσο, η παραγωγικότητα αποτελεί μια σχετική έννοια. Αν και συχνά οι όροι παραγωγικότητα και αποδοτικότητα χρησιμοποιούνται

εναλλακτικά, αυτό είναι ατυχές επειδή οι έννοιες αυτές είναι απολύτως διακριτές. Η βελτίωση της αποδοτικότητας δεν εγγυάται τη βελτίωση της παραγωγικότητας. Η αποδοτικότητα είναι απαραίτητη αλλά όχι επαρκής προϋπόθεση για παραγωγικότητα (Kirikal & Tehnikaülikool, 2005 : 14). Η παραγωγικότητα διακρίνεται με βάση το είδος των εξόδων στις οποίες εντοπίζεται το ενδιαφέρον, όπως η παραγωγικότητα κεφαλαίου ή η παραγωγικότητα των επενδύσεων. Η παραγωγικότητα για τους οργανισμούς με σκοπό το κέρδος είναι εύκολο να υπολογιστεί, αλλά είναι δύσκολο να υπολογιστεί η αποδοτικότητα μη κερδοσκοπικών οργανισμών που έχουν διαφοροποιήσεις στις εισροές, εκροές και στην κλίμακα τους. Σε οποιαδήποτε κερδοσκοπική ή μη κερδοσκοπική οργάνωση, η παραγωγικότητα του συνολικού συστήματος ή ενός συγκεκριμένου υποσυστήματος αξιολογείται συνεχώς με σκοπό τη βελτίωση. Τέτοιες εταιρείες και κυβερνητικοί οργανισμοί επενδύουν εκατομμύρια δολάρια για να αυξήσουν την παραγωγικότητά τους και για να πραγματοποιήσουν στόχους, όπως η μεγιστοποίηση της οικονομικής ανάπτυξης, η κερδοφορία η ανταγωνιστικότητα και η ελαχιστοποίηση του κόστους (Egilmez & McAnoy, 2013).

Σύμφωνα με τον Organization for European Economic Cooperation, η παραγωγικότητα ορίζεται ως εξής :

Παραγωγικότητα είναι το πηλίκο που επιτυγχάνεται διαιρώντας τις εκροές με έναν από τους συντελεστές παραγωγής (όπως γη, κεφάλαιο, εργασία). Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να μιλήσουμε για παραγωγικότητα του κεφαλαίου, επενδύσεων, πρώτων υλών, ανάλογα με το αν οι εκροές εξετάζονται σε σχέση με το κεφάλαιο ή πρώτες ύλες.

Η παραγωγικότητα διακρίνεται στις εξής εκφράσεις της :

- Μερική παραγωγικότητα (partial productivity) : ο λόγος της εκροής προς μια μόνο τάξη εισροών, όπως η εκροή ανά εργατόωρα.
- Παραγωγικότητα συνολικού παράγοντα (total factor productivity) : η αναλογία εκροής προς τις υπηρεσίες κεφαλαίου και εργασίας.
- Συνολική παραγωγικότητα (total productive) : ο λόγος της εκροής προς όλες τις συνδυασμένες εισροές περιλαμβάνοντας την εργασία, τα υλικά, το κεφάλαιο, την ενέργεια και γενικά όλες τις εισροές.
- Δείκτης συνολικής κατανοητής παραγωγικότητας (comprehensive total productivity index) : ο συνολικός δείκτης παραγωγικότητας πολλαπλασιαζόμενος με τον δείκτη αύλων παραγόντων. Το πιο εξειδικευμένο μέτρο που περιλαμβάνει όλους τους σχετιζόμενους με τον χρήστη ποιοτικούς παράγοντες, όπως την ποιότητα παραγωγής, την ποιότητα διαδικασιών, το μερίδιο αγοράς, το επίπεδο επικοινωνίας και άλλους παράγοντες.

Οι κατηγορίες της παραγωγικότητας φαίνονται στον πίνακα 3.2.

Η παραγωγικότητα μετράται συνήθως με έναν συντελεστή Total Factor Productivity ή TFP. Ο δείκτης TFP ορίζεται ως ρυθμός ανάπτυξης. Ο TFP χρησιμοποιείται για διάφορες συγκρίσεις παραγωγικότητας για μια δεδομένη χώρα ή περιοχή σε δύο διαφορετικά χρονικά σημεία, αλλά είναι ελάχιστα χρήσιμος για τη σύγκριση παραγωγικότητας μεταξύ διαφορετικών χωρών ή περιφερειών. Ο ρυθμός ανάπτυξης μιας αναπτυσσόμενης χώρας είναι συνήθως πολύ μεγαλύτερος από αυτόν μιας αναπτυγμένης χώρας, διότι η αναπτυσσόμενη χώρα ξεκινά από χαμηλότερο επίπεδο και εισάγει τεχνολογία για να επιτύχει σύγκλιση (Hulten, 2001). Όμως σε απόλυτες τιμές μεταξύ των διαφόρων χωρών η παραγωγικότητα διαφοροποιείται σημαντικά. Ο λόγος που συμβαίνει αυτή η διαφοροποίηση είναι η τεχνολογία παραγωγής που χρησιμοποιείται στην παραγωγική διαδικασία και είναι συνήθως διαφορετική μεταξύ των χωρών. Οι δυνατότητες του εργατικού δυναμικού των αναπτυσσόμενων χωρών δημιουργούν ένα χάσμα σχετικά με τη χρήση της τεχνολογίας, ενώ η διαφορετική τεχνολογία παραγωγής επιδρά στο εισόδημα των κατοίκων. Οι πηγές της μη παραγωγικότητας μπορεί να καταπολεμηθούν με την εισαγωγή στις χώρες πιο σύγχρονης τεχνολογίας (Acemoglu & Zilibotti, 2001).

**Πίνακας 3.2**  
**Κατηγορίες παραγωγικότητας**

Ονομασία	Περιγραφή	Παρατηρήσεις
Μερική παραγωγικότητα	ο λόγος της εκροής προς μια μόνο τάξη εισροών, όπως η εκροή ανά εργατόωρα	
Παραγωγικότητα συνολικού παράγοντα	η αναλογία εκροής προς τις υπηρεσίες κεφαλαίου και εργασίας	
Συνολική παραγωγικότητα	ο λόγος της εκροής προς όλες τις συνδυασμένες εισροές	περιλαμβάνει την εργασία, τα υλικά, το κεφάλαιο και την ενέργεια
Δείκτης συνολικής κατανοητής παραγωγικότητας	Η συνολική παραγωγικότητα πολλαπλασιαζόμενη με τον δείκτη αύλων παραγόντων	περιλαμβάνει όλους τους σχετιζόμενους με τον χρήστη ποιοτικούς παράγοντες, όπως την ποιότητα παραγωγής, την ποιότητα διαδικασιών, το μερίδιο αγοράς, το επίπεδο επικοινωνίας και άλλους παράγοντες

Ένας άλλος δείκτης που μετρά τη μεταβολή της παραγωγικότητας μεταξύ περιόδων είναι ο Malmquist index , που αναλύεται σε επόμενη ενότητα για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας.

### 3.1.3 Αποδοτικότητα στην εκπαίδευση

Η αποδοτικότητα οργανισμών στην εκπαίδευση βασίζεται στις ίδιες γενικές αρχές που διέπουν την εκτίμηση της αποδοτικότητας των οργανισμών. Επομένως, η αποδοτικότητα στην εκπαίδευση εξακολουθεί να ακολουθεί το λόγο των παραγόμενων εκροών προς τις χρησιμοποιούμενες εισροές (Bessent and Bessent, 1980). Η ορθή χρήση των περιορισμένων πόρων (εισροών) είναι επιτακτική, ιδίως στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. Αποδοτική εκπαίδευση σημαίνει εκπαίδευση που εκπληρώνει ένα επίπεδο ως προς εκ των προτέρων καθορισμένα κριτήρια (όπως σχολική επίδοση, ποσοστό αναλφαριθμητισμού, επίτευξη επιθυμητής συμπεριφοράς) χρησιμοποιώντας τα ελάχιστα ποσά πόρων. Οι εκροές δίδονται ως στόχοι από το Υπουργείο παιδείας και μια αποδοτική μονάδα οφείλει να τις επιτεύξει χωρίς σπατάλη πόρων (Wöbmann & Schütz, 2006).

Η αποδοτικότητα στην εκπαίδευση λαμβάνει υπόψη ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυτήν. Η αποδοτικότητα εκφράζει το ποσοστό των παραγόμενων εκροών προς τις χρησιμοποιούμενες εισροές μόνο που αυτό το ποσοστό τώρα εκφράζεται στον τομέα της εκπαίδευσης. Για την εκπαίδευση, τέτοια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι η κοινωνική φυσιογνωμία της εκπαιδευτικής διαδικασίας, η οποία διαφέρει από την παραγωγική διαδικασία των επιχειρήσεων και το γεγονός ότι τα παραγόμενα από την εκπαίδευση είναι πιο δύσκολο να αποτιμηθούν σε σχέση με τα επιχειρηματικά παραγόμενα. Για παράδειγμα, ως προς το περιβάλλον στο οποίο εκδηλώνονται τα αποτελέσματα της εκπαιδευτικής διαδικασίας και την αποδοτικότητα αυτής, η αξιολόγηση της αποδοτικότητας στην εκπαίδευση έχει την εξής ιδιαιτερότητα, ότι αναφέρεται σε δύο πτυχές : μια εσωτερική πτυχή, αυτή που αφορά την αξιολόγηση της αποδοτικότητας ως προς το εσωτερικό περιβάλλον των οργανισμών μάθησης και μια εξωτερική πτυχή, ως προς το εξωτερικό περιβάλλον των οργανισμών αυτών, δηλαδή το εργασιακό και το κοινωνικό περιβάλλον (Wöbmann & Schütz, 2006).

Η αποδοτικότητα στην εκπαίδευση είναι ένα μέγεθος το οποίο αφορά τη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την επίτευξη των απαιτούμενων αποτελεσμάτων. Η παροχή εκπαίδευσης θεωρείται αποδοτική εάν οι δρώντες στον τομέα εκπαίδευσης κάνουν την καλύτερη δυνατή χρήση των διαθέσιμων εισόδων. Όταν ένα σύστημα εκπαίδευσης φτάσει στο σημείο να είναι αποδοτικό, δηλαδή φτάσει στη μέγιστη τιμή του, τότε το σύστημα αυτό δεν δίνει επιπλέον δυνατότητες αύξησης του εκπαιδευτικού έργου με ένα δεδομένο επίπεδο δαπανών. Η οποιαδήποτε μεταβολή από το σημείο πλήρους αποδοτικότητας θα είναι δυσμενής για την αποδοτικότητα. Εάν ενώ το σύστημα βρίσκεται στο πιο αποδοτικό σημείο, μειωθούν οι εκπαιδευτικοί πόροι, αυτό δεν αυξάνει την αποδοτικότητα, διότι θα μειωθούν και τα παραγόμενα και τότε το σύστημα αυτό μειώνει την αποδοτικότητά του από τη μέγιστη σε χαμηλότερες τιμές (Bessent and Bessent, 1980).



Η αποδοτικότητα στην εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό θέμα για τις κυβερνήσεις και για την χάραξη εκπαιδευτικής πολιτικής που πραγματοποιείται από αυτές. Η πολιτική ηγεσία της κάθε χώρας μέσω των δημοσίων πολιτικών εκπαίδευσης, αξιοποιεί τους πόρους που διατίθενται στην εκπαίδευση προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έχει θέσει για το σύστημα. Οποσδήποτε, το θέμα της βελτίωσης της αποδοτικότητας έχει εξελιχθεί σε θέμα κομβικής σημασίας για την εκπαίδευση των χωρών και για το λόγο αυτό, συμπεριλαμβάνεται στις εκπαιδευτικές πολιτικές των κυβερνήσεων (OECD, 2013). Η επίτευξη όμως της αποδοτικότητας μέσω των εκπαιδευτικών πολιτικών δεν είναι εύκολης σημασίας ζήτημα. Αυτό γίνεται διότι η αποδοτικότητα στον τομέα εκπαίδευσης, πολλές φορές έρχεται σε αντίθεση με την ισότητα στην παροχή εκπαίδευσης. Η επιλογή της αποδοτικότητας έναντι της ισότητας και αντίστροφα, αποτελεί επιλογή την οποία πρέπει να αποφασίσουν οι κυβερνώντες και να την εντάξουν στις εκπαιδευτικές πολιτικές (Wößmann & Schütz, 2006).

Η αποδοτικότητα της εκπαίδευσης είναι θέμα έντονων συζητήσεων μεταξύ πολιτικών, εκπαιδευτικών και άλλων εκπαιδευτικών φορέων. Εκτός από την αυξημένη ευαισθητοποίηση σχετικά με την αποδοτικότητα του δημοσίου τομέα, το αυξανόμενο κόστος για την εκπαίδευση είναι ένας λόγος για την αύξηση του ενδιαφέροντος της αποδοτικότητας στην εκπαίδευση. Κατά μέσο όρο, στην ΕΕ το κόστος της εκπαίδευσης αυξάνεται σταθερά και υπερβαίνει σταδιακά το κόστος άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Η αύξηση αυτή του κόστους αντανακλά στα αυξημένα έξοδα του κράτους, τα οποία επιδιώκονται να μειωθούν κατά τα τελευταία έτη με πολιτικές οικονομικής διαχείρισης ή πολιτικές λιτότητας. Γενικά, όλες οι πολιτικές που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις αποσκοπούν εκτός των άλλων και στην αύξηση της αποδοτικότητας της εκπαίδευσης (Eurostat, 2014).

Η αποδοτικότητα στην εκπαίδευση μπορεί να εκτιμηθεί από την επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος έναντι των πόρων που χρησιμοποιούνται. Το αποτέλεσμα της εκπαιδευτικής διαδικασίας μπορεί να μετρηθεί ως ένας στόχος στο σύστημα εκπαίδευσης και κατάρτισης, όπως για παράδειγμα τα σκορ επίτευξης στις διαγωνιστικές διαδικασίες ή τα ποσοστά ολοκλήρωσης ενός κύκλου μαθημάτων. Όμως το αποτέλεσμα μπορεί να οριστεί και ως ένας στόχος εκτός της εκπαίδευσης, όπως οι πιθανότητες απασχόλησης ή το ύψος των αποδοχών στην αγορά εργασίας. Οπότε η αποδοτικότητα εκτιμάται ανάλογα με το είδος του αποτελέσματος της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Ως προς τους πόρους που χρησιμοποιούνται, η αποδοτικότητα αναλύεται με βάση δυο διαφορετικές απόψεις. Σύμφωνα με τη μία άποψη, η αποδοτικότητα αφορά την αποδοτική κατανομή μεταξύ διαφορετικών ειδών πόρων. Τέτοια διαφορετικά είδη πόρων είναι για παράδειγμα ο αριθμός των εκπαιδευτικών σε σχέση με τον αριθμό των πινάκων, ή περισσότεροι δάσκαλοι ανά

μαθητή σε σχέση με λιγότερους αλλά πιο εξειδικευμένους δασκάλους. Επομένως, το μίγμα των πόρων που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να επιλεγεί ώστε να είναι περισσότερο αποδοτικό. Σύμφωνα με την άλλη άποψη, που αφορά την τεχνική αποδοτικότητα, η αποδοτικότητα αφορά την αύξηση κάθε πόρου αποδοτικά, δηλαδή αξιοποιώντας μεμονωμένα κάθε διαθέσιμη είσοδο (Wößmann & Schütz, 2006).

Η αποδοτικότητα, ως ικανότητα να γίνονται τα πράγματα σωστά, δεν διαχωρίζεται από την αποτελεσματικότητα, ως ικανότητα να γίνονται τα σωστά πράγματα. Η μέτρηση της απόδοσης, δηλαδή της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, ολόένα αποκτά και μεγαλύτερη σημασία στην εκπαίδευση, εξειδικεύοντας στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της. Έτσι, η αποτελεσματικότητα είναι ο βαθμός στον οποίο η σχολική μονάδα πετυχαίνει τους στόχους της, δηλαδή να κάνει τη σωστή δουλειά. Η αποτελεσματικότητα στην εκπαίδευση επηρεάζεται και επηρεάζεται από την αποδοτικότητα. Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο εάν οι σχολικές μονάδες χρησιμοποιούν τις αναγκαίες εισόδους για να παράγουν τα σωστά αποτελέσματα. Το αποτελεσματικό σχολείο μπορεί να είναι ή να μην είναι αποδοτικό, διότι μπορεί να παράγει τα σωστά αποτελέσματα αλλά να χρησιμοποιεί ή να μην χρησιμοποιεί τους ελάχιστους δυνατούς πόρους. Στο σημείο αυτό η αποδοτικότητα εισάγεται σαν ικανότητα απόδοσης ενός προσδοκώμενου αποτελέσματος, ως ικανότητα να παράγει η σχολική μονάδα υπηρεσίες παιδείας με το ελάχιστο επίπεδο πόρων που απαιτείται, δηλαδή να κάνει τη δουλειά σωστά. Στη σχέση μεταξύ αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στην εκπαίδευση, σημειώνεται ότι οι εκπαιδευτικές διαδικασίες είναι κοινωνικές κατασκευές και ως τέτοιες υπάρχει ένα όριο αποτελεσματικότητας, δηλαδή ένα αποδεκτό όριο επιθυμητών αποτελεσμάτων που μπορεί να πραγματοποιηθεί (όπως η ποιότητα, τα εκπαιδευτικά προσόντα και η ισότητα των μαθησιακών αποτελεσμάτων). Οι υπεύθυνοι δρώντες πρέπει όχι μόνο να λαμβάνουν υπόψη τι επενδύεται και τι παράγεται στο εκπαιδευτικό σύστημα (διάσταση της αποδοτικότητας), αλλά να μεριμνούν για την ισορροπία μεταξύ των διαστάσεων της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας κατά τη δημιουργία και την εφαρμογή εκπαιδευτικής πολιτικής (OECD, 2006).

#### *3.1.4 Αποδοτικότητα στο δημόσιο τομέα*

Στο δημόσιο τομέα, η αποδοτικότητα εξειδικεύεται με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των δημοσίων οργανισμών έναντι των ιδιωτικών επιχειρήσεων. Ο ιδιωτικός τομέας χρησιμοποιεί τους πόρους για να παράγει κέρδος, ενώ ο δημόσιος τομέας παράγει διάφορα εξαγόμενα, όπως την περιφερειακή ανάπτυξη ή την αναδιανομή του εισοδήματος, τα οποία δεν αποφέρουν απαραίτητα κέρδος (Mihaiu, Opreana & Cristescu, 2010 : 132-134). Στο δημόσιο τομέα, η εξέλιξη της

διοικητικής επιστήμης δημιούργησε τον όρο της αποδοτικότητας, ο οποίος αρχικά χρησιμοποιούνταν ως συνώνυμος της αποτελεσματικότητας και εναλλακτικά με τον όρο της παραγωγικότητας. Σύμφωνα με την επιστημονική διοίκηση, η αποδοτικότητα εξειδικεύτηκε στο λόγο των εκροών προς τις εισροές, ενώ η αποτελεσματικότητα εξειδικεύτηκε στο λόγο μεταξύ του τρόπου που εκτελούνται οι διοικητικές εργασίες σε σύγκριση με έναν τρόπο εκτέλεσης (Ακαδημία Αθηνών, 1992). Η αύξηση της αποδοτικότητας του δημοσίου τομέα είναι δυσκολότερη από την αντίστοιχη του ιδιωτικού τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα η αύξηση της αποδοτικότητας είναι πιο εύκολη τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά. Η πολυμορφία των δημοσίων οργανισμών, η ποικιλία των αποστολών του κάθε οργανισμού καθώς και των διαφορετικών σκοπών και στόχων δυσχεραίνουν την αύξηση της αποδοτικότητας των δημοσίων οργανισμών.

Η εκτίμηση της αποδοτικότητας του δημοσίου τομέα και η χρησιμότητα των δραστηριοτήτων αυτού συγκεντρώνει το ενδιαφέρον της συζήτησης για το ρόλο του κράτους. Το ενδιαφέρον για το ρόλο του κράτους και την αποδοτικότητά του, επικεντρώνεται στον τρόπο που έχουν σταθεροποιηθεί, κατανεμηθεί και διανεμούνται οι δημόσιες δαπάνες (Afonso, Schuknecht & Tanzi, 2005 : 321). Η μέτρηση της αποδοτικότητας του δημοσίου τομέα, αποτελεί ένα εμπειρικό ζήτημα και πραγματοποιείται με τη μέτρηση του κόστους των δημοσίων δραστηριοτήτων, τον εντοπισμό των στόχων των δημοσίων πολιτικών και την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων κόστους (δαπανών) και αποτελεσμάτων των δημοσίων πολιτικών (Afonso, Ebert, Schuknecht & Thöne, 2005 : 8, 15 - 16). Υποστηρίζεται ότι οι δαπάνες θα μπορούσαν να είναι μικρότερες και πιο αποδοτικές εάν οι πόροι κατανεμηθούν κατά σωστό τρόπο, σε συνδυασμό με τη γενικότερη λιτότητα. Ένα σημαντικό θέμα για την συγκράτηση του κόστους είναι η αξιολόγηση των κανόνων και των θεσμών του κράτους και οι δυνατότητες ιδιωτικοποίησης του δημοσίου τομέα. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί εάν οι κυβερνήσεις υιοθετήσουν καλύτερα θεσμικά όργανα και μεταφέρουν πολλές μη θεσμικές αρμοδιότητες στον ιδιωτικό τομέα (Afonso, Schuknecht & Tanzi, 2005 : 321). Οι οργανισμοί που ασχολούνται με τη μέτρηση αποδοτικότητας του δημοσίου τομέα δίνουν έμφαση στο κόστος των δημοσίων δραστηριοτήτων και στον περιορισμό των δημοσίων δαπανών. Επιπλέον, επικεντρώνουν το ενδιαφέρον της ανάλυσης της αποδοτικότητας από το ποσό των πόρων που χρησιμοποιούνται από την κυβέρνηση ή τα προγράμματα, που αποτελούν τις εισροές, στις παρεχόμενες υπηρεσίες ή στα επιτευχθέντα αποτελέσματα, που αποτελούν τις εκροές. Με τον τρόπο αυτό, η μέτρηση της αποδοτικότητας δημοσίου τομέα προσανατολίζεται συνήθως στις εκροές.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας δημοσίου τομέα (public sector efficiency) ως αποτέλεσμα σχετικό με τους χρησιμοποιούμενους πόρους και της επίδοσης του δημοσίου τομέα (public sector

performance), ως το αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων του δημοσίου τομέα, αν και είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί με ακρίβεια, μπορεί να προσφέρει σημαντικά συμπεράσματα για την απόδοση του δημοσίου τομέα. Η αποδοτικότητα του δημοσίου τομέα εξαρτάται από τους εξής παράγοντες :

- Δημόσιες δαπάνες
- Φορολογικές πολιτικές
- Κανονιστικές πολιτικές

Ενώ οι δαπάνες αντιπροσωπεύουν μια σχετικά αντιπροσωπευτική υποκατηγορία της φορολογικής επιβάρυνσης, προσοχή πρέπει να δοθεί και στη σύνθεση των φορολογικών εσόδων και άλλων χαρακτηριστικών των φορολογικών συστημάτων, προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση της αποδοτικότητας. Οι δημόσιες δαπάνες, μπορεί να συνδέονται στενά με τους κανονισμούς (τον τελευταίο παράγοντα επίδρασης στην αποδοτικότητα), επειδή οι μεγάλοι δημόσιοι οργανισμοί, οι οποίοι συχνά συνοδεύουν τις μεγάλες δαπάνες, συνήθως προκαλούν την έκδοση κανονιστικών πράξεων και αντίστροφα (Afonso, Schuknecht & Tanzi, 2005).

Οι ομοιόμορφες διαδικασίες και τα ενιαία κριτήρια που θα διευκόλυναν τη μέτρηση της αποδοτικότητας των δημοσίων οργανισμών δεν είναι εύκολο να αποτυπωθούν και να χρησιμοποιηθούν. Η επαρκής μέτρηση της αποδοτικότητας του δημοσίου τομέα είναι ένα δύσκολο εμπειρικό ζήτημα και η βιβλιογραφία πάνω σε αυτήν, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για συγκεντρωτικά και διεθνή δεδομένα, είναι μάλλον σπάνια. Η μέτρηση του κόστους των δημοσίων δραστηριοτήτων, ο εντοπισμός των στόχων και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας μέσω κατάλληλων μέτρων κόστους και αποτελεσμάτων των δημοσίων πολιτικών είναι θέματα που παρουσιάζουν δυσκολίες (Afonso, Schuknecht & Tanzi, 2010).

Η αποδοτικότητα στο δημόσιο τομέα, όπως αναφέρθηκε, παρουσιάζει ιδιαιτερότητες ως προς την αποδοτικότητα του ιδιωτικού τομέα. Οι ιδιαιτερότητες αυτές προκύπτουν από τη φύση και τον ιδιαίτερο χαρακτήρα των δραστηριοτήτων των οργανισμών του δημοσίου τομέα. Μετά από αυτήν την ανάλυση, ακολουθεί η εξέταση της αποδοτικότητας στον τομέα υγείας, η οποία επίσης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που απορρέουν από τη φύση των οργανισμών υγείας. Δεν μπορεί να παραγνωρισθεί το γεγονός, ότι ο τομέας υγείας περιλαμβάνει τις μονάδες υγείας δημοσίου τομέα, οπότε κρίθηκε απαραίτητη μια αναφορά στις ιδιαιτερότητες της αποδοτικότητας των οργανισμών του δημοσίου τομέα έναντι του ιδιωτικού γενικά.

### 3.1.5 Αποδοτικότητα στην υγεία

Σύμφωνα με τους Evans et al. (2001), η αποδοτικότητα στην υγεία απαιτεί μια εξειδίκευση λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της υγείας. Στη γενική έκφραση της αποδοτικότητας, οι εκροές είναι μηδενικές όταν οι εισροές είναι μηδενικές. Στην υγεία όμως, τα επίπεδα υγείας δεν θα ήταν μηδενικά εάν δεν υπήρχε καμία δαπάνη για την υγεία, δηλαδή κανένα σύστημα υγείας. Για να μετρηθεί το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας, πρέπει να καθοριστεί τι επιτυγχάνεται πέραν αυτού που θα μπορούσε να επιτευχθεί στην απουσία του, δηλαδή το ελάχιστο. Επομένως, η επίδοση στην υγεία ορίζεται ως το τρέχον επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το οποίο επιτυγχάνεται με τη χρήση εισροών, πέραν του εκτιμώμενου ελαχίστου, συγκρινόμενο με το μέγιστο επίπεδο υγείας που μπορεί να επιτευχθεί. Η αποδοτικότητα υγείας λοιπόν, βασίζεται στο λόγο των εκροών, όπως αυτές προκύπτουν από την επίδοση του συστήματος υγείας, όπως περιγράφηκε προηγουμένως, προς τις εισροές που χρησιμοποιούνται.

Σε ένα περιβάλλον χαμηλής ανάπτυξης και αυξημένης προσοχής που αφιερώνεται τόσο από το κοινό όσο και από τις κυβερνήσεις στις κρατικές δαπάνες, η αποδοτική κατανομή των πόρων στα στοιχεία που προάγουν την ανάπτυξη, όπως είναι η υγεία, είναι πρωταρχικής σημασίας. Στον τομέα της υγείας, υπάρχει πραγματική ανησυχία για το γεγονός ότι οι περισσότερες χώρες του OECD οι δημόσιες δαπάνες αυξάνονται συνεχώς τις επόμενες δεκαετίες λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Επειδή οι περισσότεροι πόροι για την υγεία χρησιμοποιούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, το πόσο καλά χρησιμοποιούνται οι πόροι αυτοί, έχει ιδιαίτερη σημασία (Afonso & Aubyn, 2005).

Διαπιστώθηκε επίσης, ότι σε διεθνές επίπεδο η αποδοτικότητα συνδέεται θετικά με τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία. Η αποδοτικότητα αυξάνεται σημαντικά όταν οι δαπάνες ανά κάτοικο φτάνουν ένα συγκεκριμένο όριο (που για το 2001 είναι 80 δολάρια ανά κάτοικο και ανά έτος). Αντίθετα, είναι πολύ δύσκολο για τα συστήματα υγείας να είναι αποδοτικά σε χαμηλά ύψη δαπανών. Διαπιστώνεται ένα ελάχιστο επίπεδο υγειονομικών δαπανών κάτω από το οποίο το σύστημα δεν μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά. Για να καλυφθούν οι ανάγκες σε χρήματα προκειμένου το σύστημα υγείας να γίνει αποδοτικό, απαιτείται να χρηματοδοτηθούν οι φτωχές χώρες με μεγάλα ποσά. Παρά την ανάγκη αύξησης κεφαλαίων σε φτωχές χώρες, διαπιστώθηκε ότι οι τρέχοντες πόροι, εάν αξιοποιούνταν θα μπορούσαν να βελτιώσουν σημαντικά την υγεία. Η μείωση της σπατάλης είναι ένας τρόπος, αλλά και η κατανομή των πόρων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η υγεία θα μπορούσε να βελτιωθεί με την ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων από αντικατάσταση παρεμβάσεων που δεν είναι οικονομικά αποδοτικές σε άλλες που είναι οικονομικά αποδοτικές (Evans et al., 2001).

Η αποδοτικότητα στον τομέα υγείας παρουσιάζει ορισμένες δυσκολίες κατά την εκτίμηση της. Αυτό γίνεται διότι δεν υπάρχει ένα καθορισμένο υπόδειγμα για την περιγραφή της παραγωγικής διαδικασίας και για τη μέτρηση του κόστους. Επίσης, είναι δύσκολη η μέτρηση της βελτίωσης της ποιότητας υγείας, που είναι η τελική νοσοκομειακή εκροή και λόγω του γεγονότος ότι η βελτίωση αυτή είναι συνάρτηση εξωνοσοκομειακών παραγόντων όπως του βιοτικού επιπέδου και του τρόπου ζωής. Η αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας, συμπληρώνει την έννοια της αποτελεσματικότητας. Η αποτελεσματικότητα σχετίζεται με την επιτυχία των σκοπών του οργανισμού και μπορεί να επιτευχθεί άνετα υπό την προϋπόθεση της χρήσης απεριόριστων πόρων. Ωστόσο, επειδή στην πράξη οι πόροι ποτέ δεν μπορούν να είναι απεριόριστοι, εισάγεται η έννοια της αποδοτικότητας, που σχετίζεται με την περιορισμένη κατανάλωση των πόρων (Φραγκιαδάκης, 2013).

Η βελτίωση της αποδοτικότητας του τομέα υγείας, εκτός από την στενή σύνδεση του με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, συνδέεται στενά και με την έννοια της ισότητας. Η βελτίωση της αποδοτικότητας υπήρξε σχεδόν αποκλειστικός σκοπός μεταρρυθμίσεων θεσμών υγείας και βελτίωσης επιχειρησιακών διαδικασιών κατά τα προηγούμενα χρόνια. Μέτρα είχαν ληφθεί ευρέως στα πλαίσια μεταρρυθμίσεων τομέα υγείας προκειμένου να αυξήσουν την αποδοτικότητα. Τα τελευταία χρόνια όμως, έχει επικρατήσει η άποψη ότι η αύξηση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας αποτελούν μέρος μιας ευέλικτης και σκοπούμενης αλλαγής για τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας. Το νέο κύμα των μεταρρυθμίσεων για την επίτευξη την ισότητας στις υπηρεσίες υγείας, πραγματοποιήθηκε με μεγαλύτερη ένταση από τις προηγούμενες μεταρρυθμίσεις για την αύξηση της αποδοτικότητας. Ο σκοπός των μεταρρυθμίσεων ήταν πλέον να αυξάνεται η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα, με τρόπο ώστε να καταπολεμάται η φτώχεια και τα μειονεκτήματα, ανακουφίζοντας έτσι τις ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας και συμβάλλοντας στη μείωση της διαφορετικότητας στις δυνατότητες για απόκτηση υπηρεσιών υγείας. Με τον τρόπο αυτό, οι σύγχρονες μεταρρυθμίσεις υγείας, βελτιώνουν την αποδοτικότητα, συνδυάζοντας τη με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, αλλά και της ισότητας, προκειμένου να επιτύχουν την κατά το δυνατόν αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγείας προς όλους, ανεξάρτητα από τις οικονομικές τους δυνατότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Gwatkin, 2001).

Οι πολιτικές υγείας, οι οποίες εξειδικεύονται μέσω των στρατηγικών και των τακτικών, επηρεάζουν όλα τα επίπεδα της διαχειριστικής λειτουργίας των οργανισμών υγείας και επιπλέον επηρεάζουν την αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας. Ας εξετάσουμε στο σημείο αυτό ένα απλό παράδειγμα. Έστω ότι έχει ευρεθεί ότι σε έναν οργανισμό υγείας σε έναν συγκεκριμένο αριθμό ομοειδών θέσεων εργασίας, απασχολείται ένας αρκετά μεγαλύτερος αριθμός εργαζομένων. Εάν η πολιτική υγείας είναι προσανατολισμένη στη μείωση του κόστους και στον εξορθολογισμό του

αριθμού εργαζομένων και εξασφαλιστεί ότι ο αριθμός των εργαζομένων θα περιοριστεί στον απαραίτητο για την εκτέλεση της εργασίας, τότε ο οργανισμός αυτός θα μεγιστοποιήσει την αποδοτικότητα του. Η αποδοτικότητα θα αυξηθεί, διότι το ίδιο έργο θα παραχθεί από μικρότερο αριθμό εργαζομένων, άρα από λιγότερους πόρους. Το πηλίκο των (σταθερών) εκροών προς τις εισροές θα αυξηθεί και επομένως θα αυξηθεί η αποδοτικότητα.

## **3.2 Αποδοτικότητα και δημόσιες πολιτικές**

### *3.2.1 Αύξηση αποδοτικότητας από δημόσιες πολιτικές*

Στην εποχή της επίμονης και παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, οι συνεχιζόμενες πολιτικές για τη δημοσιονομική εξυγίανση, αποσκοπούν στη μείωση του κόστους και στην αύξηση της αποδοτικότητας των δημοσίων αλλά και των ιδιωτικών δραστηριοτήτων. Σε πολλούς τομείς των εργασιακών δραστηριοτήτων και ειδικά στους τομείς της κοινωνικής πρόνοιας, στην υγειονομική περίθαλψη, στην εκπαίδευση, στη φροντίδα ηλικιωμένων, η εξασφάλιση της αυξημένης αποδοτικότητας και παραγωγικότητας διασφαλίζει ότι οι πόροι επικεντρώνονται στη βελτίωση της ποιότητας των δραστηριοτήτων και σε συγκεκριμένα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά, είναι αυτά που εγγυώνται την ικανοποίηση των πολιτών που λαμβάνουν τις υπηρεσίες και τη διασφάλιση της αποδοτικότητας και της δικαιοσύνης στο δημόσιο τομέα, στο σύνολο του (Rogge, Agasisti & De Witte, 2017). Η αύξηση της αποδοτικότητας είναι πολύ σημαντική για τις δημόσιες πολιτικές. Η υλοποίηση των δημοσίων πολιτικών επηρεάζει την αποδοτικότητα των δημοσίων οργανισμών. Η μεταβολή αυτή της αποδοτικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική και συγκαταλέγεται ως σκοπός της άσκησης των δημοσίων πολιτικών (Megginson, Nash & Van Randenborgh, 1994).

Ορισμένες δημόσιες πολιτικές επιδρούν σημαντικά στην αύξηση της αποδοτικότητας σε διάφορους τομείς. Τέτοιες πολιτικές οι οποίες στοχεύουν μέσω της μεταβολής του οικονομικού περιβάλλοντος και της μείωσης του κόστους στην αύξηση της αποδοτικότητας, πέραν από τις πολιτικές υγείας που αναλύονται σε ιδιαίτερη ενότητα, είναι :

- Οι οικονομικές πολιτικές στην κατεύθυνση της φιλελευθεροποίησης των αγορών και της ενίσχυσης του ανταγωνισμού μεταξύ των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων στοχεύουν στην αύξηση της αποδοτικότητας των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων και των οργανισμών (Gelb, 1989).
- Η πολιτική αποκρατικοποιήσεων αποτελεί μια συχνά εφαρμοζόμενη δημόσια πολιτική η οποία στοχεύει να θέσει εκτός του κρατικού ελέγχου οργανισμούς και να τους παραδώσει στην ιδιωτική διοίκηση. Η πολιτική αποκρατικοποιήσεων στοχεύει και στην αύξηση της

αποδοτικότητας των (μερικώς αποκρατικοποιημένων) οργανισμών, προκειμένου να τους καταστήσει κερδοφόρους και να μην επιβαρύνουν πλέον τον κρατικό προϋπολογισμό. Η αύξηση της αποδοτικότητας πραγματοποιείται μέσω ανάπτυξης και εφαρμογής χρηματοοικονομικών δεικτών και μεθόδων (Megginson, Nash και van Randenborgh, 1994 : 405 - 422).

- Οι πολιτικές που στοχεύουν στην ελάττωση των παρανόμων επιχειρήσεων στοχεύουν στη αύξηση της αποδοτικότητας. Οι παράνομες επιχειρήσεις είναι μη παραγωγικές εταιρείες που εξαντλούν τους δημοσιονομικούς πόρους και συμβάλλουν στο χαμηλό επίπεδο υποδομής. Η ελάττωση των παρανόμων επιχειρήσεων αυξάνει το μερίδιο αγοράς που υπεξαιρούν οι επιχειρήσεις αυτές και μειώνουν τη συνολική απόδοση της οικονομίας (Arias et al., 2010 : 28).
- Οι πολιτικές πρόσληψης προσωπικού μπορεί να βελτιώσουν την αποδοτικότητα του δημοσίου τομέα. Η διαχείριση των προσλήψεων μπορεί να καταπολεμήσει τη διαφθορά και τις διακρίσεις του προσωπικού και να αποτελέσει αιτία για την επιτυχία ή την αποτυχία ενός οργανισμού στο μέλλον (Okeke-Uzodike & Subban, 2015 : 26 , 28).
- Οι εκπαιδευτικές πολιτικές επιδρούν στην αποδοτικότητα στα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Οι εκπαιδευτικές πολιτικές είναι αυτές που καθορίζουν τα οικονομικά της εκπαίδευσης και την ποιότητα και αποτελεσματικότητα του έργου που θα παραχθεί σε συνάρτηση με τους πόρους που απαιτούνται (Hanushek, 1986 : 1141, 1167 - 1171).
- Οι πολιτικές διαχείρισης λιμένων μπορούν να συνεισφέρουν στην αποδοτικότητα των λιμένων. Τα λιμάνια είναι πιο αποδοτικά όταν πραγματοποιείται η μετάβαση της διαχείρισης τους από την εθνική διοίκηση σε πολυεθνική διοίκηση. Οι κυβερνήσεις που πρόκειται να λάβουν τέτοιες αποφάσεις επιλέγουν μεταξύ της βελτίωσης της αποδοτικότητας και των εθνικών παραδόσεων (Ng & Gujar, 2009 : 235 -238).
- Οι πολιτικές διαχείρισης της κατανάλωσης ενέργειας καταναλωτή εφαρμόζονται μέσω μέτρων αποτροπής της ζήτησης ηλεκτρικής ενέργειας στις ώρες αιχμής. Οι πολιτικές αυτές μπορούν να αντικαταστήσουν ένα μέρος της ζήτησης στις ώρες αιχμής με αυτήν στις ώρες μη αιχμής, ισομοιάζοντας την ζήτηση της ηλεκτρικής ενέργειας σε όλες τις ώρες του εικοσιτετραώρου. Με τον τρόπο αυτό, οι απαιτήσεις για παραγωγή ηλεκτρικής ενέργειας μειώνονται και αυτό έχει αποτέλεσμα στον περιορισμό της παραγωγής αλλά και της μεταφοράς ηλεκτρικής ενέργειας (Torriti, Hassan & Leach, 2010).

Άλλες δημόσιες πολιτικές στοχεύουν στην απευθείας μείωση του κόστους που απαιτούν οι δραστηριότητες των οργανισμών του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Με τον τρόπο αυτό οι



πολιτικές στοχεύουν στην βελτίωση της αποδοτικότητας προσανατολισμένη στην άμεση μείωση του κόστους. Τέτοιες πολιτικές περιορισμού του κόστους είναι :

- Οι πολιτικές προμηθειών που ασκούνται από τις κυβερνήσεις στοχεύουν και στην αύξηση της αποδοτικότητας των προμηθειών, μέσω του περιορισμού του κόστους για τα ίδια αγαθά. Η αποδοτικότητα των προμηθειών έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία σε ένα πλαίσιο συγκριτικής μελέτης στην ΕΕ, δεδομένου ότι το κόστος προμηθειών αποτελεί το ένα πέμπτο του ΑΕΠ των χωρών (Milosavljevic, Milanovic & Bencovic, 2016, 537 - 542).
- Η αποδοτικότητα της δημόσιας περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων, επηρεάζεται από πολιτικές λιτότητας. Οι πολιτικές αυτές εφαρμόζονται εξαιτίας του ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ηλικιωμένων ατόμων έχει ανελθει και το συνολικό δημόσιο κόστος πρέπει να περιοριστεί, αλλά με την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας.
- Η αποδοτικότητα της χρήσης της ηλεκτρικής ενέργειας, μπορεί να αυξηθεί με τις πολιτικές στοχευμένης ενίσχυσης των σταθμών παραγωγής ορυκτών καυσίμων. Οι σταθμοί ορυκτών καυσίμων περιθωριοποιούνται εξαιτίας και της ακριβής τους κατασκευής. Ωστόσο, η μειωμένη τιμή της ενέργειας που παράγουν κατά την περίοδο αιχμής σε συνδυασμό με την πολιτική περιορισμού των εκπομπών καυσαερίων, οδηγούν στη μείωση του κόστους και στην αποδοτική λειτουργία του ηλεκτρικού συστήματος (Brennan, 2011).
- Οι πολιτικές μεταφορών για την ενεργειακή κατανάλωση και τις εκπομπές ρύπων είναι σημαντικές για τη μεταβολή της αποδοτικότητας του συνόλου των μεταφορών, μέσω του περιορισμού του κόστους καυσίμων για την παραγωγή του ίδιου έργου. Οι πολιτικές αυτές στοχεύουν στη καταστροφική μείωση εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου αλλά και στον περιορισμό της χρήσης καυσίμου με βάση το κόστος (Creutzig et al., 2011 : 2396 – 397, 2401).
- Οι περιβαλλοντικές πολιτικές στην Ευρώπη μπορούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα των μέτρων για την περιβαλλοντική αλλαγή. Δεδομένου ότι τέτοια μέτρα είχαν επιτυχία με χαμηλό κόστος στο παρελθόν, και ότι η λήψη τέτοιων μέτρων απαιτεί πλέον ολοένα και μεγαλύτερο κόστος, η επίτευξη αποδοτικότητας είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός των πολιτικών με σχετικά χαμηλό κόστος (Busso, Gregory & Kline, 2013 : 898-98, ).

Οι πολιτικές και η επίδραση τους στην αποδοτικότητα φαίνονται στον πίνακα 3.3. Οι πολιτικές αυτές ταξινομούνται με βάση τη διάκριση τους στις κατηγορίες της μεταβολής του οικονομικού περιβάλλοντος και διαχείρισης των οργανισμών και σε αυτές της απευθείας μείωσης του κόστους.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας καταδεικνύει τις επιδόσεις τη διοίκησης, ιδίως όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων τις οποίες η διοίκηση έχει πάρει ώστε να εφαρμόσει μια δημόσια πολιτική. Επομένως, η δημόσια πολιτική για να εφαρμοστεί περνά μέσα από τις επιλογές της διοίκησης, η οποία καθορίζει και την εφαρμογή της δημόσιας πολιτικής και τα αποτελέσματα της στον τομέα της αποδοτικότητας των οργανισμών.

Οι δημόσιες πολιτικές συνδέονται με την αποδοτικότητα των οργανισμών του δημοσίου τομέα με έναν σύνθετο τρόπο. Οι δημόσιες πολιτικές επιδρούν στην αποδοτικότητα των δημοσίων οργανισμών με αμφίδρομο τρόπο, δεδομένου ότι η αύξηση της αποδοτικότητας επηρεάζει τις δημόσιες πολιτικές. Οι κυβερνήσεις ενθαρρύνουν τη μέτρηση της απόδοσης, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας διότι η αύξηση των μεγεθών αυτών αποσκοπεί στην οικονομικότερη, αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία των οργανισμών. Η αύξηση της αποδοτικότητας είναι ζητούμενο για τους οργανισμούς, ιδίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης, κατά τους οποίους οι οργανισμοί είναι απαραίτητο να μειώσουν τα έξοδα τους και να αυξήσουν τα παραγόμενα τους για να μπορέσουν να επιβιώσουν.

Με τον τρόπο αυτό, η οικονομική πολιτική μιας χώρας βελτιώνεται, δεδομένου ότι η αποδοτικότερη λειτουργία των οργανισμών του δημοσίου τομέα αντιστοιχεί σε ευθεία μείωση του δημοσίου χρέους και στον περιορισμό άμεσων και έμμεσων φόρων άρα και στην ελάφρυνση των νοικοκυριών από αυξημένα έξοδα (Zervopoulos & Palaskas, 2010). Στα σύγχρονα πολιτικά περιβάλλοντα, όπου η τάση για επιτελικό κράτος έχει αφήσει περιθώριο για παραχώρηση και αποκέντρωση βασικών λειτουργιών της δημόσιας διοίκησης, η διαχείριση των κοινωνικών και οικονομικών προγραμμάτων μπορεί να τροποποιήσει τα αποτελέσματα των δημοσίων πολιτικών, όπως συμβαίνει με τις σπατάλες και την καθυστέρηση στην επίτευξη των στόχων. Η απώλεια οικονομικών πόρων που προκαλείται από μια τέτοια συμπεριφορά επιδρά στην αποδοτικότητα των δημοσίων πολιτικών (Πέττας, 2017).

### Πίνακας 3.3

#### Οι πολιτικές και η επίδραση τους στην αποδοτικότητα

Πολιτικές μεταβολής οικονομικού περιβάλλοντος και διαχείρισης οργανισμών		Πολιτικές μείωσης του κόστους	
Ονομασία πολιτικών	Σκοπός	Ονομασία πολιτικών	Σκοπός
Πολιτικές φιλελευθεροποίησης αγορών	Αύξηση αποδοτικότητας χρηματοπιστωτικών οργανισμών	Πολιτικές προμηθειών	Περιορισμός κόστους προμηθειών
Πολιτικές αποκρατικοποίησης	Ανάπτυξη και εφαρμογή χρηματοοικονομικών μεθόδων για κερδοφορία	Πολιτικές δημόσιας περίθαλψης ηλικιωμένων ατόμων	Περιορισμός κόστους με αποτελεσματική φροντίδα
Πολιτικές ελλάτωσης παράνομων επιχειρήσεων	Σταμάτημα λειτουργίας και κυρώσεις στις παράνομες επιχειρήσεις	Στοχευμένη ενίσχυση των πολιτικών ορυκτών καυσίμων	Επίτευξη μειωμένης τιμής ενέργειας στις ώρες αιχμής
Πολιτικές πρόσληψης προσωπικού	Καταπολέμηση διαφθοράς καταπολέμηση διακρίσεων	Πολιτικές μεταφορών για τις εκπομπές ρύπων	Μείωση εκπομπών αερίων θερμοκηπίου και περιορισμός καυσίμων
Εκπαιδευτικές πολιτικές	Οικονομικά της εκπαίδευσης – ποιότητα έργου	Περιβαλλοντικές πολιτικές	Επιτυχία των μέτρων για την περιβαλλοντική αλλαγή
Πολιτικές διαχείρισης λιμένων	Εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης		
Πολιτικές διαχείρισης κατανάλωσης ενέργειας	Περιορισμός παραγωγής και μεταφοράς ενέργειας		

Πηγή : βασισμένο σε Gelb, 1989 ; Megginson, Nash & van Randenborgh, 1994 ; Arias et al., 2010 ; Okeke-Uzodike & Subban, 2015

Οι πολιτικές που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις, επιδιώκουν να βελτιώσουν τη λειτουργία των οργανισμών προς μια επιθυμητή κατεύθυνση. Ένα άλλο ερώτημα που τίθεται επάνω στις πολιτικές και στην αποδοτικότητα, είναι το κατά πόσον αποδοτική είναι μια πολιτική και κατά πόσον επιτυγχάνει τους στόχους που επιδιώκει να επιτύχει με την εκμετάλλευση όσο το δυνατόν λιγότερων πόρων. Οι πολιτικές που επιτυγχάνουν τη μέγιστη αποτελεσματικότητα με το ελάχιστο κόστος και το χρόνο λέγεται ότι είναι αποδοτικές (Sargu, 2004). Η αποδοτικότητα των δημόσιων πολιτικών μπορεί να θεωρηθεί ως η έκταση στην οποία διατηρούν το κόστος τους, ιδίως το νομισματικό κόστος, όπως υποδεικνύεται είτε από το συνολικό κόστος είτε από έναν λόγο που

περιλαμβάνει τόσο τα οφέλη όσο και το κόστος. Όμως, η αποτίμηση της αποδοτικότητας σχετικά με την εφαρμογή των δημοσίων πολιτικών δεν είναι τόσο απλή υπόθεση.

Οι δημόσιες πολιτικές επιδρούν στην αποδοτικότητα με πολλούς τρόπους. Σύμφωνα με τον (Nagel, 1986), μπορούν να υπολογιστούν δέκα επιμέρους τομείς στους οποίους επιδρά μια δημόσια πολιτική ώστε να αυξήσει την αποδοτικότητα :

1. μεγιστοποίηση των οφελών
2. ελαχιστοποίηση του κόστους
3. ελαχιστοποίηση των δαπανών που υπόκεινται σε ένα ελάχιστο επίπεδο παροχών
4. μεγιστοποίηση των ωφελειών που υπόκεινται σε ένα μέγιστο επίπεδο κόστους
5. μεγιστοποίηση των ωφελειών διαιρουμένων δια το κόστος
6. ελαχιστοποίηση του κόστους διαιρούμενου δια τα οφέλη
7. μεγιστοποίηση των ωφελειών μείον τα κόστη
8. μεγιστοποίηση των ωφελειών μείον τα κόστη διαιρούμενα δια τα κόστη
9. μεγιστοποίηση των αλλαγών στα οφέλη που διαιρούνται δια τις μεταβολές στο κόστος
10. μεγιστοποίηση της ποσοστιαίας μεταβολής των παροχών που διαιρούνται δια τις μεταβολές του κόστους ανά περίοδο.

Οι αποδοτικές δημόσιες πολιτικές αφορούν σε διάφορους τομείς στους οποίους εφαρμόζονται πολιτικές. Παραδείγματα επιμέρους πολιτικών που μπορούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα είναι τα εξής:

- Ο Okun (1978 : 348 - 351) περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στις ΗΠΑ μπορούν να χαράξουν αποδοτικές πολιτικές αποπληθωρισμού. Εστιασμένη σε περίοδο ύφεσης, μια εναλλακτική στρατηγική μπορεί να επιτύχει πιο αποδοτικά αποτελέσματα από μια πολιτική σταδιακής ανάκαμψης όπως αυτής που εφαρμόζεται συνήθως.
- Ο Troy (2012) περιγράφει την αστική πολιτική που μπορεί να ασκηθεί σε αστικό ή περιφερειακό επίπεδο και το συντονισμό αυτής της πολιτικής προκειμένου να επιτευχθεί η αποδοτικότητα των πόλεων. Η πόλεις θεωρούνται ως ανταγωνιστικές στο επίπεδο της

αποδοτικότητας, δηλαδή της βέλτιστης χρησιμοποίησης των πόρων ώστε να μεγιστοποιηθεί το όφελος και αυτό έχει επίπτωση στη ζωή των πολιτών με μικρό κόστος και υψηλά οφέληματα.

### 3.2.2 Αποδοτικότητα υγείας και πολιτικές οικονομικές - φροντίδας

Η αποδοτικότητα στον τομέα υγείας αποτελεί σκοπό των πολιτικών υγείας που σχεδιάζονται από τις κυβερνήσεις. Σύμφωνα με την έκθεση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για το έτος 2001, το οποίο συνήλθε στο Γκέτεμποργκ, οι στόχοι για το σύστημα υγείας κάθε χώρας ήταν οι εξής:

- διασφάλιση της πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας
- ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας
- οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας μέσω της αύξησης της αποδοτικότητας τους.

Με βάση την έκθεση αυτή ετέθησαν οι στόχοι της ισότητας, της ποιότητας και της αποδοτικότητας ως στόχοι που θα έπρεπε να τεθούν από κάθε χώρα. Το τρίπτυχο των τριών αρχών αυτών σηματοδότησε την σχεδιασθείσα πολιτική για τις Ευρωπαϊκές χώρες στη μετά το 1980 περίοδο (Υφαντόπουλος, 2003). Κάθε κυβερνητικό πρόγραμμα το οποίο υιοθετείται συνεπεία μιας εφαρμοσθείσας πολιτικής, σημαίνει ότι κάποιο άλλο δεν υιοθετείται. Για την επιλογή του προγράμματος, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η οικονομική αποδοτικότητα και η κοινωνική δικαιοσύνη (Αλετράς, 2002 ; Jeong & Gunji, 1994).

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής ασχολούνται συνεχώς με τη βελτίωση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Οι πολιτικές αλλαγές στοχεύουν στις αλλαγές εξής πεδία (Evans et al., 2001) :

- Στοχοδοτημένη χρηματοδότηση, όπως το είδος της χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας ή η επιβολή τελών χρήσης.
- Μεταβολή στο είδος της παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή η μεταβολή αφορά το είδος της διαχείρισης φροντίδας και το αυτοδιοίκητο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
- Κανονιστικές διατάξεις. Τέτοιες είναι κανονιστικές διατάξεις για τον ιδιωτικό τομέα, ή νομοθεσία για την υγεία.
- Ανάπτυξη πόρων. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η εκπαίδευση του προσωπικού και οι υλικοί πόροι.

Το σύγχρονο απαιτητικό οικονομικό περιβάλλον παρακινεί πολλές κυβερνήσεις εντός και εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης να αυξήσουν την αποδοτικότητα να περιορίσουν τις δαπάνες σε συστήματα

υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η εξέλιξη απαιτεί την εφαρμογή κάθε είδους πολιτικής που μπορεί να συμβάλει προς αυτή την κατεύθυνση (Karakolias & Polyzos, 2014 : 810 ; Polyzos et al., 2014). Κατά το σχεδιασμό πολιτικής οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να λάβουν υπόψη των αντίκτυπο των προτεινόμενων αλλαγών στην επίτευξη των στόχων του συστήματος υγείας. Η αύξηση της αποδοτικότητας στον τομέα υγείας επιδιώκει τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων για ένα δεδομένο επίπεδο δημόσιων πόρων που αφιερώνονται στην υγειονομική περίθαλψη. Η επίτευξη δημοσιονομικού ισοζυγίου μπορεί να είναι σημαντική στα πλαίσια αντιμετώπισης μιας οικονομικής κρίσης, αλλά δεν θεωρείται στόχος του συστήματος υγείας. Η επίτευξη του δημοσιονομικού ισοζυγίου, θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω του συστήματος υγείας, απλά και μόνο μειώνοντας τις δημόσιες δαπάνες υγείας χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες. Κάτι τέτοιο όμως θα ερχόταν σε αντίθεση με το κριτήριο της αποτελεσματικότητας. Οπότε οι πολιτικές υγείας επιχειρούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα χωρίς μείωση της αποτελεσματικότητας της παροχής ιατρικών υπηρεσιών (Mladovsky et al., 2012). Πολιτικές υγείας που εντάσσονται στις οικονομικές πολιτικές (πολιτικές που συνεισφέρουν οικονομικά στο σύστημα υγείας) και στις πολιτικές φροντίδας (πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας και της ποσότητας της φροντίδας), (Mladovsky et al., 2012 : 4 ; Kaitelidou & Kouli, 2012 : 12 - 15) που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις και που στοχεύουν στην αύξηση της αποδοτικότητας είναι :

- Η ανακατανομή των κεφαλαίων εντός του συστήματος υγείας ή από το εξωτερικό περιβάλλον προς το σύστημα υγείας μπορεί να αυξήσει την αποδοτικότητα (Mladovsky et al. 2012)
- Η αύξηση των χρεώσεων χρήστη για ορισμένες υπηρεσίες υγείας, αποτελεί μια πολιτική που ακολουθείται ως απάντηση στις απαιτήσεις που δημιουργεί η οικονομική κρίση για τη συγκράτηση του κόστους. Οι αυξήσεις των χρεώσεων των χρηστών, αποτελούν μια ιδιαίτερη ανησυχία για την υγεία, δεδομένου ότι αυξάνουν την επιβάρυνση των νοικοκυριών και μειώνουν τη φροντίδα υψηλής και χαμηλής αξίας, ειδικά από άτομα με χαμηλά εισοδήματα και υψηλές ανάγκες για τη χρήση υπηρεσιών υγείας (Karanikolos et al., 2013 : 3).
- Η αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα αποφέρει οφέλη για το σύστημα υγείας (Goranitis, Siskou & Liaporoulos, 2014 : 279). Η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας είναι απαραίτητη σε μια προσπάθεια αύξησης της αποδοτικότητας και μείωσης του λειτουργικού κόστους και περιορισμού του κόστους προσβασιμότητας. Μετά την αναδιάρθρωση το νέο δίκτυο πρέπει να παρέχει ποιοτική υγειονομική περίθαλψη εντός των

ορίων των διαθέσιμων πόρων για αυτό το σκοπό αυτό (Mitropoulos, Mitropoulos & Giannikos, 2013).

- Η αύξηση της συγκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας σε περιορισμένα νοσοκομεία και η πραγματοποίηση των συγχωνεύσεων, αποτελεί μια πολιτική που έχει υιοθετηθεί τα τελευταία χρόνια και ασκεί πίεση στους μάνατζερς των νοσοκομείων. Η πολιτική αυτή βασίζεται στις διαπιστώσεις ότι τα μεγαλύτερα νοσοκομεία οδηγούν σε μικρότερο μέσο κόστος και καλύτερα κλινικά αποτελέσματα στην εκμετάλλευση οικονομιών κλίμακας. Η εύρεση του βέλτιστου μεγέθους νοσοκομείων και η διαχείριση δίκαιης κατανομής των πόρων οδηγεί σε αποτελεσματικές πολιτικές ως προς τη συγχώνευση που δύνανται να αυξήσουν τις επιδόσεις των νοσοκομείων (Giancotti, Guglielmo & Mauro, 2017).
- Η μείωση στον αριθμό των ιατρών και η μείωση στον αριθμό των επαγγελματιών υγείας γενικότερα, αποτελεί μια πολιτική η οποία στοχεύει ευθέως στο εργατικό δυναμικό της υγείας προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και εντάσσεται στις πολιτικές ανθρωπίνων πόρων (Correia, Dussault & Pontes, 2015 : 1600 - 601).
- Η εισαγωγή της παρακολούθησης (monitoring) στα οικονομικά και στα λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων, είναι σημαντικό στοιχείο για την παρακολούθηση και έγκαιρη παρέμβαση στην υλοποίηση των προϋπολογισμών, αλλά και στην εξαγωγή συμπερασμάτων για τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την οργάνωση και τη διαχείριση του συστήματος υγείας. Η παρακολούθηση των οργανισμών υγείας έχει εφαρμοστεί σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες υπό την επίδραση των απαιτήσεων των δανειστών που έχουν επιβάλλει τα μνημόνια (Economou et al, 2015).
- Ο εκσυγχρονισμός των χρηματοοικονομικών συστημάτων εφαρμόζεται σε πολλές χώρες, σε ένα ή περισσότερα επίπεδα του κυβερνητικού τομέα, συμπεριλαμβάνοντας και το δημόσιο τομέα υγείας. Η εισαγωγή των νέων συστημάτων πραγματοποιείται αντικαθιστώντας ή μετατρέποντας τα παραδοσιακά λογιστικά συστήματα έναν οργανισμό, σε άλλα πιο σύγχρονα. Ο εκσυγχρονισμός των λογιστικών συστημάτων αποσκοπεί στην επίτευξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και οικονομίας στην παραγωγή υπηρεσιών (Eriotis et al., 2011).
- Οι διαρθρωτικές μεταβολές του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και διαχείρισης των εξωτερικών ασθενών που απευθύνονται στις μονάδες υγείας για τη θεραπεία τους, εντάσσονται στις πολιτικές που εφαρμόζονται σε περιόδους οικονομικής στενότητας (Quaglio et al., 2013 : 13 - 18). Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στοχεύουν στην ολοκλήρωση τους και στην παροχή αποτελεσματικών

υπηρεσιών υγείας στα άτομα που τη χρειάζονται (Petmesidou, Pavolini & Guillén, 2014 : 340 - 342).

- Το να επιτραπεί η πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας, μπορεί να επηρεάσει την αποδοτικότητα αφού με τους ίδιους πόρους θα παραχθούν διαφορετικά ιατρικά εξαγόμενα. Όμως, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από άτομα που δεν πληρώνουν ή πληρώνουν ελάχιστους ή καθόλου φόρους σε σχέση με το εισόδημα, προσθέτει ένα ισχυρό στοιχείο ανισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή τη συμμετοχή στο ταμείο, είναι αντίθετη από το κριτήριο της ισότητας για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Liaropoulos & Tragakes, 1998).
- Η εισαγωγή των ημερησίων χειρουργείων μειώνει το χρόνο αναμονής και μειώνει τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών, συνεισφέροντας με τον τρόπο αυτό στην αποδοτικότητα (Stefko, Gavurova & Korony, 2016 : 168).

Οι παράγοντες του συστήματος υγείας που μπορεί να επιδράσουν στην αποδοτικότητα αναφέρονται στον πίνακα 3.4 (De Cos & Moral-Benito, 2014 : 74). Οι παράγοντες αυτοί υπόκεινται άμεσα στην επίδραση των πολιτικών υγείας που σχεδιάζουν οι κυβερνήσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι πολιτικές που ασκούνται από τις κυβερνήσεις είναι ακριβώς ο σχεδιασμός των παραγόντων αυτών που έχουν άμεση επίδραση στην αποδοτικότητα. Με τις κατάλληλες πολιτικές υγείας που προσανατολίζεται στην ενίσχυση αυτών των παραγόντων, οι κυβερνήσεις δύνανται να παρέμβουν στην αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Οι παράγοντες αυτοί ομαδοποιούνται σε από τον OECD (2010) σε τέσσερις κύριες ομάδες ως εξής:

- βαθμός εξάρτησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης από τους μηχανισμούς της αγοράς
- ένταση της νομοθεσίας σχετικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης
- βαθμός δημοσιονομικού περιορισμού του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης
- βαθμός αποκέντρωσης της διαδικασίας λήψης αποφάσεων.

Σύμφωνα με τους Jeong & Gunji (1994 : 113 - 114), η αποδοτικότητα μαζί με την ισότητα αποτελούν τους πιο κοινώς αποδεκτούς στόχους για την πολιτική υγείας όλων των κρατών. Οι δαπάνες που διαθέτει ένα κράτος, σε απόλυτες τιμές, συνήθως εξαρτάται από το ΑΕΠ του κράτους αυτού. Όμως η αποδοτικότητα της υγείας μπορεί να εκφραστεί με τη βοήθεια παραγόντων που σχετίζονται με τους πόρους και τα έξοδα για θέματα υγείας. Οι Wenzl, Naci & Mossialos (2017) συνδύασαν την αποδοτικότητα, με την ισότητα και τους στόχους του συστήματος υγείας σε ένα



κοινό πλαίσιο για τη χάραξη της πολιτικής υγείας. Το πλαίσιο αυτό συνέει την πολιτική υγείας με την αποδοτικότητα. Με μια ορισμένη ποσότητα πεπερασμένων πόρων, η κατανομή των πόρων αυτών στις βέλτιστες παρεμβάσεις που παρέχουν το μεγαλύτερο κέρδος για την υγεία, θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα και, με την αύξηση των κερδών υγείας ανά μονάδα δαπανών, την αποδοτικότητα. Η κατανομή των πόρων, οφείλει να λαμβάνει υπόψη τους στόχους του ΠΟΥ για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη διατήρηση των υπηρεσιών υγείας, την εξασφάλιση δίκαιης χρηματοδότησης και την οικονομική προστασίας από την κακή υγεία, που σχετίζονται με τις έννοιες της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Η αποδοτικότητα από μόνη της δεν μπορεί να υπαγορεύσει πολιτικές υγείας, αλλά οφείλει να συμβαδίζει με την αποτελεσματικότητα. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι οι πολιτικές υγείας σκοπεύουν στην οικονομική ευρωστία του κράτους και στη βελτίωση των παρεχόμενων πολιτικών υγείας. Όμως, οι δύο αυτοί στόχοι ενδέχεται να είναι αντιφατικοί μεταξύ τους αφού η εξοικονόμηση πόρων για το κράτος μπορεί να συρρικνώσει τις υπηρεσίες υγείας. Όμως, η επίτευξη της αποτελεσματικότητας (του θεραπευτικού αποτελέσματος) με την αποδοτικότητα (χρήση περιορισμένων πόρων) αποτελεί το κριτήριο για την επιλογή πολιτικών υγείας (Tones & Tilford 2001).

**Πίνακας 3.4**  
**Δείκτες του συστήματος υγείας που επηρεάζονται από τις πολιτικές υγείας και που επιδρούν στην αποδοτικότητα**

Δείκτης	Περιγραφή του περιεχομένου του δείκτη
Επιλογή ασφάλισης	Τύπος κάλυψης (σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο και με ενιαίο ή με πολλούς ασφαλιστές). Σε περίπτωση πολλών ασφαλιστών, παίζει ρόλο ο αριθμός τους, τα μερίδια αγοράς τους και την δυνατότητα του πληθυσμού να επιλέξει μεταξύ τους.
Επίπεδο ανταγωνισμού ασφαλιστών	Ικανότητα των ασφαλιστών να ρυθμίζουν τα κέρδη τους, να αποφασίζουν για την κάλυψη και να σχεδιάσουν συμβάσεις με τους προμηθευτές. Διαχείριση κινδύνου συστήματος αντιστάθμισης. Διαθεσιμότητα πληροφοριών για τον ανταγωνισμό.
Κάλυψη πάνω από τη βάση	Κάλυψη πληθυσμού με ιδιωτική κάλυψη επιπλέον της βασικής κάλυψης (διπλή ή συμπληρωματική κάλυψη), ποσοστό δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από την ιδιωτική ιατρική ασφάλιση.
Βαθμός ιδιωτικής πρόνοιας	Κατανομή των ιατρών και των νοσοκομειακών υπηρεσιών βάσει δημόσιου ή ιδιωτικού καθεστώτος
Όγκος κινήτρων	Μέσα πληρωμής σε γιατρούς και νοσοκομεία βάσει των κινήτρων που δίνονται για τη δυνατότητα παροχής ιατρικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, καταβολή σταθερών μισθών στους γιατρούς έναντι των μεταβλητών μισθών ανάλογα με τους ασθενείς που συμμετείχαν.
Ρύθμιση των τιμών από τους παρόχους	Ρύθμιση των τιμών των ναρκωτικών και των τιμών που συνταγογραφούνται από τους γιατρούς και χρεώνονται από τους νοσοκομειακούς φορείς
Πληροφορίες χρηστών για την ποιότητα και τις τιμές	διατίθενται στους χρήστες σχετικά με την ποιότητα και τις τιμές των διαφόρων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης
Ρύθμιση εργατικής δύναμης και εξοπλισμού	Συνολικός αριθμός φοιτητών Ιατρικής και ειδικότητας, ρύθμιση θέσεων πρακτικής άσκησης, πολιτικές αντιμετώπισης των ελλείψεων, ρύθμιση εξοπλισμού και δραστηριοτήτων νοσοκομείων υψηλής τεχνολογίας (αριθμός νοσοκομείων και κλινών, ειδικές υπηρεσίες, υψηλό κόστος ιατρικών ομάδων) και έλεγχο της πρόσληψης και αμοιβής του νοσοκομειακού προσωπικού
Επιλογή παρόχων από ασθενείς	Βαθμός ελευθερίας στην επιλογή Ιατρών και νοσοκομείων
Περιορισμός μετακίνησης (θυρών)	Οι ασθενείς να συμβουλευονται γενικούς ιατρούς πριν από ένα ειδικό ιατρό.
Πληρωμή ποσοστού από το χρήστη	Οι ασθενείς καλύπτουν ένα μέρος των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης μέσω άμεσης πληρωμής. Ειδική μέτρηση του ποσοστού των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που πραγματοποιούνται μέσω άμεσων πληρωμών
Τίθενται προτεραιότητες	Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που πρέπει να παρέχονται, κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη στον ορισμό αυτό, αποτελεσματική χρήση των εκτιμήσεων της τεχνολογίας της υγειονομικής περίθαλψης, του ορισμού και της παρακολούθησης των στόχων για τη δημόσια υγεία.
Αραιώση δημοσιονομικού περιορισμού	Κανόνες ή / και στόχοι για τον καθορισμό του προϋπολογισμού της υγειονομικής περίθαλψης και της κατανομής του μέσω υποτομέων ή / και περιφερειών
Κανονισμοί που πληρώνουν τρίτα μέρη	ρύθμιση των τιμών που καταβάλλουν οι φορολογούμενοι για τους γενικούς ιατρούς, συμβούλους, νοσοκομειακές υπηρεσίες και φάρμακα.
Βαθμός αποκέντρωσης	Αριθμός βασικών αποφάσεων που ελήφθησαν σε επίπεδο τοπικών κυβερνήσεων
Βαθμός εξουσιοδότησης στις ασφαλιστικές εταιρείες	Σημαντικές αποφάσεις των ασφαλιστών
Συνέπεια στην ευθύνη	Αποφάσεις που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα περισσότερων της μιας κυβέρνησης (εθνικής, περιφερειακής, τοπικής) και συνοχή στην κατανομή των ευθυνών
Πλάτος κάλυψης	Ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται από τη βασική ιατρική ασφάλιση
Πεδίο εφαρμογής της βασικής κάλυψης	Φάσμα των προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτονται από βασική ιατρική ασφάλιση
Βάθος κάλυψης	Δαπάνες κάλυψης αγαθών και υπηρεσιών που περιλαμβάνονται σε πακέτο βασικών παροχών, πραγματικό επίπεδο κάλυψης βασικής ιατρικής ασφάλισης και πρόσθετες πληρωμές που είναι απαραίτητες για τη βασική αρχική φροντίδα

Πηγή : De Cos & Moral-Benito, 2014

Οποσδήποτε, τα οικονομικά της υγείας έχουν σημαντική συσχέτιση με τη χάραξη πολιτικών υγείας. Για παράδειγμα, η αποφυγή της επανεισαγωγής μπορεί να οδηγήσει στην επιλογή μιας ακριβής εισροής ή οποία όμως θα βελτιώσει την αποδοτικότητα. Οποσδήποτε όμως, οι πολιτικές υγείας οφείλουν να προάγουν την υγεία και όχι την ασθένεια και τότε μόνο μπορεί να αλληλοεπιδράσουν με τις οικονομοτεχνικές μελέτες βελτίωσης της αποδοτικότητας.

### 3.2.3 Αποδοτικότητα υγείας και πολιτικές κόστους

Τα μέτρα που ακολούθησαν τις πολιτικές των κυβερνήσεων για την αύξηση της αποδοτικότητας, στοχεύουν στην εξάλειψη των δομικών προβλημάτων που είχαν συσσωρευτεί στο σύστημα υγείας επί αρκετά χρόνια. Τέτοια προβλήματα αποτελούν η έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού, η αδύναμη διαχειριστική και διοικητική ικανότητα, η ανεπάρκεια των μηχανισμών για τον καθορισμό προτεραιοτήτων και την κάλυψη αναγκών. Αυτές οι χρόνιες δυσλειτουργίες προκαλούν μείωση της αποδοτικότητας, δεδομένου ότι οδηγούν σε άσκοπη σπατάλη πόρων. Οι μεταρρυθμίσεις όμως που βάλλουν εναντίον αυτών των δυσλειτουργιών αυξάνουν την αποδοτικότητα των οργανισμών σε επιθυμητά επίπεδα. Η συγκράτηση των δαπανών είναι σημαντική για την αύξηση της αποδοτικότητας σε επιθυμητά επίπεδα, δεδομένου ότι η απουσία της δημιουργεί ελλείμματα προϋπολογισμού για τα ταμεία ασθένειας και επιδεινώνει την οικονομική κρίση. Όμως, τα μέτρα που βασίζονται στη λιτότητα, χρειάζονται προσοχή κατά την εφαρμογή τους διότι προκαλούν αύξηση ανεπιθύμητων κοινωνικών φαινομένων, όπως την αύξηση των αυτοκτονιών, την επέλαση των μολυσματικών ασθενειών και την αύξηση των θανάτων από ασθένειες (Fountoulakis et al. 2012).

Οι De Cos & Moral-Benito (2014), επισημαίνουν ότι ο έλεγχος των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη ή η χρηματοδότησή της αποτελούν προτεραιότητες στο σχεδιασμό των δημόσιων πολιτικών. Αυτή η προτεραιότητα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, δεδομένης της ανάγκης να εξασφαλιστεί η επιτυχία των διαδικασιών δημοσιονομικής εξυγίανσης, στις οποίες πολλές ανεπτυγμένες οικονομίες βυθίζονται, λόγω της αύξησης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Μεταξύ των διαθέσιμων πολιτικών εναλλακτικών λύσεων για την αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης, εκείνες που προσανατολίζονται στην επίτευξη υψηλότερων επιπέδων αποδοτικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα κατάλληλες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πολιτικές αυτές αναμένεται να περιέχουν δημόσιες δαπάνες (χρησιμοποιώντας λιγότερους πόρους) διατηρώντας παράλληλα την ίδια απόδοση και ποιότητα των υπηρεσιών. Σε αυτήν την κατεύθυνση, ο Wranik (2012, 197-200) διαπιστώνει ότι οι πολιτικές υγείας, όπως οι πολιτικές που επιδρούν στο είδος της ασφαλιστικής

κάλυψης ή στην κατανομή του κόστους είναι καθοριστικοί συντελεστές αποδοτικότητας. Οι Or et al. (2005 : 531 - 533) διαπιστώνουν ότι η επιλογή ενός επαρκούς αριθμού ιατρών ανά κάτοικο έχει ιδιαίτερη σημασία για την αποδοτικότητα υγείας στις Χώρες του OECD. Τέτοιες πολιτικές επιδρούν στην αποδοτικότητα τόσο με τον περιορισμό του κόστους όσο και με άλλους τρόπους.

Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού απαιτεί την παροχή αποδοτικών υπηρεσιών. Δεδομένης της ποσότητας των περιορισμένων πόρων, η κατανομή των παρεμβάσεων που παρέχουν το μεγαλύτερο όφελος για την υγεία, αυξάνει την αποδοτικότητα. Μειώνοντας τις δαπάνες ανά μονάδα υγείας, αυξάνεται η αποδοτικότητα. Οι πολιτικές που ακολουθούνται από τις κυβερνήσεις και αποσκοπούν στη συγκράτηση του κόστους, γνωστές και ως πολιτικές κόστους (Mladovsky et al., 2012 : 4 ; Kaitelidou & Kouli, 2012 : 12 - 15) είναι οι εξής :

- Η ευρεία χρήση περικοπών εξόδων είναι μια γενικευμένη πολιτική για τη δημιουργία αποταμιεύσεων για δημόσιους πόρους. Όμως η πολιτική αυτή οδηγεί σε ευρεία μείωση παροχών και φαρμάκων και σε χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας. Η αύξηση της αποδοτικότητας πρέπει να συνοδεύει τις πολιτικές υγείας, ώστε να μη θίγονται οι γενικοί στόχοι του συστήματος υγείας (Vandoros & Stargardt, 2013).
- Η εφαρμογή συστημάτων κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων (DRG) βασίζεται στη συμπύκνωση ενός εξαιρετικά μεγάλου αριθμού ιατρικών πράξεων (περιπτώσεις που συμβαίνουν στα νοσοκομεία) σε περιορισμένο αριθμό ομάδων με κοινά χαρακτηριστικά, επιτρέποντας τον περιορισμό του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας. Υπάρχουν ειδικές κατηγορίες DRG που στοχεύουν στην αύξηση της αποδοτικότητας ενώ άλλες στην αύξηση της διαφάνειας ή στην υποστήριξη της λειτουργίας του νοσοκομείου (Polyzos et al., 2013).
- Ο στόχος της μείωσης του κόστους επιτυγχάνεται και με την εφαρμογή στρατηγικών της συγχώνευσης όλων των ασφαλιστικών ταμείων υγείας σε ένα ταμείο (Reddy et al., 2011). Η ενοποίηση υφισταμένων ασφαλιστικών ταμείων υγείας και η δημιουργία ενιαίου ασφαλιστικού ταμείου υγείας, ή η δημιουργία δύο ή τριών μεγάλων ταμείων που να περιλαμβάνουν τα προηγούμενα αποτελεί μια σημαντική πολιτική επιλογή για την μείωση του κόστους (Bazyar et al., 2016).
- Η πολιτική μείωσης των μισθών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού συμβάλει στη μείωση του κόστους. Αυτή είναι μια πολιτική που εφαρμόστηκε εκτεταμένα σε πολλές χώρες της ΕΕ κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Ορισμένες χώρες μείωσαν τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας, άλλες χώρες τους πάγωσαν ή μείωσαν το ποσοστό

αύξησης τους ή χρησιμοποίησαν άλλες προσεγγίσεις για χαμηλότερους μισθούς (Mladovsky et al., 2012).

- Η μείωση των τιμών αποζημιώσεων παρόχων ή σε πληρωμές για συμβάσεις παροχής υπηρεσιών συνδέονται με την προσπάθεια για τον περιορισμό του κόστους και τη βελτίωση της αποδοτικότητας (Mladovsky et al., 2012).
- Η πολιτική διαχείρισης των προμηθειών των νοσοκομείων αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την υποστήριξη της αποδοτικότητας στην απόκτηση νέας τεχνολογίας υγείας. Η αποδοτική και με διαφάνεια αγορά προϊόντων με υψηλή ποιότητα και αξία και η εισαγωγή μηχανισμών για τις προμήθειες ελέγχου από τις λίστες αγορών έως τις αλλαγές στα συστήματα χρηματοδότησης επιδιώκουν την αύξηση της αποδοτικότητας (Kastanioti et al., 2013). Η υποβολή προσφορών αποτελεί κοινό μέτρο για την προμήθεια φαρμακευτικών νοσοκομείων και μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στη μείωση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα.
- Η δημιουργία εθνικών μηχανισμών για τις κεντριοποιημένες προμήθειες για το σύστημα υγείας, αποτελεί μια επιλογή πολιτικής η οποία εφαρμόζεται σε πολλές χώρες και επιχειρεί να επιτύχει οικονομίες κλίμακας (Maresso et al., 2015).
- Η εισαγωγή δημοσίου συστήματος ενιαίας πληρωμής με ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ μέσω της ενοποίησης των ταμείων υγείας κάνει τη συγκράτηση των δαπανών ευκολότερη. Αντίθετα, τα συστήματα πολλαπλών πληρωτών έχουν περισσότερες δυσκολίες στην επίτευξη και διατήρηση της επιβράδυνσης της αύξησης των δαπανών και την ορθολογική κατανομή των πόρων (Docteur & Oxlay, 2003).
- Οι πολιτικές περιορισμού του κόστους μέσω ενίσχυσης της εισαγωγής γενόσημων φαρμάκων, μπορεί να αυξήσουν κατά μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας (Vandoros & Stargardt, 2013).
- Οι πολιτικές υγείας που εισάγουν την ηλεκτρονική υγεία βελτιώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και μακροπρόθεσμα αυξάνουν την αποδοτικότητα. Οι πολιτικές εισαγωγής ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων και η πρόσβαση μονάδων υγείας στην εθνική τηλεπικοινωνιακή υποδομή βελτιώνουν την επίδοση της αποδοτικότητας των μονάδων αυτών. Οι εφαρμογές που βελτιώνουν την αποδοτικότητα των μονάδων υγείας και εντάσσονται στην πολιτική υγείας είναι η ιατρική πληροφορία στο διαδίκτυο, ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς και η ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας (Γκιμπερίτη, 2007).
- Η εισαγωγή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι ένα πολύτιμο εργαλείο που επιδρά επάνω στα κίνητρα ιατρών και ασθενών, είναι ταχύτερο ασφαλέστερο, πιο διαφανές

και αντιμετωπίζει την υπερσυνταγογράφηση και τη συνταγογράφηση άνευ διαγνώσεως. Επίσης, παρέχει ακριβείς πληροφορίες στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για την παρακολούθηση και τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών, σε όρους αξίας και όγκου (Polyzos & Kastanioti, 2016).

- Η εισαγωγή των γενοσήμων φαρμάκων αποσκοπεί στη μείωση του κόστους και κατά συνέπεια στην αύξηση της αποδοτικότητας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, όλα τα γενόσημα φάρμακα οφείλουν να είναι στις προθέσεις και στους σκοπούς τους ταυτόσημα με τα πρωτότυπα φάρμακα και ως εκ τούτου απόλυτα εναλλάξιμα με αυτά. Επομένως πρέπει να είναι το ίδιο ασφαλή και αποτελεσματικά με τα επώνυμα φάρμακα (Balasoroulos et al., 2017).
- Η εισαγωγή των πολιτικών υγείας για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, σε συνδυασμό με την τήρηση των υφιστάμενων νόμων και την καταπολέμηση της διαφθοράς, δύνανται να μειώσουν το φαρμακευτικό κόστος. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να αυξηθεί η αποδοτικότητα, χωρίς όμως να τεθεί σε κίνδυνο η δημόσια υγεία (Vandoros & Stargardt, 2013 : 1 - 4).
- Η εφαρμογή συστημάτων ταξινόμησης επειγόντων περιστατικών (Ambulatory Classification System's – ACS) κι η εφαρμογή συστημάτων αποζημίωσης αυτών αποτελεί μέτρο για την ορθολογική αποζημίωση των περιστατικών πρωτοβάθμιας φροντίδας η οποία οδηγεί σε εξοικονόμηση κόστους (Goldfield et al., 2008).

Ειδικά ως προς την πολιτική εισαγωγής των γενοσήμων φαρμάκων, στοιχεία από τις Κάτω Χώρες έδειξαν μεγάλη μείωση στις τιμές δραστικών ουσιών μετά την εφαρμογή γενόσημων φαρμάκων. Οι μειώσεις αυτές κυμαίνονταν μεταξύ 85 και 88%, για φάρμακα ευρείας κυκλοφορίας, όπως η ομεπραζόλη, η σιμβαστατίνη και αμλοδιπίνη. Στη Γερμανία, διαδικασίες προσφορών οδήγησαν σε σημαντικές μειώσεις τιμών και σε μεταβολές στα τιμολόγια αγοράς. Η μείωση των τιμών των φαρμάκων συντελεί στην αύξηση της αποδοτικότητας. Αρχικά, η εισαγωγή μιας τιμής αναφοράς είχε θεωρηθεί ότι θα επιτύγχανε την πτώση τιμών των γενοσήμων φαρμάκων. Με αυτό το σκεπτικό, η εισαγωγή τιμής αναφοράς είχε προγραμματιστεί να εισαχθεί σε χώρες της ΕΕ. Όμως, αν και ορισμένα εμπειρικά στοιχεία στη Γερμανία έδειξαν ότι η εισαγωγή τιμής αναφοράς δημιουργούσε αρχικά μείωση στις τιμές, άλλες έρευνες κατέδειξαν ότι λειτουργεί ως κατώτατη τιμή, κάτω από την οποία κανείς παραγωγός δεν συμφέρει να προχωρήσει στην παραγωγή. Η τιμή αναφοράς μπορεί να λειτουργήσει μόνο εάν υπάρχει επαρκής αριθμός παραγωγών στην αγορά. Επίσης, η τήρηση προϋπολογισμών για τα φάρμακα, σε κεντρικό ή τοπικό επίπεδο θα μπορούσε να περιορίσει επίσης το κόστος φαρμάκου. Οι κλινικές οδηγίες και οι στόχοι συνταγογράφησης, με

την προϋπόθεση της εξασφάλισης αξιόπιστων μηχανισμών επιβολής, θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε αυτήν τη κατεύθυνση (Vandoros & Stargardt, 2013).

Ως προς την εισαγωγή των πληροφοριακών συστημάτων, η εισαγωγή των διαλειτουργικών ιατρικών φακέλων έχουν τη δυνατότητα να παράγουν καλύτερα αποτελέσματα στη φροντίδα υγείας ενώ βελτιώνουν την αποδοτικότητα της παροχής φροντίδας και μειώνουν το κόστος. Ο ηλεκτρονικός φάκελος αυξάνει την αποδοτικότητα της φροντίδας αφού απαιτείται λιγότερος χρόνος προκειμένου να τεθεί η σωστή διάγνωση. Στην υπουργική διακήρυξη για την ηλεκτρονική υγεία των Υπουργών της ΕΕ, η αποδοτικότητα οφείλει να αυξηθεί μέσω πολιτικών υγείας που αφορούν την εφαρμογή των προγραμμάτων ηλεκτρονικής υγείας. Εξάλλου, η αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί διαρκή στόχο της ΕΕ, η οποία προσπαθεί να τον επιτύχει με την εφαρμογή κατάλληλων πολιτικών. Σε κάθε περίπτωση η ηλεκτρονική υγεία είναι οικονομικά αποδοτική ως προς το κόστος. Αυτό αποτυπώνεται και στον ορισμό του ΠΟΥ για την ηλεκτρονική υγεία ως την οικονομικά αποδοτική και ασφαλής χρήση των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών στην υποστήριξη της υγείας, αλλά και σχετικά με την υγεία περιοχών συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, της επίβλεψης υγείας, της βιβλιογραφίας και εκπαίδευσης υγείας, τη γνώση και την έρευνα (Γκιμπερίτη, 2007).

Ως προς τα συστήματα πληρωμών, πέραν της εισαγωγής του ενιαίου συστήματος δημόσιας πληρωμής, τα συστήματα πληρωμών πρέπει να έχουν μελλοντικό σχεδιασμό που θα τηρείται και θα περιλαμβάνει καθολικούς προϋπολογισμούς και πληρωμές βάσει DRG, με τον όρο να καθορίζονται ορθά οι τιμές πληρωμής ώστε να ενθαρρύνονται οι πάροχοι να ελαχιστοποιούν το κόστος και όχι να έχουν αναδρομική ισχύ προκαλώντας εφησυχασμό στους παρόχους ελαχιστοποιώντας τα κίνητρα τους (Docteur & Oxlay, 2003).

Η συγκράτηση του κόστους, που επιχειρείται μέσω της υλοποίησης των πολιτικών κόστους, επιτυγχάνεται και με την ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των οργανισμών που βρίσκονται στο περιβάλλον του συστήματος υγείας (μονάδες υγείας, πάροχοι, προμηθευτές, φαρμακοβιομηχανίες). Ο ανταγωνισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζει βελτίωση στην οικονομική αποδοτικότητα του τομέα της ιατρικής περίθαλψης. Επομένως, η υλοποίηση πολιτικών που εξασφαλίζουν τον ανταγωνισμό στον τομέα υγείας έχει άμεσο αποτέλεσμα στην αύξηση της αποδοτικότητας των οργανισμών και των μονάδων του τομέα υγείας. Οι πολιτικές της κυβέρνησης που είναι προσανατολισμένες στην αύξηση του ανταγωνισμού των προμηθευτών, μέσω καταπολέμησης των μονοπωλίων, απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών, ενθάρρυνση της παροχής υπηρεσιών χαμηλού κόστους, αποφεύγει τις εναλλακτικές στρατηγικές τις οποίες οι

οργανισμοί μπορούν να υιοθετήσουν λόγων της έλλειψης ανταγωνιστικής αγοράς προμηθευτών προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδα τους. Όταν εξασφαλιστεί αγορά προμηθευτών στην οποία υπάρχει υψηλός ανταγωνισμός, τότε οι αγοραστές δύνανται να συνάψουν συμβάσεις συμφέρουσες ως προς το κόστος και την ποιότητα. Όταν οι αγοραστές εκμεταλλευτούν τις συμβάσεις και οδηγήσουν τους πελάτες στους επιλεγμένους προμηθευτές, τότε η οικονομική αποδοτικότητα αυξάνεται. Η ύπαρξη περισσότερων αγοραστών επίσης μπορεί να αυξήσει την αποδοτικότητα (και εδώ είναι σημαντικός ο ρόλος της ασκούμενης δημόσιας πολιτικής), διότι έχουν μεγάλο κίνητρο να συμβληθούν με τους προμηθευτές βάσει κριτηρίων όπως η ποιότητα και το κόστος περίθαλψης. Ο συνδυασμός με ένα αποτελεσματικό σύστημα αξιολόγησης, αυξάνει και την αποδοτικότητα των προμηθευτών. Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη ανταγωνιστικής αγοράς προμηθευτών, εξαναγκάζει τους αγοραστές να επιλέξουν στρατηγικές που δεν συνδέονται άμεσα με την υγειονομική περίθαλψη, προκειμένου να εξασφαλίσουν το ανταγωνιστικό τους πλεονέκτημα. Οι στρατηγικές αυτές είναι η μείωση του αναμενόμενου κόστους ζημίας (όπως η αποφυγή εισδοχής μη κερδοφόρων ασφαλισμένων), η μείωση των λειτουργικών και διοικητικών εξόδων και η αύξηση των εσόδων από επενδύσεις (Ξένος et al., 2014).

Ορισμένες πολιτικές υγείας, όπως οι πολιτικές λιτότητας περιορίζουν τις συνολικές δαπάνες για την υγείας και επηρεάζουν την αποδοτικότητα μονάδων υγείας. Το ζητούμενο από την εφαρμογή των πολιτικών είναι να διατηρηθούν οι ίδιες παροχές υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη όμως μείωση των δαπανών. Επομένως, απαιτείται να αυξηθεί η αποδοτικότητα των μονάδων υγείας προκειμένου οι εκροές να παραμείνουν σταθερές με μειωμένες εισροές. Η διαμόρφωση των πολιτικών υγείας συνδέεται άμεσα με την αποδοτικότητα, ιδίως σε περίοδο κατά την οποία εφαρμόζονται πολιτικές λιτότητας. Οι περιορισμένες δαπάνες για την υγεία και η διατήρηση ενός υψηλού ποσοστού ιατρικών υπηρεσιών, οδηγεί αναπόφευκτα στην αύξηση της αποδοτικότητας (Asandului et al., 2014). Οι πολιτικές υγείας συνδέονται με την αποδοτικότητα των μονάδων υγείας, όμως η σύνδεση αυτή υπόκειται σε αυτούς τους περιορισμούς.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

#### 4.1 Μέθοδοι εκτίμησης αποδοτικότητας

##### 4.1.1 Τεχνικές συγκριτικής ανάλυσης

Η μέτρηση της αποδοτικότητας είναι σημαντική για την αποτίμηση της επίδοσης ενός οργανισμού. Η μέτρηση της αποδοτικότητας οργανισμού αναφέρεται στην ποσότητα των εκροών που παράγει σε σχέση με τις χρησιμοποιούμενες εισροές. Για τη μέτρηση της αποδοτικότητας έχουν αναπτυχθεί αρκετές μέθοδοι, με διαφορετικά χαρακτηριστικά. Οι Οικονόμου & Τούντας (2007 : 35 - 38) διακρίνουν τις μεθόδους αυτές σε τεχνικές συγκριτικής ανάλυσης και σε μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης, αν και πολλές φορές οι μέθοδοι αυτές εμπλέκονται.

Οι τεχνικές (μέθοδοι) συγκριτικής ανάλυσης μετρούν το επίπεδο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών. Οι τεχνικές συγκριτικής ανάλυσης εξετάζουν τις υπηρεσίες που παρέχονται από έναν οργανισμό και επιχειρούν να μετρήσουν το επίπεδο των υπηρεσιών αυτών. Οι τεχνικές αυτές εντοπίζουν και χρησιμοποιούν τις ενδιάμεσες εισροές και εκροές της παραγωγικής διαδικασίας των οργανισμών. Οι τεχνικές συγκριτικής ανάλυσης είναι :

- η ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας,
- οι οικονομετρικές μέθοδοι και
- οι μη οικονομετρικές μέθοδοι.

Η ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας, είναι η πιο απλή στη σύλληψη της μέθοδος μέτρησης της αποδοτικότητας και βασίζεται στη σύγκριση δύο μεταβλητών μόνο. Η μία μεταβλητή είναι μια εισροή και η άλλη είναι μια εκροή. Το πηλίκο της εκροής προς την εισροή, δίνει μια αποσπασματική εικόνα της αποδοτικότητας της μονάδας. Οι μετρούμενες αποδοτικότητες βοηθούν να πραγματοποιηθεί μια κατάταξη των παρατηρούμενων μονάδων. Βέβαια, αυτό το πηλίκο μπορεί να επαναληφθεί με διαφορετική εισροή και εκροή, οπότε σχηματίζεται και διαφορετική κατάταξη. Από τις κατατάξεις αυτές μπορεί να εξαχθεί ένα γενικότερο συμπέρασμα για τις αποδοτικότητες των μονάδων. Κατά τις παλαιότερες μελέτες, η μέθοδος αυτή χρησιμοποιούνταν κατά κόρον και θεωρείται ο πρόδρομος των σημερινών μελετών μέτρησης της αποδοτικότητας. Σήμερα, χρησιμοποιείται για απλές εκφράσεις της αποδοτικότητας και γρήγορες συγκρίσεις αποδοτικότητας των μονάδων, με μεγάλο βέβαια κίνδυνο σφάλματος. Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιεί τη μαθηματική

έννοια του μέσου όρου καθώς και του αριθμητικού μέσου και συχνά στην εφαρμογή της χρησιμοποιούνται τεστ Pearson και τεστ Wilcoxon Rank Sum (Pompo & Tabor, 2004).

Οι παραμετρικές ή οικονομετρικές ή στατιστικές μέθοδοι μέτρησης της αποδοτικότητας είναι οι μέθοδοι οι οποίες στηρίζουν τη μέτρηση της αποδοτικότητας σε μια συνάρτηση παραγωγής. Η συνάρτηση παραγωγής συνδέει με έναν μαθηματικό τρόπο τις εισροές και τις εκροές. Η εύρεση της συνάρτησης παραγωγής αποτελεί αντικείμενο των παραμετρικών μεθόδων. Η συνάρτηση αυτή είναι μονοσήμαντη, δηλαδή μια μεταβολή μιας εκ των εισροών, δίνει συγκεκριμένη μεταβολή σε κάποιες από τις εκροές. Οι μονάδες λήψης απόφασης οφείλουν να επαληθεύουν με τα δεδομένα τους τη συνάρτηση παραγωγής. Όταν όμως τα δεδομένα μιας μονάδας δεν επαληθεύουν τη δημιουργηθείσα συνάρτηση παραγωγής, που αντιπροσωπεύει το σύνορο παραγωγής, τότε συμβαίνει μια απόκλιση από τη συνάρτηση η οποία μπορεί να ερμηνευτεί ως εξής : Είτε η απόκλιση οφείλεται σε τυχαίους λόγους (απόκλιση θορύβου) είτε οφείλεται σε μη αποδοτικότητα. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των παραμετρικών μεθόδων είναι ότι είναι στοχαστικές, δηλαδή διαχωρίζουν το τυχαίο σφάλμα από την αναποτελεσματικότητα, κάτι που δεν συμβαίνει με τις μη παραμετρικές μεθόδους. Επίσης, οι παραμετρικές μέθοδοι έχει υποστηριχθεί ότι επειδή καθορίζουν τη συνάρτηση παραγωγής με σαφήνεια, υπερτερούν στην πιθανότητα λάθους έναντι των μη παραμετρικών. Οι παραμετρικές μέθοδοι διακρίνονται στις ντετερμινιστικές (μη στοχαστικές) μεθόδους και στις στοχαστικές μεθόδους. Τα οικονομετρικά υποδείγματα που χρησιμοποιούνται συχνά στις παραμετρικές μεθόδους είναι :

- η διορθωμένη μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων (Corrected Ordinary Least Square – COLS) χρησιμοποιείται στη ντετερμινιστική μέθοδο ως εξέλιξη της παλαιότερης μεθόδου ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Η μέθοδος αυτή εισήχθη από τους Aigner, Lowell & Schmidt (1977), οι οποίοι εξέλιξαν με την εφαρμογή οικονομετρικών μεθόδων τα μοντέλα που προέβλεπαν για πρώτη φορά τις εκτιμήσεις αναποτελεσματικότητας και εισήχθησαν από τους Aigner & Chu (1968). Η νέα θεωρία συμπεριέλαβε τα σφάλματα μέτρησης και με αυτόν τον τρόπο κατέστη δυνατό να υπολογιστούν τα στοχαστικά σύνορα οριοθετώντας με τον τρόπο αυτό την αποδοτική περιοχή (Banker, Gadh & Gorr, 1993). Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται στην επεξεργασία οικονομικών στοιχείων για τη μελέτη της αποδοτικότητας, αλλά και σε άλλες περιπτώσεις, όπως στην αξιολόγηση που προκύπτει από συλλογή δεδομένων περιβαλλοντικών εγκαταστάσεων (Chang & Ayyub, 2001 : 187 – 88, 199 - 200).
- η μέθοδος της μέγιστης πιθανοφάνειας (Maximum Likelihood Estimation - MLE). Στην εφαρμοσμένη οικονομετρία, η μέθοδος MLE αποτελεί μια από τις δημοφιλέστερες

μεθόδους της εκτίμησης της συνάρτησης παραγωγής. Η μέθοδος που βασίζεται στον υπολογισμό των ελαχίστων τετραγώνων, ή σε κάποια παραλλαγή όπως τα τετράγωνα δύο σταδίων, χρησιμοποιούνται ευρέως για την εκτίμηση των μοντέλων ενδιαφέροντος της συνάρτησης παραγωγής (Greene, 1980).

- η τροποποιημένη μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων (Modified Ordinary Least Square - MOLS) μαζί με τη MLE χρησιμοποιούνται τόσο στη στοχαστική όσο και στη ντετερμινιστική μέθοδο.
- η μέθοδος των ντετερμινιστικών συνόρων (Deterministic Frontier Approach – DFA) είναι η περισσότερο όμως χρησιμοποιούμενη ντετερμινιστική μέθοδος, στην οποία η παραγωγή ορίζεται από μια ντετερμινιστική συνάρτηση παραγωγής και η οποία την οποιαδήποτε απόκλιση από το σύνορο αποδοτικότητας την ερμηνεύει ως μη αποδοτικότητα (Sarker & De, 2004 : 1).
- η μέθοδος των στοχαστικών συνόρων (Stochastic Frontier Approach – SFA) είναι η περισσότερο χρησιμοποιούμενη στοχαστική μέθοδος, η οποία την απόκλιση από το σύνορο αποδοτικότητας τη διαχωρίζει σε απόκλιση θορύβου ή σε απόκλιση μη αποδοτικότητας. Τη SFA την εισήγαγαν οι Aigner, Lovell & Schmidt (1977) και Meeusen & Van de Broeck (1977). Οι μαθηματικές εξισώσεις στη SFA είναι δύο : η μια εξίσωση αποτυπώνει ποιες είναι οι επιπτώσεις της αναποδοτικότητας κατά το μέρος που η μονάδα απέχει από τα στοχαστικά σύνορα. Η δεύτερη εξίσωση περιγράφει πως επιδρά το σφάλμα και τα στοιχεία θορύβου καθώς και διάφορες επιδράσεις που βρίσκονται εκτός του περιβάλλοντος που ελέγχει η μονάδα (Cullinane et al., 2006 : 356 - 358).
- Η Thick Frontier Approach (TFA) είναι η μέθοδος πυκνού συνόρου. Η TFA είναι μια εξέλιξη της SFA. Η TFA δέχεται ότι οι αποκλίσεις από την προβλεπόμενη απόδοση στα τεταρτημόρια ανώτατης και κατώτατης απόδοσης των επιχειρήσεων οφείλονται αποκλειστικά σε τυχαίο σφάλμα. Επίσης, δέχεται ότι οι αποκλίσεις μεταξύ αυτών των τεταρτημόριων αφορούν αναποτελεσματικότητα και εξωγενείς επιδράσεις (Caudill, 2002). Οι μη παραμετρικές μέθοδοι μέτρησης αποδοτικότητας είναι στοχαστικές μέθοδοι καθώς δέχονται ότι οι αποκλίσεις από το αποδοτικό όριο είναι αποτέλεσμα αναποδοτικότητας. Οι μη παραμετρικές μέθοδοι, στις οποίες το αποδοτικό σύνορο δημιουργείται αυτόματα από την επεξεργασία των δεδομένων, έχουν ένα πλεονέκτημα σε σχέση με τις παραμετρικές, οι οποίες για την περιγραφή του αποδοτικού συνόρου χρησιμοποιούν μια συνάρτηση, η οποία οριοθετεί δυσκολότερα το αποδοτικό σύνορο. Όμως οι μη παραμετρικές μέθοδοι είναι περισσότερο επιρρεπείς στο τυχαίο σφάλμα, διότι δεν το λαμβάνουν υπόψη κι έτσι ταυτοποιούν περισσότερα σφάλματα μέτρησης, κόστους ή αναποτελεσματικότητας.

Ενώ οι παραμετρικές μέθοδοι μέτρησης της αποδοτικότητας βασίζονται την εύρεση της συνάρτησης παραγωγής και εφαρμόζουν διάφορα υποδείγματα για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας, οι μη παραμετρικές μέθοδοι, σχηματίζουν από την επεξεργασία των δεδομένων το αποδοτικό όριο. Οι μη παραμετρικές ή μη οικονομετρικές μέθοδοι είναι στοχαστικές μέθοδοι που δέχονται ότι οι αποκλίσεις από το αποδοτικό όριο είναι αποτέλεσμα αναποδοτικότητας. Η ανάγκη επιβολής μιας ρητής παραμετρικής μορφής για την συνάρτηση παραγωγής που χρησιμοποιείται σε μια τεχνολογία και μια ρητή υπόθεση κατανομής για την αναποδοτικότητα είναι οι κύριες αδυναμίες της παραμετρικής προσέγγισης. Το κύριο πλεονέκτημα μιας μη παραμετρικής μεθόδου, είναι ότι αποφεύγει την παραμετρική προδιαγραφή της συνάρτησης παραγωγής και υιοθετεί μια διανεμητική προσέγγιση για τη μη αποδοτικότητα. Όμως, οι μη παραμετρικές μέθοδοι ως ντετερμινιστικές ταξινομούν τις αποκλίσεις από το αποδοτικό σύνορο στις ανεπάρκειες, τεχνολογίας, το αποδοτικό σύνορο πιθανόν να είναι ευαίσθητο στα σφάλματα μέτρησης ή άλλο θόρυβο στα δεδομένα (Sharma et al., 1999). Οι διαφορές των μεθόδων αυτών από τις παραμετρικές δημιουργούν συγκριτικά πλεονεκτήματα για τις μη παραμετρικές μεθόδους.

- Οι μη παραμετρικές μέθοδοι είναι η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (Data Envelopment Analysis) και η Διάθεση Άνευ Περιβλήματος (Free Disposal Hull – FDH).
- Η DEA εξετάζεται λεπτομερώς στην επόμενη ενότητα, δεδομένου ότι είναι η μέθοδος που χρησιμοποιούμε στη μελέτη μας
- Η FDH κρίνει την καλύτερη υπάρχουσα πολιτική έστω και εάν υπάρχουν λίγα δεδομένα διαθέσιμα. Η μέθοδος υποθέτει ότι η αποδοτικότητα κυμαίνεται σε ένα μέσο όρο μακροπρόθεσμα και το τυχαίο σφάλμα κυμαίνεται κι αυτό σε ένα μέσο όρο μακροπρόθεσμα. Η μέθοδος δέχεται ότι η αναποτελεσματικότητα είναι αμετάβλητη ως προς το χρόνο και βασίζεται στην εξασφάλιση χαμηλού κόστους λειτουργίας μονάδας για καθορισμένες εισροές και εκροές για μια εκτεταμένη περίοδο κατά την οποία οι οικονομικές συνθήκες μεταβάλλονται. Η μέθοδος, ακολουθώντας μια τεχνική που είναι γνωστή ως FDH-P-WITHIN είναι ένα μοντέλο καθορισμένων αποτελεσμάτων, που μετράει την τεχνική αποτελεσματικότητα από την τιμή μιας ψεύτικης μεταβλητής ως προς την επιχείρηση. Η αναποτελεσματικότητα υπολογίζεται μέσω της απόκλισης από την πιο αποτελεσματική περίοδο η οποία έχει παρατηρηθεί για την επιχείρηση. Αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι χρησιμοποιούνται παράμετροι έτσι ώστε η αναποτελεσματικότητα να είναι σταθερή στο χρόνο και με βάση τη σταθερή μέση τιμή της αναποτελεσματικότητας μετράται η αναποτελεσματικότητα που αποκλίνει από την κανονική τιμή. Η διαφορά της με τη μέθοδο SFA είναι ότι δεν επιβάλλει συγκεκριμένη μορφή στην κατανομή αναποτελεσματικότητας, αλλά δέχεται την αναποτελεσματικότητα ως σταθερή μακροπρόθεσμα. Η διαφορά της με

την TFA είναι ότι δεν ερμηνεύει όλες τις αποκλίσεις μεταξύ ομάδων επιχειρήσεων ως τυχαίο σφάλμα, ούτε όλες τις αποκλίσεις μεταξύ ομάδων επιχειρήσεων ως αναποτελεσματικές, όπως κάνει η TFA (Bauer et al. 1998).

#### 4.1.2 Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης

Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης επιχειρούν να αξιολογήσουν τη δράση μιας μονάδας σε έναν οικονομικό τομέα, όπως τον τομέα παιδείας ή τον τομέα υγείας. Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης συγκρίνουν διάφορα προγράμματα σε έναν τομέα οικονομικής δραστηριότητας, υπολογίζοντας τα πιο αποτελεσματικά. Για την εφαρμογή αυτών των μεθόδων, διάφορα προγράμματα που εφαρμόζονται σε έναν τομέα οικονομικής δραστηριότητας, συγκρίνονται μεταξύ τους με εκ των προτέρων καθορισμένα μέτρα, προκειμένου να βρεθούν αυτά που παράγουν τα πιο επιθυμητά αποτελέσματα σε σχέση με τα απαιτούμενα κόστη. Οι μέθοδοι αυτές αναφέρονται σε έναν τύπο προβλήματος ή σε παραπλήσιους τύπους προβλήματος. Οι μέθοδοι αυτές αναφέρονται στη συνολική προσφορά των προγραμμάτων σε σχέση με τα απαιτούμενα κόστη. Δεν αναφέρονται σε ενδιάμεσες εισροές ούτε σε ενδιάμεσες εκροές και αυτή είναι η βασική διαφορά τους με τις τεχνικές συγκριτικής ανάλυσης (Οικονόμου & Τούντας, 2007).

- Η μέθοδος ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας (cost – efficiency analysis – CEA). Η μέθοδος αυτή συγκρίνει διαφορετικές μεθόδους παραγωγής, ώστε να τις κατατάξει σε φθίνουσα σειρά, λαμβάνοντας υπόψη και το κόστος τους. Σύμφωνα με τους Κυριόπουλο, Αθανασάκη και Πάβη (2012) η μέθοδος αυτή αναπτύχθηκε από τον Cochrane, ο οποίος ανέπτυξε και ένα σύστημα ελεγχόμενων δοκιμασιών τυχαίας κλίμακας. Τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων, της αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας απετέλεσαν την πρώτη εφαρμογή της μεθόδου. Η οικονομική αποδοτικότητα μελετήθηκε στα πλαίσια της μεθόδου μέσω της σύνδεσης της αξιολόγησης με την επιδημιολογία. Κάθε μελέτη CEA συνοδεύεται από μελέτη η οποία προβάλλει τα αποτελέσματα των μεθόδων αποτιμώντας τα οικονομικά. Η σύγκριση των μεθόδων παραγωγής επιτρέπει κατά την εφαρμογή της μεθόδου να επιλέγονται διαφορετικές φυσικές μονάδες προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για κάθε μέθοδο χωριστά. Η δυνατότητα επιλογής διαφορετικών φυσικών μονάδων ανά μελέτη μεθόδου παραγωγής ενοχοποιείται για ασάφεια και αλλοίωση αποτελεσμάτων.
- Η μέθοδος ανάλυσης ελαχιστοποίησης κόστους (cost – minimization analysis – CMA). Η μέθοδος αυτή συγκρίνει δύο διαφορετικές μεθόδους ή παρεμβάσεις οι οποίες έχουν ίση αποτελεσματικότητα, δηλαδή προκαλούν τα ίδια αποτελέσματα, αλλά έχουν διαφορετικό

κόστος μεταξύ τους. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της μεθόδου είναι η πραγματοποίηση ίσων αποτελεσμάτων μεταξύ των μεθόδων ή παρεμβάσεων (Newby & Hill, 2003). Η μέθοδος αυτή μετράει την τεχνική αποδοτικότητα διαφόρων προγραμμάτων ή δράσεων που γίνονται προκειμένου να επιτευχθεί κάποιο αποτέλεσμα. Στην περίπτωση αυτή, ο μετρούμενος δείκτης αποδοτικότητας προκύπτει από το πηλίκο του οφέλους προς το κόστος. Η μέθοδος CMA εφαρμόζεται στις περισσότερες περιπτώσεις όταν έχει προηγηθεί μια μελέτη CEA από την οποία εξάγονται τα ίδια αποτελέσματα για τα συγκρινόμενα προγράμματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, επιστρατεύεται η μέθοδος CMA, προκειμένου να παραχθεί μια μελέτη κόστους που θα δείξει το πρόγραμμα ή τη δράση που υπερτερεί (Οικονόμου & Τούντας, 2007). Η μέθοδος CMA δεν μπορεί να συγκρίνει προγράμματα τα οποία παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα, δηλαδή είναι ανόμοια μεταξύ τους.

- Η μέθοδος ανάλυσης κόστους – οφέλους (cost – benefit analysis –CBA). Με τη μέθοδο αυτή, πραγματοποιείται οικονομική ανάλυση η οποία εξετάζει το οικονομικό κόστος κάθε μεθόδου ή παρέμβασης. Η μέθοδος αυτή έχει το μειονέκτημα ότι να προσδιοριστούν με σαφήνεια οι πόροι που χρησιμοποιούνται, αλλά και να μετρηθεί το όφελος κάθε πράξης που γίνεται στα πλαίσια ενός προγράμματος. Η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα, ότι εκτός από την τεχνική αποδοτικότητα μετράει και την αποδοτικότητα κατανομής (Mishan & Quah, 1976). Η μετρούμενη οικονομική αποδοτικότητα δίδεται από το πηλίκο του οφέλους από την εφαρμογή της πράξης προς το κόστος των χρησιμοποιούμενων πόρων. Ιδίως μέσω της μέτρησης της αποδοτικότητας κατανομής, η μέθοδος αυτή επιτυγχάνει τη σύγκριση μεταξύ προγραμμάτων που δεν έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα, κάτι που δεν μπορούν να κάνουν άλλες μέθοδοι σε παρόμοια προγράμματα. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην αρχική απόδοση σχετικών τιμών, κάτι για το οποίο έχει κατηγορηθεί για αυθαιρεσία και στη συνέχεια υπολογίζονται οι αξιολογικοί στόχοι προς επίτευξη (Οικονόμου & Τούντας, 2007).
- Η μέθοδος ανάλυσης κόστους χρησιμότητας (cost – utility analysis – CUA). Η μέθοδος αυτή μετράει τόσο την τεχνική αποδοτικότητα όσο και την αποδοτικότητα κατανομής. Η μέθοδος CUA μοιάζει με τη μέθοδο CEA. Η μέτρηση της αποδοτικότητας στη CUA γίνεται με τη χρήση των μονάδων χρησιμότητας και όχι όπως στη CEA με φυσικές μονάδες. Η μονάδα χρησιμότητας ή αποτελέσματος λέγεται μονάδα *qualy* και βασίζεται στον υπολογισμό χρόνου ζωής ο οποίος είναι ποιοτικός με βάση καθορισμένα κριτήρια. Η μέτρηση της αποδοτικότητας γίνεται με υπολογισμό εκτός από των ποσοτικών αλλά και των ποιοτικών οφελών (Οικονόμου & Τούντας, 2007). Η έννοια της χρησιμότητας στη μέθοδο αυτή, βασίζεται στην οικονομική θεωρία που περιγράφει τις προτιμήσεις του χρήστη. Η

έννοια αυτή στοχεύει στις προτιμήσεις του ασθενή και εξειδικεύεται στην παροχή ευημερίας και ποιότητας ζωής των παρεμβάσεων στη ζωή του ασθενούς.

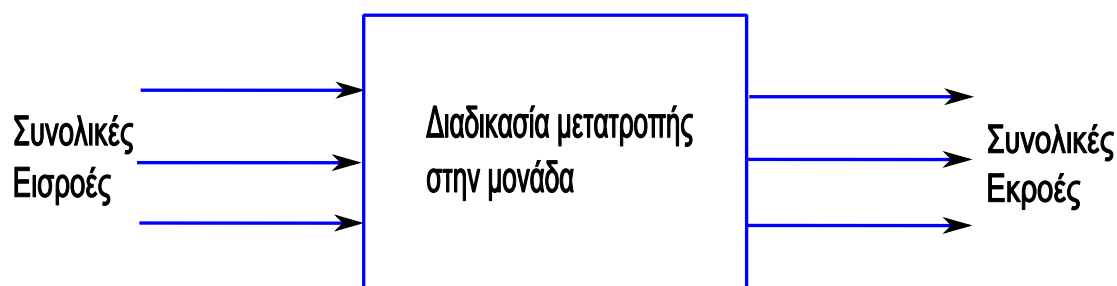
## 4.2 Η μέθοδος DEA

### 4.2.1 Έννοια και θεμελίωση της μεθόδου DEA

Μεταξύ των μεθόδων μέτρησης της αποδοτικότητας, προεξάρχοντα ρόλο παίζει η Περιβάλλουσα Ανάλυση Δεδομένων (Data Envelopment Analysis – DEA). Η DEA μετράει την αποδοτικότητα των λεγομένων μονάδων λήψης απόφασης (decision making units – DMU's), οι οποίες αποτελούν τμήματα, διευθύνσεις ή ακόμα και οργανισμούς και συγκρίνει τα αποτελέσματα των τιμών των μεταξύ τους αποδοτικότητων. Οι DMU για να συγκριθούν ως προς την αποδοτικότητα τους πρέπει να είναι ομοειδείς μονάδες, ως προς τους σκοπούς και τους στόχους τους, τις παραγωγικές διαδικασίες, τις δραστηριότητες και την τεχνολογία τους. Η DEA είναι μια μη παραμετρική μέθοδος μέτρησης της αποδοτικότητας οργανισμών, δηλαδή για την εφαρμογή της δεν είναι απαραίτητος ο καθορισμός συνάρτησης που να περιγράφει την επίδοση τους σε σχέση με τους παράγοντες παραγωγής. Η DEA χρησιμοποιεί τις εισροές και τις εκροές του συστήματος, και δεν ασχολείται με την εύρεση της συνάρτησης παραγωγής. Αυτό συμβαίνει διότι η DEA δέχεται ότι οι παραμετρικές μέθοδοι που ασχολούνται με την εύρεση της συνάρτησης παραγωγής κατά το παρελθόν είχαν σχετική επιτυχία μόνο, διότι παραγνωρίζουν πολλές πλευρές της παραγωγικής διαδικασίας. Η DEA έχει πολλές φορές ένα δημόσιο προσανατολισμό, διότι συχνά χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της αποδοτικότητας δημοσίων φορέων ή οργανισμών (Ray, 2004 : 1). Η DEA σαν μέθοδος εκτίμησης της αποδοτικότητας διαφέρει από τις υπόλοιπες διότι η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται όπως σε ένα μαύρο κουτί, με βάση μια συστημική ανάλυση. Σύμφωνα με τον Thanassoulis (2001 : 19 - 23), η διαδικασία μετατροπής στη DEA περιλαμβάνει τις εισροές (τους πόρους που χρησιμοποιεί το σύστημα) τη διαδικασία μετατροπής στις DMU και τις εκροές που αφορούν τα παραγόμενα προϊόντα. Η διαδικασία μετατροπής των εισροών σε εκροές φαίνεται στην εικόνα 4.1 (βασισμένο στον Thanassoulis, 2001).

#### Εικόνα 4.1

#### Διαδικασία μετατροπής στη DEA



Πηγή : βασισμένο στον Thanassoulis, 2001

Ο Farrell (1957) ανέπτυξε πρώτος την μέθοδο DEA για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των οργανισμών. Ο Farrell μελέτησε τις προηγούμενες μεθόδους μέτρησης αποδοτικότητας πριν από αυτόν, τη μέθοδο μέτρησης της μέσης παραγωγικότητας της εργασίας, τη μέθοδο μέτρησης του δείκτη απόδοσης των μονάδων και τη μέθοδο συγκρίσεων κόστους με την τεχνική αποτελεσματικότητα και στη συνέχεια εισήγαγε τη μέθοδο DEA σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει τα μειονεκτήματα των μεθόδων αυτών. Ο Farrell βασίστηκε στο έργο των οικονομολόγων Debreu και Koopmans που μελέτησαν την αποδοτικότητα πριν από αυτόν (Coelli, 1996 : 4). Ο Debreu (1951 : 273) ανέπτυξε την αποδοτικότητα των οικονομικών συστημάτων σε μια βέλτιστη κατά Παρέτο ανάλυση, ώστε η αποδοτικότητα να μεγιστοποιηθεί και έθεσε το πρώτο μέτρο της αποδοτικότητας παραγωγής, που ήταν ο συντελεστής του βαθμού ικανοποίησης των πόρων. Το μέτρο Debreu είναι ακτινικό μέτρο της τεχνικής αποδοτικότητας, δηλαδή επικεντρώνεται στη μέγιστη δυνατή μείωση αναλόγων ομάδων σε όλες τις μεταβλητές εισροών, ή στη μέγιστη δυνατή αύξηση ανάλογων ομάδων σε όλες τις μεταβλητές εκροών. Ο Koopmans, το 1951, εισήγαγε την έννοια του αποδοτικού συνόλου, ως ένα σύνολο που περιλαμβάνει αποδοτικές μονάδες, επεκτείνοντας την έννοια της αποδοτικής κατά Παρέτο μονάδας. Σύμφωνα με τον Koopmans, ένας παραγωγός είναι τεχνικά αποδοτικός εάν η αύξηση της παραγωγής απαιτεί μείωση σε τουλάχιστον μια άλλη εκροή ή αύξηση σε τουλάχιστον μια εισροή και εάν μια μείωση σε οποιαδήποτε εκροή απαιτεί αύξηση σε τουλάχιστον μία άλλη εισροή ή μείωση σε τουλάχιστον μία εκροή (Porcelli, 2009). Ο Farrell διέκρινε την αποδοτικότητα (overall efficiency) σε τεχνική αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κατανομής. Σύμφωνα με αυτή τη διάκριση:

- Η τεχνική αποδοτικότητα είναι ο συνδυασμός των παραγωγικών συντελεστών που χρησιμοποιούνται για να παραχθεί η μέγιστη ποσότητα εκροών χωρίς όμως να σπαταληθούν άσκοπα οι παραγωγικοί συντελεστές. Ένας οργανισμός διαχειρίζεται την παραγωγική διαδικασία χρησιμοποιώντας τους παραγωγικούς συντελεστές που έχει στη διάθεση του για



να παράγει το μέγιστο αποτέλεσμα. Η τεχνική αποδοτικότητα προσανατολίζεται στην παραγωγή των μεγίστων σε ποσότητα εκροών με περιορισμένες εισροές ή στην παραγωγή μιας ορισμένης ποσότητας εκροών με τη μέγιστη οικονομία εισροών.

- Η αποδοτικότητα κατανομής ορίστηκε ο συνδυασμός των συντελεστών παραγωγής που είναι επιλεγμένοι κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ελαχιστοποιείται το κόστος παραγωγής χωρίς όμως σπατάλη των συντελεστών παραγωγής. Ένας οργανισμός καταναίμει τις δυνάμεις του στις μονάδες κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αυξήσει την αποδοτικότητα του. Ακόμα και αν η τεχνική αποδοτικότητα είναι μέγιστη, η αποδοτικότητα κατανομής μπορεί να υπολείπεται της μέγιστης τιμής. Μόνο αν ανακατανεμηθούν οι μονάδες μπορεί να αυξηθεί η αποδοτικότητα κατανομής στη μέγιστη τιμή. Η ισοδύναμη αντικατάσταση μιας εισροής από μια άλλη σε μια μονάδα υπό κατάλληλες προϋποθέσεις, για παράδειγμα, μπορεί να μειώσει το κόστος αυξάνοντας την αποδοτικότητα.

Οι όροι της τεχνικής αποδοτικότητα και της αποδοτικότητας κατανομής, δίδονται σε σχέση με την καμπύλη της συνάρτησης παραγωγής ή ισοπαραγωγική καμπύλη, που δημιούργησε ο Farrell, για σταθερή επιστροφή στην κλίμακα. Η τεχνική, η κατανεμνητική (οικονομική) και η συνολική αποδοτικότητα, σε αυτήν την περίπτωση, φαίνονται στη εικόνα 4.2 και δίδονται από τις παρακάτω σχέσεις :

Τεχνική Αποδοτικότητα (Technical Efficiency) :  $TE = OR \div OP$

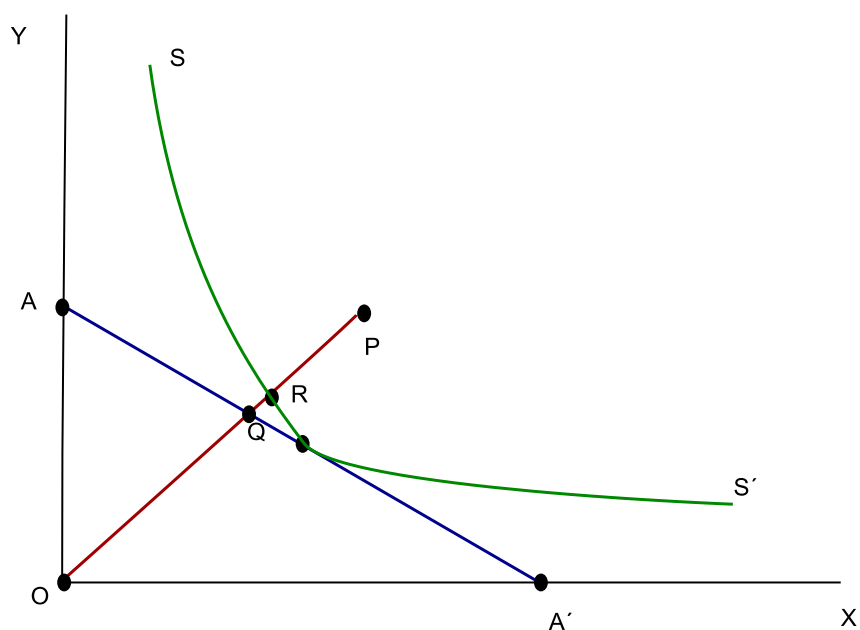
Αποδοτικότητα κατανομής (Allocative Efficiency) :  $AE = OQ \div OR$

Συνολική Αποδοτικότητα (Overall Efficiency) :  $OE = OQ \div OP = TE \times AE$

Οι άξονες X και Ψ στο διάγραμμα είναι οι εισροές ανά μονάδα εκροών. Ο συνδυασμός των μεγεθών των εισροών ανά μονάδα εκροών συμβαίνει στο σημείο P. Μια απόλυτα αποδοτική επιχείρηση χρησιμοποιεί διάφορους συνδυασμούς των δύο αυτών παραγόντων, έτσι ώστε να παράξει μια μονάδα εξόδου. Οι συνδυασμοί αυτοί φαίνονται στην ισοϋψή καμπύλη SS'. Μετά από αυτό το θεωρητικό υπόδειγμα, η αδυναμία εύρεσης της πραγματικής συνάρτησης παραγωγής αναπτύχθηκε από το Farrell και η τεχνική αποδοτικότητα αναπτύχθηκε μέσω της συγκριτικής μεθόδου μεταξύ των εισροών και των εκροών των συγκρινόμενων μονάδων όταν η συνάρτηση παραγωγής είναι άγνωστη (Farrell, 1957 : 254).

Εικόνα 4.2

Γραφική παράσταση θεωρητικής ερμηνείας αποδοτικότητας



Πηγή : Farrell, 1957 : 254

Στη συνέχεια η μέθοδος DEA εξελίχθηκε και συμπληρώθηκε από διάφορους ερευνητές. Οι Cooper, Seiford & Zhu (2004) δίδουν τους εξής ορισμούς για έννοιες σχετικές με την αποδοτικότητα μονάδων όπως εξειδικεύονται στη μέθοδο μέτρησης αποδοτικότητας συστημάτων DEA :

- Αποδοτικότητα (κατά Koopmans – Pareto) : 100% αποδοτικότητα επιτυγχάνεται από μια μονάδα εάν και μόνο εάν καμία από τις εισροές ή τις εκροές δεν μπορεί να βελτιωθεί χωρίς να μειωθεί κάποια από τις εισροές ή τις εκροές της.

Στις περισσότερες εφαρμογές μέτρησης αποδοτικότητας μανατζμεντ ή κοινωνικών επιστημών, το θεωρητικό υπόβαθρο της αποδοτικότητας δεν είναι γνωστό. Έτσι, ο προηγούμενος ορισμός αντικαταστάθηκε τροποποιώντας τη χρήση του με τις πληροφορίες που είναι αποκλειστικά εμπειρικά διαθέσιμες, στον εξής ορισμό :

- Σχετική αποδοτικότητα (αναφέρεται στην τεχνική αποδοτικότητα) : Μια μονάδα μετράται ως πλήρως αποδοτική 100% στη βάση των διαθέσιμων αποδείξεων, εάν και μόνο εάν οι επιδόσεις των άλλων μονάδων δεν δείχνουν ότι κάποιες από τις εισροές ή τις εκροές μπορούν να βελτιωθούν χωρίς να χαθούν κάποιες από τις υπόλοιπες εισροές ή εκροές.

#### 4.2.2 Επιλογή δεδομένων και συντελεστές βαρύτητας

Σύμφωνα με τον Scheel (2000 : 2), η απόφαση της επιλογής των δεδομένων προηγείται στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας και είναι ίσως το δυσκολότερο σημείο σε αυτήν. Για να επιλεγούν οι εισροές και οι εκροές που θα χρησιμοποιηθούν σε μια μελέτη DEA, ανασκοπείται η βιβλιογραφία σε παρόμοιες μελέτες DEA. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην χρησιμοποίηση ανεπιθύμητων εκροών και τέτοιες εκροές θα συναντήσουμε στην έρευνα μας. Το πρόβλημα αυτό αναφέρθηκε ήδη από τον Koopmans (1951), ως μείωση ανεπιθυμητών αποτελεσμάτων. Ο Fare et al. (1989), διαφοροποίησε τις εξόδους ως επιθυμητές και ανεπιθύμητες και πρότεινε ένα μοντέλο μη γραμμικού προγραμματισμού στον υπολογισμό αποδοτικότητας μονάδων επιθυμητών και ανεπιθύμητων εκροών, το οποίο ανταποκρινόταν στην μείωση των ανεπιθύμητων εκροών. Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος είναι η μετατόπιση των ανεπιθύμητων εκροών στις εισροές και εφαρμογή της DEA μετά από αυτή τη μετατόπιση (Hoang and Coelli, 2011 : 462 - 472). Οι Seiford & Zhu (2002 : 16 - 19) ορίζουν το πρόβλημα ως αναποδοτικότητα που προκύπτει όταν η παραγωγική διαδικασία παράγει ανεπιθύμητα προϊόντα και τονίζουν ότι η απλή μετατροπή ανεπιθύμητων εκροών σε εισροές αλλοιώνει τα αποτελέσματα. Εστιάζουν σε 5 εναλλακτικές δυνατότητες για τούς χειρισμούς των ανεπιθύμητων εκροών, οι οποίες είναι οι εξής :

- 1) η αγνόηση των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων.
- 2) η ένταξη των ανεπιθύμητων εκροών σε ένα μη γραμμικό μοντέλο DEA.
- 3) η θεραπεία της ανεπιθύμητης εκροής και η ρύθμιση της απόστασης μέτρησης προκειμένου να περιοριστεί η επέκταση των ανεπιθύμητων εκροών.
- 4) η θεραπεία και η οδήγηση των ανεπιθύμητων εκροών ως εισροές, αλλά αυτή η διαδικασία έχει το μειονέκτημα δεν αντικατοπτρίζει την πραγματική διαδικασία παραγωγής.
- 5) η εφαρμογή ενός μονοτονικού μετασχηματισμού που μειώνει ποσοτικά τις ανεπιθύμητες εκροές και στη συνέχεια η χρησιμοποίηση αυτών των προσαρμοσμένων μεταβλητών ως εκροών.

Η επιλογή τους είναι να παρέχουν υποθετικά ακτινικά μέτρα αποδοτικότητας, υποθέτοντας ότι η αποδοτικότητα θα βελτιωθεί με την αύξηση των επιθυμητών και τη μείωση ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων ταυτόχρονα. Για να γίνει αυτό πρότειναν έναν πολλαπλασιασμό των μέτρων των ανεπιθύμητων εξόδων επί τον αριθμό (-1) και τη χρήση ενός διανύσματος μετατροπής για να μετατρέψει τις ανεπιθυμητες εκροές σε επιθυμητές. Σύμφωνα με τον Scheel (2000), αυτοί οι δύο τελευταίοι μετασχηματισμοί μεταβαλλόμενης θέσης και μετατροπής παρέχουν τα ίδια αποτελέσματα. Η μέθοδος των Seiford & Zhu είναι έγκυρη για τη μεταβλητή επιστροφή στην

κλίμακα, ενώ οι δύο μέθοδοι παρέχουν διαφορετικά αποτελέσματα αναποδοτικότητας. (Seiford & Zhu, 2002 : 16 - 19).

Ο περιορισμός των βαρών είναι μια πρακτική η οποία εντάσσεται ευρέως κατά τα τελευταία έτη στη μέθοδο DEA. Οι μελέτες αποδοτικότητας με τη μέθοδο DEA δίνουν ελευθερία στην επιλογή των βαρών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια μονάδα να κατατάσσεται ως αποδοτική όταν υπάρχει λύση που να μεγιστοποιεί την αποδοτικότητα της στο αποδοτικό όριο με οποιαδήποτε επιλογή στους συντελεστές βαρών που μπορούν να κάνουν αποδεκτή αυτή τη λύση. Το γεγονός αυτό όμως, μπορεί να οδηγήσει σε λύσεις που δίνουν τιμές στους συντελεστές βαρών πολύ μικρούς έως και μηδενικούς, ή πολύ μεγάλους. Σε μια τέτοια περίπτωση, η επίλυση αν και υπαρκτή, δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή σε επίπεδο διοίκησης. Για παράδειγμα, δεν γίνεται αποδεκτή μια επίλυση η οποία μπορεί να ορίσει μια ιατρική μονάδα ως αποδοτική, ενώ μπορεί να μην εργάζεται εκεί κανένας ιατρός. Αυτή η επίλυση, αν και υπαρκτή, δεν έχει πρακτικά κάποιο νόημα. Για το λόγο αυτό, οι περιορισμοί στην επιλογή των βαρών είναι απαραίτητοι, προκειμένου να αποφευχθούν οι μη ορθολογικές λύσεις. Για το λόγο αυτό, οι συντελεστές βαρύτητας πρέπει να ελέγχονται ώστε να οδηγούν σε αποτελέσματα που να είναι αποδεκτά και υπό πραγματικές συνθήκες. Τέτοιος έλεγχος μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω ορίων φραγής των συντελεστών βαρύτητας ή ορίων μεταξύ των συντελεστών βαρύτητας. Σε κάθε περίπτωση, ο περιορισμός των συντελεστών βαρύτητας μειώνει τις τιμές της αποδοτικότητας όλων των μονάδων. Για το λόγο αυτό, πρέπει να χρησιμοποιηθεί κατάλληλος περιορισμός των συντελεστών βαρύτητας προκειμένου να επιτυγχάνονται αξιόπιστα αποτελέσματα (Allen, Athanassopoulos, Dyson & Thanassoulis, 1997 ; Thanassoulis, E., Dyson & Foster, 1987).

### **4.3 Τα μοντέλα της μεθόδου DEA**

#### *4.3.1 Γενική περιγραφή των μοντέλων DEA*

Η μέθοδος DEA εξειδικεύεται σε διάφορα μοντέλα τα οποία μελετούν την αποδοτικότητα και έχουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Ορισμένα από τα σημαντικότερα μοντέλα είναι τα εξής :

- Το CCR μοντέλο DEA, το οποίο μελετά την τεχνική αποδοτικότητα, το οποίο ονομάστηκε έτσι από τους συγγραφείς που το εισήγαγαν (Charnes, Cooper και Rhodes, 1978).
- Το BCC μοντέλο DEA, το οποίο μελετά επιπλέον την καθαρή αποδοτικότητα και την αποδοτικότητα κλίμακας, το οποίο ονομάστηκε έτσι από τους συγγραφείς που το εισήγαγαν (Banker, Charnes και Cooper, 1984).

- Το window-DEA ή W-DEA, το οποίο μελετά την τεχνική, την καθαρή αποδοτικότητα και την αποδοτικότητα κλίμακας σε ένα εκτεταμένο χρονικό διάστημα, το οποίο ονομάστηκε έτσι γιατί χρησιμοποιεί διακριτά παράθυρα τα οποία εκτιμούν την αποδοτικότητα σε μερικά επικαλυπτόμενες περιόδους (Charnes et al., 1997 ; Charnes et al., 2013).
- Ο δείκτης παραγωγικότητας Malquist, χρησιμοποιείται ως μεθοδολογία DEA συμπληρωματικά με άλλες μεθόδους για την εκτίμηση της αλλαγής της αποδοτικότητας και της τεχνολογικής αλλαγής σε ένα εκτεταμένο χρονικό διάστημα (Färe, Grosskopf, Lindgren & Roos, 1992).

Διάφορα μεταγενέστερα μοντέλα μέτρησης αποδοτικότητας όπως :

- Andersen & Petersen - Super Efficiency Model (Andersen & Petersen, 1993),
- Doyle & Green - Cross Efficiency (Doyle & Green, 1994),
- Cook et al., (Cook, Cress & Seiford, 1993, 1996),
- Torgensen et al. (Torgensen, Førsund & Kittelsen, 1996),
- Sinuany-Stern & Friedman - Discriminant Data Envelopment Analysis of Ratios (DR/DEA), (Sinuany-Stern & Friedman, 1998),
- Sowlati et al., (Sowlati, 2005).

#### 4.3.2 Τα μοντέλα CCR και BCC

Οι Charnes, Cooper και Rhodes (1978), μελέτησαν τα δυνατά και αδύνατα σημεία της μελέτης του Farrell και έδωσαν μια νέα μορφή στη μέθοδο DEA, η οποία ονομάστηκε μοντέλο CCR από τα αρχικά των ερευνητών. Η συνεισφορά τους έγκειται στον ορισμό και στην περιγραφή του ρόλου των DMU στην μέτρηση της αποδοτικότητας των οργανισμών. Κατ' αρχήν, η μελέτη τους αφορούσε τους φορείς ανάληψης έργων δημοσίων προγραμμάτων μη κερδοσκοπικών, αλλά στη συνέχεια ανέφεραν τους όρους και τις προϋποθέσεις προκειμένου να επεκταθεί η εφαρμογή της μεθόδου DEA στις ιδιωτικές επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα και συνέδεσαν τις οικονομικές προσεγγίσεις της αποδοτικότητας με τις αρχικές μηχανικές προσεγγίσεις της. Το μοντέλο CCR βασίζεται στην οριοθέτηση μιας περιοχής παραγωγικών δυνατοτήτων. Η περιοχή αυτή ορίζεται από ένα όριο, πάνω από το οποίο οι μονάδες είναι απολύτως αποδοτικές (Thanassoulis, 2001 : 19 – 23). Οι μονάδες που βρίσκονται επάνω από το αποδοτικό όριο, κατά την επίλυση της DEA έχουν τεχνική αποδοτικότητα ίση με τη μονάδα. Η DEA, σαν μέθοδος γραμμικού προγραμματισμού περιλαμβάνει εξισώσεις για την τεχνική αποδοτικότητα κάθε μονάδας, σε συνάρτηση με τις εισροές και τις εκροές κάθε μονάδας. Η επίλυση της κάθε εξίσωσης, αναζητά εάν

η τεχνική αποδοτικότητα της κάθε μονάδας μπορεί να φτάσει στη μονάδα και αυτό πρέπει να γίνεται με το συγκεκριμένο αριθμό εισροών και εκροών. Το μοντέλο CCR δέχεται τη σταθερή επιστροφή στην κλίμακα (steady return to scale), δηλαδή ότι μια αύξηση στις εισροές παράγει μια ανάλογη αύξηση στις εκροές. Αυτή η υπόθεση, που προκύπτει από τη φύση των εξισώσεων του μοντέλου, είναι κατ' αρχήν περιοριστική, αφού στην πραγματική οικονομία η σταθερή επιστροφή στην κλίμακα συμβαίνει σε ορισμένες μόνο εισροές ή εκροές. Αρχικά δίνονται στο μοντέλο οι πληροφορίες σχετικά με τις εισροές και τις εκροές. Στη συνέχεια, συγκρίνεται η τεχνική αποδοτικότητα μιας συγκεκριμένης μονάδας με άλλες παραγωγικές μονάδες και βρίσκεται εάν η συγκεκριμένη μονάδα βρίσκεται επί του παραγωγικού ορίου. Σε ένα μοντέλο με σταθερή επιστροφή στην κλίμακα, όπως το CCR, παρέχει πληροφορίες για την καθαρή αποδοτικότητα και την αποδοτικότητα κλίμακας και για τα δύο μεγέθη μαζί (Lee, 2009).

Στη συνέχεια αναπτύχθηκε ένα πιο σύγχρονο μοντέλο, αυτό των Banker, Charnes και Cooper (1984), το οποίο πήρε το όνομα BCC από τα αρχικά των ερευνητών. Το μοντέλο αυτό μετράει κυρίως την τεχνική αποδοτικότητα (ή παραγωγική αποδοτικότητα) αλλά και άλλα μεγέθη αποδοτικότητας της παραγωγικής διαδικασίας (Banker, Charnes & Cooper, 1984). Το μοντέλο ορίζει και υπολογίζει επιπλέον τουλάχιστον δύο μεγέθη αποδοτικότητας, την καθαρή αποδοτικότητα (η οποία αναφέρεται και ως καθαρή αποδοτικότητα) και την αποδοτικότητα κλίμακας. Μετά από τον υπολογισμό των δύο αυτών μεγεθών, η τεχνική αποδοτικότητα (η οποία αναφέρεται και ως ολική τεχνική αποδοτικότητα) υπολογίζεται από το γινόμενο τους. Το μοντέλο αυτό διακρίνει την καθαρή αποδοτικότητα από την αποδοτικότητα κατανομής, οι οποίες μαζί αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως «Free Disposability ή Postulate». Το μοντέλο BCC, διακρίνει την τεχνική αποδοτικότητα σε καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας σε αντίθεση με το μοντέλο CCR το οποίο ασχολείται μόνο με την τεχνική αποδοτικότητα, χωρίς επιμέρους διάκριση. Οπότε η σχέση υπολογισμού της τεχνικής αποδοτικότητας σύμφωνα με το μοντέλο BCC, μπορεί να γραφεί ως εξής (Kaitelidou et al., 2016):

$$[\text{τεχνική αποδοτικότητα}] = [\text{καθαρή αποδοτικότητα}] \times [\text{αποδοτικότητα κλίμακας}]$$

Το μοντέλο αυτό ασχολείται με τη μεταβλητή επιστροφή στην κλίμακα (variable return to scale), δηλαδή δέχεται ότι αύξηση των εισροών δύναται να έχει όχι απαραίτητα αναλογική αύξηση των εκροών, αλλά και κατά μεγαλύτερο βαθμό αύξηση των εκροών (αύξουσα επιστροφή στην κλίμακα) ή κατά μικρότερο βαθμό αύξηση των εκροών (φθίνουσα επιστροφή στην κλίμακα), μια κατάσταση που προσομοιάζει καλύτερα στην πραγματική κατάσταση της οικονομίας από ότι η πρόβλεψη του προηγούμενου μοντέλου. Το μοντέλο BCC εξετάζει και τις τρεις δυνατές καταστάσεις, δηλαδή την σταθερή, την αύξουσα και τη φθίνουσα επιστροφή στην κλίμακα. Το μοντέλο BCC διαχωρίζει το

έλλειμμα της τεχνικής αποδοτικότητας από το έλλειμμα της αποδοτικότητας κατανομής. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα προσανατολισμού της επίλυσης των εξισώσεων, δηλαδή εάν τεθεί προσανατολισμός στη μείωση των εισροών με σταθερές τις εκροές, ή προσανατολισμός στην αύξηση των εκροών με σταθερές τις εισροές, δύο διαφορετικές καταστάσεις που δύνανται να διαφοροποιήσουν την κατάταξη των μονάδων ως προς την τεχνική αποδοτικότητα τους. Σε ένα μοντέλο μεταβλητής επιστροφής στην κλίμακα, όπως το BCC, παρέχονται πληροφορίες για την καθαρή αποδοτικότητα διαχωρίζοντας την από την αποδοτικότητα κλίμακας (Lee, 2009).

Η μέθοδος DEA χρησιμοποιεί το λόγο των σταθμισμένων αθροισμάτων των εκροών προς τις εισροές. Οι εισροές και οι εκροές των μονάδων δεν είναι μονοσήμαντα συνδεδεμένες μεταξύ τους, αλλά είναι συνδεδεμένες με περίπλοκο τρόπο. Εξαιτίας της περιπλοκότητας της σύνδεσης των εισροών με τις εκροές, ο απλός λόγος μιας εκροής προς μια εισροή που χρησιμοποιείται σε άλλες μεθόδους δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί. Τα μοντέλα CCR και BCC είναι σύνθετα μοντέλα εκτίμησης αποδοτικότητας οργανισμών με τη μέθοδο DEA τα οποία σταθμίζουν ανά περίπτωση το γινόμενο ενός συνδυασμού εκροών προς συνδυασμό εισροών. Η μέθοδος DEA δέχεται ότι μεταξύ της εισροής και της εκροής λαμβάνει χώρα μια διαδικασία μετασχηματισμού και ότι η διαχείριση των εισροών καθορίζει την ποιότητα και την ποσότητα των εκροών (Charnes et al., 2013). Οι μονάδες των οποίων η αποδοτικότητα μετράται, οφείλουν να είναι ομοειδείς, δηλαδή να καταναλώνουν τις ίδιες εισροές και να παράγουν τις ίδιες εκροές και να έχουν κάποιου είδους αυτονομία (αυτενέργεια) στη λήψη των αποφάσεων, να μην είναι η παραγωγή τους απόλυτα προκαθορισμένη. Οι μονάδες διαχωρίζονται σε αποδοτικές και μη αποδοτικές. Ο χαρακτηρισμός μιας μονάδας ως αποδοτική ή μη εξαρτάται και από τη βαθμονόμηση των βαρών. Τα βάρη είναι συντελεστές που προσδίδουν βαρύτητα σε κάποια εισροή ή εκροή έναντι κάποιας άλλης και η εύρεση της δυνατότητας ύπαρξης βαρών που να εκπληρώνουν τη συνθήκη κατά πόσο μια μονάδα βρίσκεται στο αποδοτικό όριο, είναι κομβικής σημασίας. Τα βάρη δύνανται να υπόκεινται σε κάποιους περιορισμούς, η ύπαρξη των οποίων προσδίδει μια υποκειμενικότητα στη μέθοδο. Η μέθοδος DEA περιορίζεται από την ύπαρξη μικρού αριθμού συγκρινόμενων μονάδων σε σχέση με τον αριθμό των εισροών και των εκροών. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί.

Οι μονάδες λήψης απόφασης τοποθετούνται σε ορθοκανονικό σύστημα αξόνων προκειμένου να είναι συγκρίσιμες ως προς την αποδοτικότητα τους. Στον οριζόντιο άξονα του διαγράμματος μετρώνται οι εισροές της κάθε μονάδας, ενώ στον κατακόρυφο άξονα οι εκροές. Έστω ότι ευρίσκονται στη διάθεση της μελέτης οκτώ μονάδες λήψης απόφασης, με διάφορες τιμές εισροών και εκροών η κάθε μία. Οι μονάδες αυτές ονομάζονται με γράμματα του αλφαβήτου

(A,B,Γ,Δ,E,Z,H). Κάθε μονάδα τοποθετείται στο διάγραμμα με βάση τις εκροές και τις εισροές της. Το διάγραμμα αυτό φαίνεται στην εικόνα 4.3 (βασισμένο σε Σμυρλής, 2003 : 15).

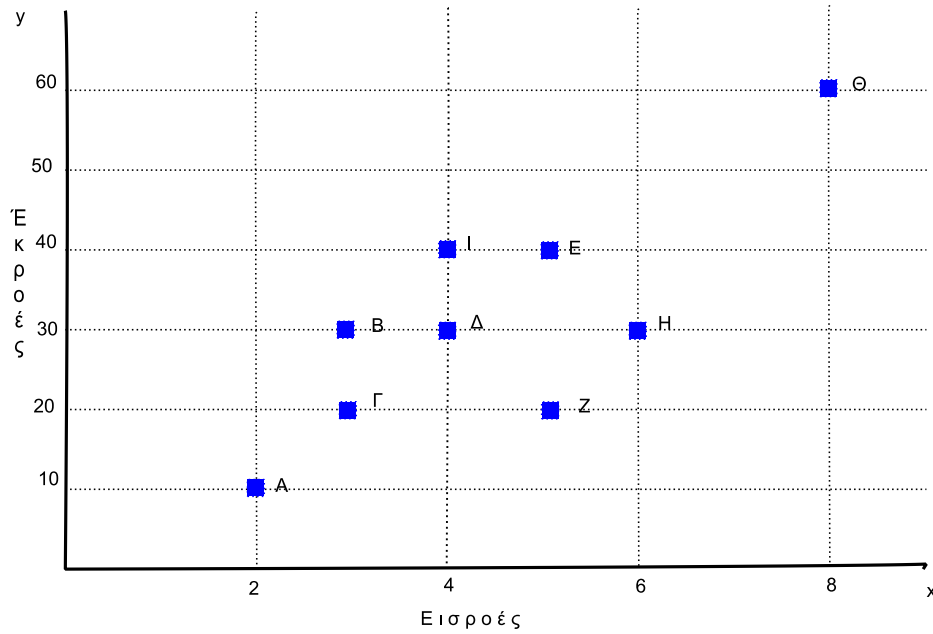
Τα όρια αποδοτικότητας (ή σύνορα αποδοτικότητας), είναι σύνορα μεταξύ περιοχών στις οποίες όταν βρίσκεται μια μονάδα λήψης απόφασης είναι αποδοτική, και περιοχής στην οποία όταν βρίσκεται μια μονάδα είναι αναποδοτική. Τα όρια αποδοτικότητας σχεδιάζονται στο ορθοκανονικό σύστημα αξόνων, ενώνοντας τα σημεία των μονάδων οι οποίες έχουν βρεθεί να είναι αποδοτικές. Η αποδοτικότητα της μονάδας καθορίζεται από την κλίση της ευθείας που περνάει από το σημείο της αρχής των αξόνων και το σημείο στο οποίο βρίσκεται η μονάδα. Οι πιο αποδοτικές μονάδες στην περίπτωση αυτή είναι οι μονάδες B και I. Οι υπόλοιπες μονάδες είναι οι μη αποδοτικές μονάδες. Τα όρια αποδοτικότητας σχεδιάζονται στο ορθοκανονικό σύστημα αξόνων, ενώνοντας τα σημεία των μονάδων οι οποίες έχουν βρεθεί να είναι αποδοτικές (Σμυρλής, 2003 : 15). Τα όρια αποδοτικότητας σταθερής και μεταβλητής επιστροφής κλίμακας φαίνονται στην εικόνα 4.4.

Η ευθεία που διέρχεται από τις πιο αποδοτικές μονάδες B και I είναι η ευθεία του ορίου αποδοτικότητας. Το όριο αποδοτικότητας (efficient frontier) αυτό, είναι το όριο αποδοτικότητας της σταθερής επιστροφής στην κλίμακα (steady return to scale - SRC). Η σταθερή επιστροφή στην κλίμακα αναφέρεται στο μοντέλο των Charnes, Cooper & Rhodes (CCR). Η περιοχή που περιβάλλεται δια του ορίου αυτού ως προς την αποδοτικότητα της, λέγεται σύνολο παραγωγικών δυνατοτήτων (production possibility set). Παρόλο που οι μονάδες B και I είναι οι πιο αποδοτικές από όλες, δεδομένου ότι βρίσκονται στη γραμμή με τη μεγαλύτερη κλίση και άλλες μονάδες είναι επάξια αποδοτικές. Οι μονάδες αυτές είναι επιπλέον οι A και Θ. Πράγματι, η γραμμή που προκύπτει από την ένωση των σημείων των τεσσάρων αυτών μονάδων, δηλαδή η γραμμή ABIΘ ορίζει ένα νέο ευρύτερο αποδοτικό όριο. Στην περίπτωση αυτή, αυτό που απαιτείται από το μοντέλο των Banker, Charnes & Cooper είναι η γραμμή αυτή που σχηματίζεται ώστε σε κανένα σημείο της να μη δημιουργεί κυρτότητα προς τα έξω. Το όριο αποδοτικότητας σύμφωνα με το μοντέλο BCC αναφέρεται στη μεταβλητή επιστροφή στην κλίμακα.



Εικόνα 4.3

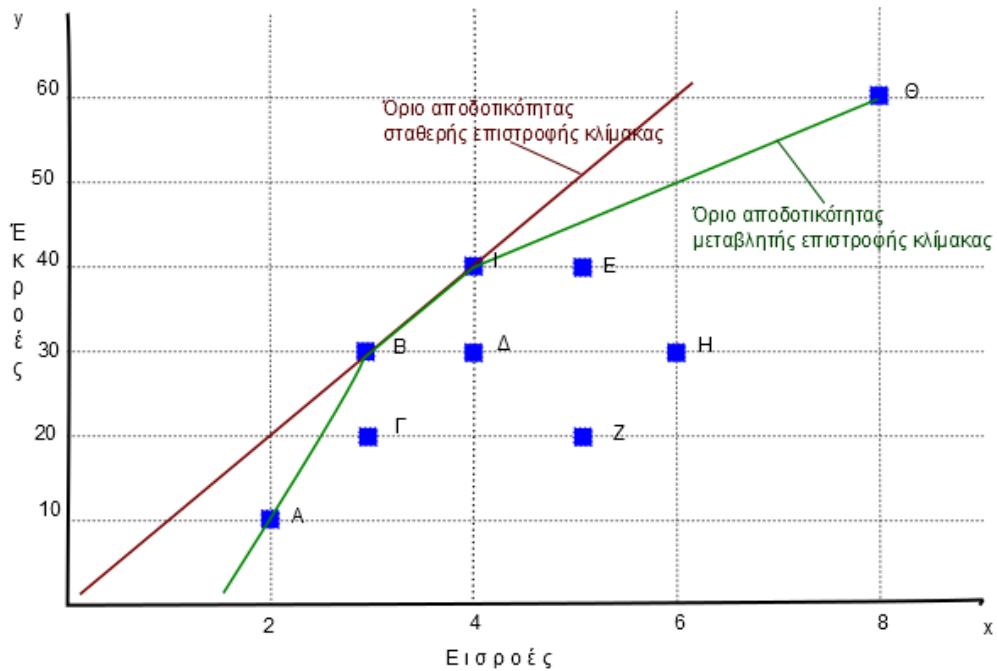
Μονάδες λήψης απόφασης τοποθετημένες με τις τιμές εισροών και εκροών τους



Πηγή : βασισμένο σε Σμυρλής, 2003

Εικόνα 4.4

Όρια αποδοτικότητας σταθερής και μεταβλητής επιστροφής κλίμακας

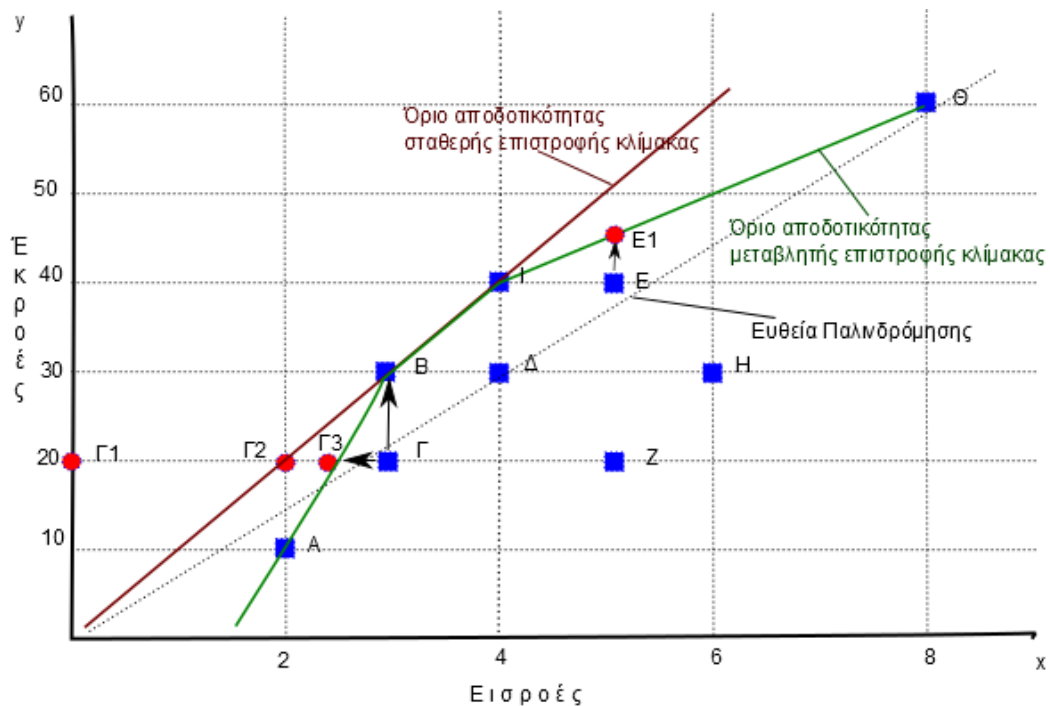


Πηγή : βασισμένο σε Σμυρλής, 2003

Η μονάδα Θ σε σχέση με τη μονάδα Ι έχει μεγαλύτερες εισροές αλλά και εκροές. Ως προς το μοντέλο CCR η μονάδα Θ είναι εκτός του αποδοτικού ορίου, ενώ ως προς το μοντέλο BCC είναι επάνω στο αποδοτικό όριο. Το μοντέλο BCC θεωρεί μεγαλύτερο αριθμό μονάδων αποδοτικές σε σχέση με το μοντέλο CCR και με τον τρόπο αυτό αυξάνει τον αριθμό των μονάδων που θέτει επί του αποδοτικού ορίου. Το τμήμα AB χαρακτηρίζεται ως κλίμακα αυξανόμενων αποδόσεων (IRS - μικρές αυξήσεις στις εισόδους συνεπάγονται μεγάλες αυξήσεις στις εξόδους) ενώ το τμήμα ΙΘ χαρακτηρίζεται ως κλίμακα μειούμενων αποδόσεων (DRS - μεγάλες αυξήσεις στις εισόδους συνεπάγονται μικρές αυξήσεις στις εξόδους).

Η μονάδα Γ μπορεί μειώνοντας τις εισροές της να παει στη θέση Γ3 και να τεθεί εντός του αποδοτικού ορίου (CCR). Αν μειώσει περαιτέρω τις εισροές της, μπορεί να πάρει τη θέση της Γ και με τον τρόπο αυτό να τεθεί επί του αποδοτικού ορίου κατά CRS. Εάν τώρα η μονάδα Γ αυξήσει τις εκροές της διατηρώντας τις εισροές αμετάβλητες, τότε μπορεί να τεθεί επί του αποδοτικού ορίου καταλαμβάνοντας τη θέση Ε1. Η μονάδα Ε η οποία είναι μια αποδοτική, μπορεί αυξάνοντας τις εκροές της να τεθεί εντός του VRS αποδοτικού ορίου. Η αξία της μεθόδου DEA είναι αυτή : ότι καταδεικνύει τη μεταβολή στις εισροές και στις εκροές που πρέπει να πραγματοποιήσει μια μονάδα ώστε να βρεθεί στο αποδοτικό όριο. Η γραφική παράσταση των ορίων αποδοτικότητας σύμφωνα με τη μέθοδο DEA φαίνεται στην εικόνα 4.5.

**Εικόνα 4.5**  
**Όρια αποδοτικότητας σύμφωνα με τη μέθοδο DEA**



Πηγή : βασισμένο σε Σμυρλής, 2003

Οι αποδοτικότητες μιας μονάδας (για παράδειγμα της μονάδας Γ) δίνονται από τις παρακάτω σχέσεις:

Η τεχνική αποδοτικότητα (ή σχετική CRS αποδοτικότητα) της μονάδας Γ δίδεται από τη σχέση:

$$[\text{Τεχνική αποδοτικότητα}] = \Gamma_1\Gamma_2 \div \Gamma\Gamma_1$$

Η καθαρή αποδοτικότητα (ή σχετική VRS αποδοτικότητα) της μονάδας Γ δίδεται από τη σχέση:

$$[\text{Καθαρή αποδοτικότητα}] = \Gamma_1\Gamma_3 \div \Gamma\Gamma_1 = (\Gamma_1\Gamma_3 \div \Gamma_1\Gamma_2) \times (\Gamma_1\Gamma_2 \div \Gamma\Gamma_1)$$

Η αποδοτικότητα κλίμακας (scale efficiency – SE) της μονάδας Γ δίδεται από τη σχέση

$$[\text{Αποδοτικότητα κλίμακας}] = [\text{τεχνική αποδοτικότητα}] \div [\text{καθαρή αποδοτικότητα}]$$

Αποδοτικότητα κλίμακας ονομάζεται ο πρώτος παράγων  $(\Gamma_1\Gamma_3 \div \Gamma_1\Gamma_2)$ , οφειλόμενη στην κλίμακα αποδόσεων. Η αποδοτικότητα κλίμακας διαφέρει από την τεχνική αποδοτικότητα γιατί απαιτεί τη μεταβολή κάποιας εισόδου ώστε να μεταβληθεί η έξοδος και να εξαλειφθεί η μη αποδοτικότητα. Για να εξακριβωθεί η μη αποδοτικότητα κλίμακας μπορεί να αποδοθούν στις εισόδους και τις εξόδους κάποια βάρη για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν αποδόσεις κλίμακας. Η αποδοτικότητα κλίμακας εξετάζει ποιο πρέπει να είναι το κατάλληλο σύνολο εισόδων με βάση τα βάρη των εισόδων.

Καθαρή Αποδοτικότητα (pure technical efficiency) ονομάζεται ο δεύτερος παράγων  $\Gamma_1\Gamma_3 \div \Gamma\Gamma_1$ . Η καθαρή αποδοτικότητα έχει την έννοια της αδυναμίας μείωσης της εισόδου χωρίς αύξηση της μείωση της εξόδου, και την αδυναμία αύξησης της εξόδου χωρίς μείωση της εισόδου.

#### 4.3.3 Το μοντέλο *window-DEA* και ο δείκτης *Malmquist*

Ο Yue (1992), αναφέρθηκε σε έναν τύπο ανάλυσης ευαισθησίας για τη μέθοδο DEA που χρησίμευε για την μέτρηση της αποδοτικότητας σε εκτεταμένες χρονικές περιόδους, σε αντίθεση με τα προηγούμενα σταθερά μοντέλα που ήταν προσανατολισμένα περισσότερο στην μέτρηση της αποδοτικότητας σε μια χρονική στιγμή και το μοντέλο αυτό ονομάστηκε *window-DEA*. Μετά το 1994 αναπτύχθηκε περαιτέρω η ανάλυση *window-DEA*, μια τεχνική ανάλυσης που χρησιμοποιεί παράθυρα (ομαδοποιήσεις παρατηρήσεων), ως έναν τομέα εξελισσόμενης έρευνας που επέκτεινε τα κλασικά μοντέλα της DEA. Αντιμετώπισαν το πρόβλημα της επιλογής του πλάτους σε ένα παράθυρο (όπως αυτό αναλύεται παρακάτω) και την ευαισθησία λύσεων DEA για το πλάτος του παραθύρου μέσω δοκιμών και σφαλμάτων (Charnes, Cooper & Seiford, 1994 ; Charnes et al., 2013).

Η μέθοδος window-DEA αντιμετωπίζει ένα βασικό μειονέκτημα των κλασικών μοντέλων DEA, το οποίο εμποδίζει την σύγκριση των αποτελεσμάτων με την πάροδο του χρόνου δυσκολεύοντας την εκτίμηση των αλλαγών της αποδοτικότητας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέτρα αποδοτικότητας καθορίζονται σε σχέση με τα όρια βέλτιστων πρακτικών του υπό εξέταση δείγματος και κατά συνέπεια μονάδες που είναι αποδοτικές έχουν την ιδιότητα αυτή μόνο στα πλαίσια του συγκεκριμένου δείγματος. Επομένως, δεν είναι σημαντικό να συγκριθούν οι βαθμολογίες διαφορετικών δειγμάτων, αφού οι υπολογισμοί βασίζονται σε διαφορετικά σύνορα βέλτιστων πρακτικών των οποίων οι διαφορές δεν είναι γνωστές. Έτσι, η σύγκριση του ίδιου συνόλου μονάδων σε διαφορετικές χρονικές περιόδους είναι αφισβητίσιμη. Έτσι, η εκτίμηση διευρύνεται από τη συγχρονη προοπτική που αναφέρεται σε μια μόνο χρονική περίοδο, στη διαχρονική προοπτική όπου υπολογίζεται ένα κοινό σύνορο για όλη την περίοδο (Flokou, Altetras & Niakas, 2017).

Η window-DEA είναι μια μη παραμετρική προσέγγιση, με μια ατομική διάσταση για τον προσδιορισμό της μονάδας και μια χρονική διάσταση για το χρόνο, με αποτέλεσμα να δίδει αποδοτικότητες με ένα διπλό χαρακτηρισμό σε συνάρτηση με τη μονάδα και το χρόνο. Υπολογίζει την αποδοτικότητα κάθε μονάδας μιας ομάδας μονάδων, λαμβάνοντας υπόψη την αποδοτικότητα των μονάδων μέσα στο χρόνο, όσο και την αποδοτικότητα των σχετικά πιο αποδοτικών μονάδων μέσα στην ομάδα. Χρησιμοποιεί δύο οικονομικούς δείκτες, την τεχνική αποδοτικότητα και την αποδοτικότητα κλίμακας, για την εκτίμηση του παραγωγικού συνόρου. Μέσω των αποτελεσμάτων της αποδοτικότητας και με την παραδοχή μιας ομοιογενούς τεχνολογίας, η μέθοδος καταδεικνύει πως οι αποδοτικές διαδικασίες διαχειρίζονται τις εισροές τους, λαμβάνοντας υπόψη τις παρελθούσες επιδόσεις τους και την τρέχουσα αξιολόγηση τους. Επιπλέον, εντοπίζει τις πηγές της αναποδοτικότητας ως ένα στοιχείο για να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες διαχείρισης και να διαμορφώσει πολιτική που θα επιτρέψει στους διαχειριστές να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους (Pulina, M., Detotto, C. & Paba, A. 2010).

Μια ανάλυση window-DEA λειτουργεί με βάση την αρχή των κινητών μέσων όρων και είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό των τάσεων αποδοτικότητας μιας μονάδας με την πάροδο του χρόνου. Κάθε μονάδα σε διαφορετική περίοδο αντιμετωπίζεται σαν να ήταν διαφορετική μονάδα. Με αυτόν τον τρόπο, η αποδοτικότητα μιας μονάδας σε μια συγκεκριμένη περίοδο έρχεται σε αντίθεση με τη δική της αποδοτικότητα σε άλλες περιόδους και προσθετικά με την αποδοτικότητα των άλλων μονάδων. Αυτό αυξάνει τον αριθμό σημείων δεδομένων στην ανάλυση, τα οποία μπορεί να είναι χρήσιμα όταν μια μελέτη ασχολείται με μικρά δείγματα. Μεταβάλλοντας το πλάτος του παραθύρου, δηλαδή τον αριθμό των χρονικών περιόδων που περιλαμβάνονται στην ανάλυση, επιτυγχάνεται κάλυψη του φάσματος από τη σύγχρονη ανάλυση, η οποία περιλαμβάνει μόνο

παρατηρήσεις από μία χρονική περίοδο, έως τη διαχρονική ανάλυση, η οποία περιλαμβάνει παρατηρήσεις από ολόκληρη την περίοδο μελέτης (Tulkens & Vanden Eeckaut, 1995). Σε μία ανάλυση παραθύρου, το πλάτος του παραθύρου μπορεί να είναι μεταξύ μιας έως όλων των περιόδων, οπότε η ανάλυση παραθύρου θεωρείται ως μια ειδική περίπτωση διαδοχικής ανάλυσης. Σε μια διαδοχική ανάλυση ωστόσο, θεωρείται ότι αυτό που ήταν εφικτό στο παρελθόν παραμένει εφικτό και συνεπώς στην ανάλυση περιλαμβάνονται όλες οι προηγούμενες παρατηρήσεις. Στη window-DEA ανάλυση αυτό δεν συμβαίνει, αλλά μόνο οι παρατηρήσεις εντός συγκεκριμένου αριθμού χρονικών περιόδων, δηλαδή ένα παράθυρο μόνο, λαμβάνεται υπόψη. Έτσι, ο αριθμός των παρατηρήσεων σε κάθε ανάλυση παραμένει σταθερός. Μόλις καθοριστεί το παράθυρο, οι παρατηρήσεις μέσα σε αυτό το παράθυρο προβάλλονται με διαχρονικό τρόπο και η ανάλυση ως εκ τούτου αναφέρεται περιγραφικά ως τοπική διαχρονική ανάλυση. Αφού όλες οι μονάδες μετρώνται μέσα σε ένα παράθυρο, αυτό υπονοεί σιωπηρά ότι δεν υπάρχουν τεχνικές αλλαγές μεταξύ των παραθύρων. Η απουσία εντοπισμού τεχνικών αλλαγών είναι ένα μειονέκτημα της window-DEA. Χρησιμοποιώντας ένα στενό πλάτος παραθύρου το πρόβλημα αυτό ελαχιστοποιείται. Για να δώσει μια ανάλυση window-DEA αξιόπιστα αποτελέσματα, το πλάτος του παραθύρου πρέπει να επιλεγεί έτσι, ώστε να είναι λογικό ότι η τεχνολογική αλλαγή σε κάθε παράθυρο είναι αμελητέα (Asmild, Paradi, Aggarwall & Schaffnit, 2004).

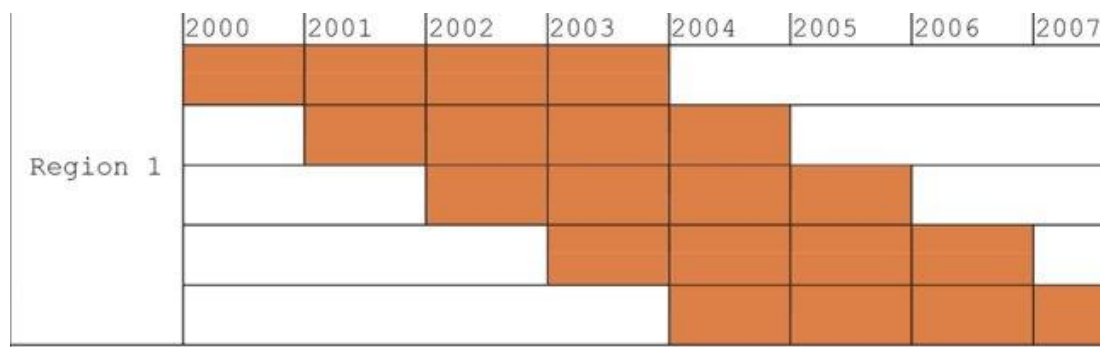
Μια window-DEA ανάλυση γενικεύει την έννοια των κινητών μέσων όρων για τον εντοπισμό των τάσεων μεταβολής της σχετικής αποδοτικότητας των μονάδων με το πέρασμα του χρόνου. Η ίδια μονάδα όταν συμμετέχει σε ένα άλλο παράθυρο θεωρείται τελείως διαφορετική. Με τον τρόπο αυτό επιτρέπεται η σύγκριση της αποδοτικότητας της μονάδας σε μια συγκεκριμένη περίοδο, σε σχέση με τη συμπεριφορά της σε άλλες χρονικές περιόδους. Όσον αφορά την επιλογή ενός παραθύρου το οποίο περιλαμβάνει ορισμένο αριθμό χρονικών περιόδων, το παράθυρο πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μικρότερο για να ελαχιστοποιηθεί μια άδικη σύγκριση που μπορεί να πραγματοποιηθεί στο χρόνο (σε μεγαλύτερο παράθυρο), αλλά και αρκετά μεγάλο ώστε να έχει επαρκές μέγεθος δείγματος. Επίσης, η window-DEA ανάλυση μπορεί να αυξήσει φαινομενικά τον αριθμό των παρατηρούμενων μονάδων, γεγονός που εξυπηρετεί σε δείγματα που περιλαμβάνουν μικρό αριθμό μονάδων (Yang & Chang, 2009).

Η δομή του μοντέλου window-DEA για μια περιοχή αξιολόγησης φαίνεται στην εικόνα 4.6 (Polyzos, Niavis & Pnevmatikos, 2012 : 57). Η εκτίμηση της αποδοτικότητας για την περίπτωση αυτή γίνεται μεταξύ των ετών 2000 και 2007. Στη συγκεκριμένη περίπτωση δημιουργούνται τα λεγόμενα παράθυρα (windows), τα οποία συνεισφέρουν σε μια λεπτομερέστερη αποτύπωση της αποδοτικότητας λαμβάνοντας υπόψη τα γειτονικά έτη. Το πρώτο παράθυρο δημιουργείται μεταξύ των ετών 2000 έως 2003. Σε αυτό το παράθυρο των τεσσάρων ετών, η αποδοτικότητα μιας

μονάδας υπολογίζεται σε σχέση με τη σχετική θέση της μονάδας από πλευράς αποδοτικότητας κατά τη συνολική περίοδο των ετών 2000 έως 2003. Για το κάθε έτος, η τιμή της αποδοτικότητας μιας μονάδας υπολογίζεται με βάση τις τιμές της αποδοτικότητας όλων των μονάδων κατά τα τέσσερα γειτονικά έτη. Το ίδιο επαναλαμβάνεται στο επόμενο παράθυρο που περιλαμβάνει τα έτη 2001 έως 2004. Αυτό εξακολουθεί και στα επόμενα παράθυρα, έως το τέλος της συνολικής χρονικής περιόδου. Στη συνέχεια, η αποδοτικότητα υπολογίζεται από τον κατακόρυφο μέσο όρο των τιμών των αποδοτικότητας για μια συγκεκριμένη χρονιά. Για το έτος 2003, παρατηρούμε ότι κατακόρυφα θα προκύψουν τέσσερις τιμές, ο μέσος όρος των οποίων θα δώσει την αποδοτικότητα για τη χρονιά αυτή. Σε μια πιο ακραία χρονιά, όπως το 2006, μόνο δύο τιμές της αποδοτικότητας θα συνεισφέρουν στο μέσο όρο. Όπως έχει υπολογιστεί, το μοντέλο window-DEA, χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία αυτή, δίνει πολύ πιο ακριβή αποτελέσματα για τη μεταβολή της αποδοτικότητας συναρτήσει του χρόνου σε εκτεταμένες χρονικές περιόδους και πολύ πιο ακριβείς από ένα σύνολο μεμονωμένων μελετών ανά έτος που δίνουν μια μοναδική τιμή της αποδοτικότητας ανά έτος, οι οποίες προκύπτει από τα κλασσικά μοντέλα. Τα κλασσικά μοντέλα, δεν είναι αξιόπιστα για την εκτίμηση της αποδοτικότητας (και τη σχετική κατάταξη των μονάδων) για εκτεταμένες χρονικές περιόδους (πάνω από μια χρονιά) σε σχέση με το μοντέλο window-DEA.

**Εικόνα 4.6**

**Η δομή μοντέλου window-DEA για μια περιοχή αξιολόγησης**



Πηγή : Polyzos, Niavis & Pnevmatikos, 2012

Ο δείκτης παραγωγικότητας Malmquist αποτελεί μια προσέγγιση που βασίζεται στη μεθοδολογία DEA και χρησιμοποιείται συχνά μαζί με τη W-DEA, στην εκτίμηση της μεταβολής της παραγωγικότητας μονάδων ή και του συνόλου των μονάδων σε μια εκτεταμένη χρονική περίοδο (Fare, Grosskopf, Lindgren & Roos, 1994 : 81 - 83). Ο δείκτης αυτός εισήχθηκε αρχικά ως δείκτης ποσότητας για χρήση σε ανάλυση κατανάλωσης το 1953 από τον οικονομολόγο Malmquist (Egilmez & McAvoy, 2013). Ο ποσοτικός αυτός δείκτης εισήχθη στην ανάλυση παραγωγής δημιουργώντας το δείκτη Malmquist Productivity Analysis ή MPI (Caves, Christensen & Diewert, 1982). Ο δείκτης Malmquist απαντά στα εξής ερωτήματα (Hulten, 2001):

- Πόσες εκροές μπορεί να παράγει μια μονάδα σε μια περίοδο (ή περιοχή) A, εάν χρησιμοποιούσε την τεχνολογία της περιόδου B με τις εισροές της περιόδου B;
- Πόσες εκροές μπορεί να παράγει μια μονάδα σε μια περίοδο B, εάν χρησιμοποιούσε την τεχνολογία της περιόδου A με τις εισροές της περιόδου A;

Ο δείκτης παραγωγικότητας Malmquist είναι ο γεωμετρικός μέσος των απαντήσεων σε αυτές τις δύο ερωτήσεις. Εάν η εκροή της περιόδου A θα κοβόταν στο μισό εάν ήταν αναγκασμένη να χρησιμοποιήσει την τεχνολογία της άλλης περιόδου, ενώ η εκροή στην περίοδο B διπλασιαζόταν αντίστοιχα, ο δείκτης Malmquist θα έδειχνε ότι η τεχνολογία της περιόδου A θα ήταν διπλά παραγωγική (Hulten, 2001).

Μια εκτεταμένη περίοδος στην οποία χρησιμοποιείται ο δείκτης, διακρίνεται σε υποπεριόδους στις οποίες συμβαίνουν αλλαγές στα δομικά και οργανωσιακά συστήματα, κλινικές τεχνολογίες και υιοθέτηση τεχνολογιών πληροφορικής και συστημάτων, δηλαδή αλλαγές στην τεχνολογία του οργανισμού. Ο δείκτης Malmquist χρησιμεύει στην μέτρηση των παρακάτω μεγεθών κατά τη διάρκεια των υποπεριόδων και της συνολικής περιόδου (Ozcan & Luke, 2011):

- αλλαγή αποδοτικότητας που μετρά την αλλαγή τεχνικής αποδοτικότητας μιας μονάδας ή συγκρίνει την τεχνική αποδοτικότητα σε σχέση με τα μετρημένα όρια αποδοτικότητας κάθε έτους και
- τεχνική αλλαγή που μετρά τη μετατόπιση των συνόρων που αντιμετωπίζει κάθε μονάδα σε σχέση με το παρατηρούμενο μίγμα εισροών.

Και η εξίσωση με την οποία υπολογίζεται συναρτήσει των δύο αυτών μεγεθών δίδεται από την εξής σχέση :

$$[\text{Δείκτης malmquist}] = [\text{Αλλαγή τεχνικής αποδοτικότητας}] \times [\text{τεχνολογική αλλαγή}]$$

$$\text{MPI} = \text{EC} \times \text{TC}$$

η οποία με την ανάλυση της τεχνικής αποδοτικότητας στα συστατικά της μετατρέπεται σε :

$$[\text{Δείκτης Malmquist}] = [\text{Αλλαγή καθαρής αποδοτικότητας}] \times [\text{αλλαγή αποδοτικότητας κλίμακας}] \times [\text{τεχνολογική αλλαγή}]$$

$$\text{MPI} = \text{PEC} \times \text{SEC} \times \text{TC}$$

Η αλλαγή τεχνικής αποδοτικότητας είναι το πηλίκο μέτρων τεχνικής αποδοτικότητας για μια αρχική προς μια μεταγενέστερη χρονική περίοδο. Η τεχνολογική αλλαγή είναι διασταυρούμενα μέτρα αποδοτικότητας DEA που συγκρίνουν τα δεδομένα από μια περίοδο με τα μέτρα της παρακείμενης περιόδου (Plotlego, Nonvignon, Sambo, Asbu & Kirigia, 2010 ; Ozcan & Luke, 2011). Υπολογισμένος για κάθε μονάδα, ο προσανατολισμένος στην είσοδο δείκτης Malmquist ίσος με 1 σημαίνει ότι καμία αλλαγή στην παραγωγικότητα δεν έχει συντελεστεί για αυτή τη μονάδα, μικρότερος από 1 σημαίνει θετική μεταβολή της παραγωγικότητας ενώ μεγαλύτερος από 1 σημαίνει αρνητική μεταβολή της παραγωγικότητας, ενώ και το ίδιο συμβαίνει για τη αλλαγή της τεχνικής αποδοτικότητας και την τεχνολογική αλλαγή σε αυτές τις περιόδους. Για εποπτικούς λόγους όμως, ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν οι αντεστραμμένοι αριθμοί αυτών (Färe, Grosskopf, Lindgren & Roos, et al., 1992 ; Egilmez & McAvoy, 2013). Σε μια αξιολόγηση προσανατολισμένη στην είσοδο, εάν οι τιμές του δείκτη Malmquist και των συστατικών του είναι μικρότερα από 1, ίσο με 1 ή μεγαλύτερο από 1, αυτό υποδεικνύει πρόοδο, καμία αλλαγή ή οπισθοδρόμηση, αντίστοιχα (De Castro Lobo, Ozcan, da Silva, Lins & Fiszman, 2010). Σύμφωνα με τον Ramanathan (2003), εάν το μέγεθος της αλλαγής τεχνικής αποδοτικότητας είναι μεγαλύτερο του 1 υπάρχει μια αύξηση στην τεχνική αποδοτικότητα στο μετασχηματισμό εισροών σε εκροές, ενώ για τον συντελεστή που επιδρά στην τεχνολογική αλλαγή πρέπει να είναι μεγαλύτερο του 1 για να διαπιστώνεται η τεχνολογική αλλαγή. Η ερμηνεία της μεταβολής της παραγωγικότητας εξαρτάται από τον προσανατολισμό της μελέτης :



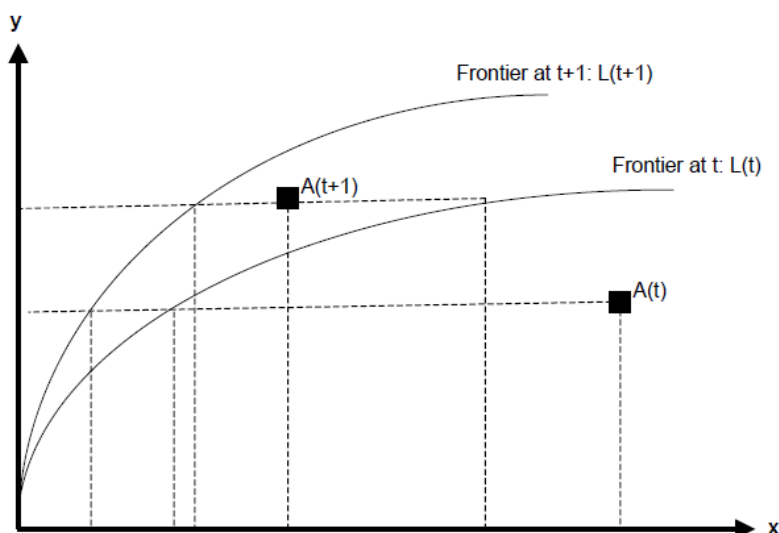
- εάν ο δείκτης Malmquist είναι προσανατολισμένος στις εισροές (input-oriented) μεγαλύτερη της μονάδας τιμή σημαίνει μείωση της παραγωγικότητας.
- Εάν είναι προσανατολισμένος στις εκροές (output-oriented) η μεγαλύτερη της μονάδας τιμή σημαίνει αύξηση της παραγωγικότητας.

Για την τεχνολογική αλλαγή δημιουργείται ένα παραγωγικό σύνολο για τις μονάδες, το οποίο όμως μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Μια μονάδα που είναι μη αποδοτική σε μια αρχική χρονική στιγμή, δύναται να βελτιώσει την αποδοτικότητά της σε μια μεταγενέστερη χρονική στιγμή. Ενώ όμως μπορεί να βρεθεί εντός του αποδοτικού συνόρου της αρχικής χρονικής στιγμής, λόγω της μετατόπισης του παραγωγικού συνόρου της τεχνολογικής αλλαγής, μπορεί η μονάδα αυτή να βρεθεί εκτός του νέου παραγωγικού συνόρου τεχνολογικής αλλαγής στη μεταγενέστερη χρονική στιγμή (De Castro Lobo, Ozcan, da Silva, Lins & Fiszman, 2010).

Η γραφική ερμηνεία του δείκτη παραγωγικότητας Malmquist, φαίνεται στην εικόνα 4.7 (Emrouznejad & Thanassoulis, 2010). Το σχηματιζόμενο όριο παραγωγής στη χρονική στιγμή  $t$  (Frontier at  $t : L(t)$ ), αντιπροσωπεύει το αποδοτικό επίπεδο παραγωγής, που μπορεί να παραχθεί από μια δεδομένη τιμή εισροών. Στη χρονική στιγμή  $t$ , η μονάδα  $A$  εμφανίζει αποδοτικότητα  $A(t)$  και τίθεται εκτός του αποδοτικού ορίου, όπως αυτό έχει δημιουργηθεί τη χρονική στιγμή  $t$ . Κατά τη χρονική στιγμή  $t+1$ , η μονάδα  $A$  μειώνει την εισροή και αυξάνει την εκροή της, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό την αποδοτικότητά της σε  $A(t+1)$ . Εάν το αποδοτικό όριο παρέμενε σταθερό στην καμπύλη που είχε τη χρονική στιγμή  $t$ , η μονάδα  $A$  θα ήταν επάνω από το παλιό αποδοτικό όριο όπως αυτό ίσχυε. Όμως, εξαιτίας του γεγονότος ότι το αποδοτικό όριο κατά τη χρονική στιγμή  $t+1$  έχει μεταβληθεί (Frontier at  $t+1 : L(t+1)$ ), η μονάδα  $A$  κατά τη χρονική στιγμή  $t+1$  βρίσκεται και πάλι εκτός του νέου αποδοτικού ορίου. Αυτό καταδεικνύει ότι το αποδοτικό όριο μεταβάλλεται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και επομένως απαιτείται η σύγκριση της αποδοτικότητας της μονάδας σε σχέση με το εκάστοτε αποδοτικό όριο που ισχύει τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

#### Εικόνα 4.7

#### Γραφική ερμηνεία του δείκτη παραγωγικότητας Malmquist



Πηγή : Emrouznejad & Thanassoulis, 2010

Ο δείκτης Malmquist εξειδικεύεται σε δύο μοντέλα ανάλογα με το σταθερό μοντέλο που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της αποδοτικότητας σε μια χρονική στιγμή (Egilmez & McAvoy, 2013 : 57) :

- Το FLGR μοντέλο, το οποίο βασίζεται στη σταθερή επιστροφή στην κλίμακα CRS (Färe, Grosskopf, Lindgren & Roos, 1992 : 81 -93).
- Το FGNL&FLGR μοντέλο, το οποίο βασίζεται στην μεταβλητή επιστροφή στην κλίμακα (Färe, Grosskopf, Norris & Zhang, 1994 : 66 - 79).

Ο δείκτης Malmquist ορίζεται με όρους συναρτήσεων απόστασης που αξιολογούνται με συνδυασμούς δεδομένων που παρατηρούνται. Αυτά τα δεδομένα παρατηρούνται σε κάποια περίοδο και αξιολογούνται με την τεχνολογία εκείνης ή της επόμενης περιόδου που μας λέει εάν οι παρατηρούμενοι συνδυασμοί εισροών ή εκροών έχουν βελτιωθεί σε σχέση με τη συγκεκριμένη τεχνολογία με την πάροδο του χρόνου (Grosskopf, 2003).

## 4.4 Πλεονεκτήματα DEA και συνολική μεταβολή της αποδοτικότητας

### 4.4.1 Σχέση της μεθόδου DEA με άλλες μεθόδους και την κατά Pareto

#### *Αποδοτικότητα*

Οι Akçay, Ertek & Buyukoskan (2012 : 9 - 10) αναγνωρίζουν το ρόλο της DEA ως ηγέτιδας μεθόδου μεταξύ των μη παραμετρικών μεθόδων μέτρησης αποδοτικότητας συστημάτων και οργανισμών. Ο λόγος που η DEA αποσπά τη διάκριση αυτή είναι εξαιτίας των πολλών πλεονεκτημάτων που εμφανίζει συγκριτικά με τις άλλες μεθόδους. Τέτοια πλεονεκτήματα αποτελούν τα εξής :

- η συγκριτική φύση της μεθόδου στην εκτίμηση της αποδοτικότητας των μονάδων και η δυνατότητα υποδείξεων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας στις υστερούσες μονάδες.
- Η δυνατότητα διαχείρισης ενός μεγάλου αριθμού εισροών και εκροών χωρίς να είναι γνωστή η σχέση ή η μη-σχέση μεταξύ των εισροών και των εκροών αυτών.
- Οι εισροές και εκροές δεν χρειάζονται να μετρώνται στις ίδιες μονάδες αλλά η κάθε εισροή ή εκροή έχει τη δικιά της μονάδα μέτρησης.
- Η αναποτελεσματικότητα δύναται να εντοπιστεί σε κάθε εισροή ή εκροή καθεμιάς μονάδας, δείχνοντας το συγκεκριμένο σημείο στο οποίο εμφανίζεται η αδυναμία της.
- Η μέθοδος απαιτεί σχετικά μικρή υπολογιστική ισχύ από αυτή που απαιτούν οι άλλες μέθοδοι και είναι δυνατή η επίλυση ενός αρκετά μεγάλου συστήματος μονάδων οργανισμών με έναν οικιακό υπολογιστή και προγράμματα ελευθέρου λογισμικού.
- Η μέθοδος προσφέρεται για την επίλυση μεγάλου πλήθους εξισώσεων στις οποίες συμμετέχει ένας μεγάλος αριθμός μονάδων λήψης απόφασης.

Ωστόσο, οι ίδιοι ερευνητές επισημαίνουν και κάποια μειονεκτήματα τα οποία εμφανίζει η DEA και τα οποία δυσχεραίνουν την εφαρμογή της σε ορισμένες περιπτώσεις. Τέτοια μειονεκτήματα είναι :

- η έλλειψη διαθεσιμότητας δεδομένων που παρουσιάζεται σε περιπτώσεις που κάποιος αποφασίζει να ασχοληθεί με τη μέθοδο και η έλλειψη αξιοπιστίας που πολλές φορές έχει αποδειχτεί ότι εκ των υστέρων συνοδεύει τα δεδομένα αυτά. Ορισμένες φορές υπάρχει έλλειψη στοιχείων μιας συγκεκριμένης μονάδας, η οποία μπορεί να οδηγήσει στο να αποκλεισθεί η συγκεκριμένη μονάδα από το μοντέλο.

- Τα ενδεχόμενα λάθη στα δεδομένα ή η ύπαρξη ακραίων σημείων στα δεδομένα μπορεί να επηρεάσει έντονα τα αποτελέσματα με αποτέλεσμα την παραγωγή λανθασμένων αποτελεσμάτων.
- Η μέθοδος μετρά μόνο τη σχετική απόδοση και κατατάσσει τις μονάδες συγκριτικά, θέτοντας ορισμένες μονάδες εντός του αποδοτικού ορίου, χωρίς να εξάγει αποτελέσματα για την απόλυτη αποδοτικότητα των αποδοτικών μονάδων. Εξαιτίας αυτής της κατάταξης, που δίνει ουσιαστικά τη δυνατότητα να εντοπιστούν οι μη αποδοτικές μονάδες και πόσο υστερούν από το αποδοτικό όριο, δεν μπορεί να συγκριθεί η αποδοτικότητα κάθε μονάδας με τη μέγιστη πραγματική τιμή της αποδοτικότητας.
- Ορισμένες φορές, έχει παρατηρηθεί ύστερα από ενδελεχή μελέτη των αποδοτικότητας μονάδων ότι τα αποτελέσματα μελετών DEA δεν αντιστοιχούν απόλυτα στην πραγματική οικονομική ζωή.

Η DEA είναι μέθοδος μέτρησης απόδοσης που μετρά τη σχετική αποδοτικότητα των μονάδων και την κατάταξη τους. Οι μονάδες των οποίων μετράται η αποδοτικότητα είναι όμοιες σε έργο και τεχνολογία και η σύγκριση γίνεται μεταξύ τους κατά φθίνουσα σειρά. Η δυνατότητα της DEA για καθορισμό κάποιας απόλυτης τιμής αποδοτικότητας είναι περιορισμένη. Στην κατάταξη μπορεί να βρεθεί η πιο αποδοτική μονάδα, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι είναι και η απόλυτα αποδοτική. Η μέτρηση της αποδοτικότητας βασίζεται στο βαθμό στον οποίο οι μονάδες μπορούν να αυξήσουν τις εκροές τους και να μειώσουν τις εισροές τους (Σαϊττης, 2015). Για την εύρεση της απόλυτης αποδοτικότητας στη μέθοδο DEA έχει εισαχθεί η έννοια της βέλτιστης αποδοτικότητας κατά Pareto. Η αποδοτικότητα κατά Pareto στη DEA είναι διαφορετική εάν η μέθοδος είναι προσανατολισμένη στις εισροές ή στις εκροές των μονάδων. Ο προσανατολισμός προς τις εισροές ή τις εκροές εξαρτάται από το ποιες από αυτές μπορεί να ελέγξει η μονάδα. Ο προσανατολισμός προς τις εισροές, πραγματοποιείται όταν η μονάδα έχει υπό τον έλεγχο της τις εισροές. Τότε, για να μειωθεί οποιαδήποτε εισροή και να παραμείνει η αποδοτικότητα βέλτιστη, τότε είναι απαραίτητο να αυξηθεί μια άλλη εισροή ή να μειωθεί μια εκροή. Αυτή είναι η συνθήκη για να εξακολουθήσει η αποδοτικότητα να είναι βέλτιστη. Η αποδοτικότητα κατά Pareto κατά τον προσανατολισμό προς τις εκροές, πραγματοποιείται όταν η μονάδα έχει ως προς τον έλεγχο της τις εκροές. Τότε, μια απόλυτως αποδοτική μονάδα που έχει συγκεκριμένες εκροές είναι αδύνατον να αυξήσει την αποδοτικότητα της με αύξηση μιας εκροής, δεδομένου ότι αυτή θα οδηγήσει αυτομάτως στη μείωση μιας άλλης εκροής ή στην αύξηση μιας εισροής. Όταν η μονάδα φτάσει στο σημείο αυτό, που είναι και το κριτήριο για το χαρακτηρισμό της ως αποδοτικής, τότε είναι στο αποδοτικό όριο (Thanassoulis, 2001 : 19 - 23). Η μέτρηση της αποδοτικότητας για να πραγματοποιηθεί απαιτείται η μέτρηση των μέγιστων επιπέδων εκροών για δεδομένες εισροές, ή η μέτρηση των ελαχίστων

επιπέδων εισροών για δεδομένες εκροές. Στον πίνακα 4.1 φαίνονται οι ορισμοί της αποδοτικότητας κατά Pareto και της Τεχνικής αποδοτικότητας στη μέθοδο DEA κατά τον προσανατολισμό στις εισροές και κατά τον προσανατολισμό στις εκροές.

**Πίνακας 4.1**  
**Ορισμός αποδοτικότητας κατά Pareto**

<b>Προσανατολισμός /Στοιχεία</b>	<b>Προσανατολισμός προς τις εισροές</b>	<b>Προσανατολισμός προς τις εκροές</b>
<b>Καταλληλότητα</b>	Οι εκροές βρίσκονται υπό τον έλεγχο της μονάδας	Οι εκροές βρίσκονται υπό τον έλεγχο της Μονάδας
<b>Αποδοτικότητα κατά Pareto</b>	Δεν είναι δυνατόν να μειωθεί οποιαδήποτε εισροή χωρίς την ταυτόχρονη μείωση τουλάχιστον μιας από τις υπόλοιπες εκροές ή την αύξηση τουλάχιστον μίας εκ των εισροών	Δεν είναι δυνατόν να αυξηθεί οποιαδήποτε εκροή χωρίς την ταυτόχρονη μείωση τουλάχιστον μιας από τις υπόλοιπες εκροές ή την αύξηση τουλάχιστον μίας εκ των εισροών
<b>Ορισμός τεχνικής αποδοτικότητας</b>	Η τεχνική αποδοτικότητα εκροών μιας DMU αντανakλά το βαθμό μέχρι τον οποίο οι εκροές της μπορούν να αυξηθούν, με τις μεταξύ τους αναλογίες σταθερές, λόγω καλύτερης λειτουργίας της μονάδας και όχι λόγω αύξησης στις εισροές.	Η τεχνική αποδοτικότητα εισροών μιας DMU αντανakλά το βαθμό μέχρι τον οποίο οι εισροές της μπορούν να μειωθούν με τις μεταξύ τους αναλογίες σταθερές, λόγω καλύτερης λειτουργίας της μονάδας και όχι λόγω μείωσης στις εισροές.

Πηγή : Βασισμένο στον Thanassoulis, 2001

Η DEA χρησιμοποιείται στα πλαίσια εφαρμογής μελετών αποδοτικότητας. Οι μελέτες αποδοτικότητας πραγματοποιούνται σε διάφορα στάδια.

- Στο πρώτο στάδιο, αυτό της επιλογής των μονάδων που θα χρησιμοποιηθούν, επιλέγονται ομοειδείς μονάδες με διαφοροποίηση συμπεριφοράς, λαμβάνοντας υπόψη το διάστημα συγκέντρωσης στοιχείων (ούτε πολύ μικρή ούτε πολύ μεγάλη περίοδος) και τον αριθμό των μονάδων ώστε να αποφεύγεται ένας μικρός αριθμός μονάδων.
- Στο δεύτερο στάδιο, αποφασίζονται ποιες εισροές και εκροές θα χρησιμοποιηθούν. Κατά το στάδιο αυτό δημιουργείται λίστα με τους παράγοντες της αποδοτικότητας των μονάδων, απαλείφονται οι παράγοντες μη αξιόπιστων δεδομένων και εξετάζεται η ελεγχιμότητα και η σημαντικότητα των εισροών και εκροών.
- Στο τρίτο στάδιο, αυτό της χρησιμοποίησης λογισμικού, εξετάζονται οι εναλλακτικές του λογισμικού ανοικτού κώδικα και του λογισμικού εμπορίου, αποφασίζεται η ελαχιστοποίηση των εκροών ή η μεγιστοποίηση των εκροών, η χρησιμοποίηση συνεχούς ή μεταβλητής επιστροφής κλίμακας και η επιλογή του μαθηματικού μοντέλου της μεθόδου.
- Στο τέταρτο στάδιο, αυτό της ερμηνείας των αποτελεσμάτων, κατατάσσονται οι μονάδες σε αποδοτικές και μη, κατασκευάζεται το γράφημα κατανομής αποδοτικότητας, η γραφική

παράσταση αποδοτικότητας και εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με την κατανομή της αποδοτικότητας των μονάδων και τις δυνατότητες περαιτέρω βελτίωσης (Banxia, 2001).

#### 4.4.2 Συνολική μεταβολή της αποδοτικότητας με τη μέθοδο DEA

Η μέθοδος DEA αποτελεί μια συγκριτική μέθοδο ανάλυσης μονάδων λήψης απόφασης και συγκρίνει την αποδοτικότητα μιας μονάδας σε σχέση με το αποδοτικό σύνολο, δηλαδή δεν μετρά την απόλυτη αποδοτικότητα μιας μονάδας αλλά τη σχετική αποδοτικότητα της μονάδας αυτής σε σχέση με το όριο που σχηματίζουν λίγες ή περισσότερες, κατά περίπτωση αποδοτικές μονάδες. Σε αυτή τη μορφή, η μέθοδος DEA δεν παρέχει από μόνη της πληροφορία σχετικά με τη συνολική βελτίωση της αποδοτικότητας ενός συστήματος ή ενός οργανισμού σε συνάρτηση με το χρόνο. Επίσης, δεν παρέχει πληροφορία σχετικά με την επίδραση ενός φαινομένου το οποίο διαχωρίζει δύο διαφορετικές περιόδους και δύναται να ασκήσει σημαντική επίδραση στη μεταβολή της αποδοτικότητας, όπως είναι μια οικονομική κρίση.

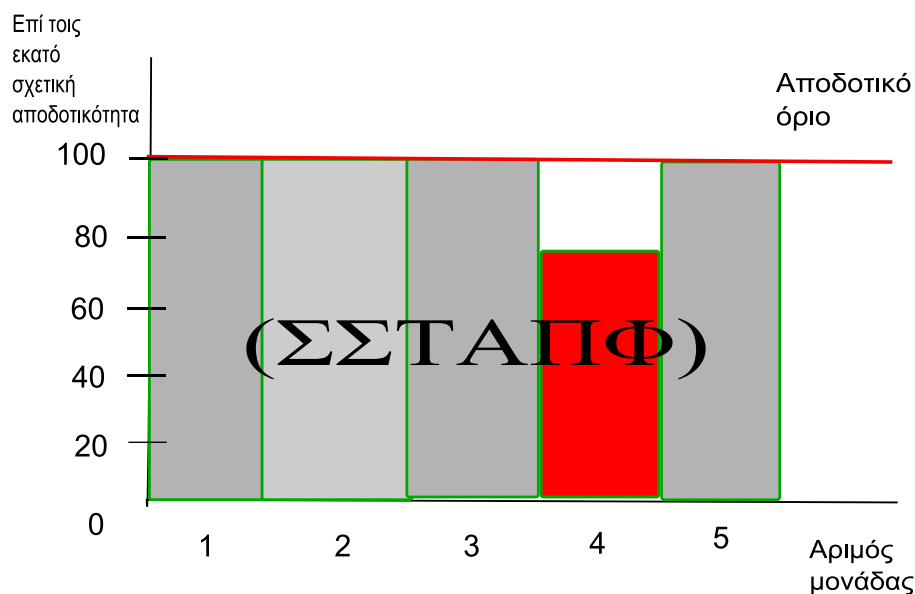
Ορισμένες μελέτες επιχειρούν να διερευνήσουν την επίδραση μιας οικονομικής κρίσης στην αποδοτικότητα μονάδων λήψης απόφασης που βρίσκονται υπό την επίδραση της κρίσης αυτής. Οι μελέτες αυτές αναφέρονται σε παλαιότερες από τη σύγχρονη οικονομική κρίση και στην επίδραση τους στην μεταβολή της αποδοτικότητας των μονάδων. Ορισμένες τέτοιες μελέτες ενδεικτικά πραγματοποιήθηκαν από τους εξής :

- Οι Ozcan-Gunai Nur & Tektas (2006), μελέτησαν την αποδοτικότητα των Τούρκικων τραπεζών σε μια σειρά ετών πριν και μετά την έναρξη της εκεί οικονομικής κρίσης. Η ευθραυστότητα του τραπεζικού συστήματος αυξήθηκε μετά από μια σειρά εξαγορών που πραγματοποιήθηκαν στις Τουρκικές Τράπεζες κατά τη διάρκεια μιας δεκαετίας στην οποία συνέβησαν τρεις οικονομικές κρίσεις. Η μέτρηση της αποδοτικότητας για την περίοδο αυτή καταδεικνύει ότι ο αριθμός των αποδοτικών τραπεζών και η μέση απόδοση στο δείγμα μειώθηκαν κατά σημαντικό ποσοστό.
- Ο Barros (2008), εξετάζει την επίδραση της οικονομικής κρίσης της Αργεντινής (2003-2007) στην αποδοτικότητα των αεροδρομίων της χώρας. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα μεγαλύτερα αεροδρόμια της Αργεντινής μένουν ανεπηρέαστα από την οικονομική κρίση και διατηρούν την αποδοτικότητά τους. Από τα μικρότερα αεροδρόμια, ορισμένα διατηρούν την αποδοτικότητά τους και μένουν ανεπηρέαστα από την οικονομική κρίση ενώ άλλα αυξάνουν την αποδοτικότητά τους υπό την επίδραση της οικονομικής κρίσης. Προκύπτει ότι η μέση αποδοτικότητα των αεροδρομίων της Αργεντινής αυξάνεται κατά την οικονομική κρίση.

- Ο Dacanay (2007 : 99 - 110) μέτρησε την διακύμανση της αποδοτικότητας των τραπεζών των Φιλιπίνων, κατά μια εκτεταμένη περίοδο γύρω από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Η αλλαγή των τιμών της αποδοτικότητας των τραπεζών, διαπιστώθηκε κατά την κατεύθυνση της μείωσης ή της αύξησης, καταδεικνύοντας την επίδραση της οικονομικής κρίσης σε αυτήν.

Μια μελέτη αποδοτικότητας που να εκτείνεται σε ικανό χρονικό διάστημα πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, δύναται να καταδείξει την μεταβολή της αποδοτικότητας των μονάδων λήψης απόφασης και τη μεταβολή της συνολικής αποδοτικότητας ενός οργανισμού ή ενός συστήματος. Με αυτόν τον τρόπο, διαπιστώνεται η επίδραση του φαινομένου στην αποδοτικότητα του συστήματος. Η επέκταση της μεθόδου DEA, με την εφαρμογή της σε διαδοχικά χρονικά έτη πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, θα δείξει τη μεταβολή της επίδρασης της (Farantos, 2015). Μια τέτοια μέτρηση της αποδοτικότητας και ο αντίστοιχος σχηματισμός του αποδοτικού ορίου φαίνεται στην εικόνα 4.8. Στην εικόνα αυτή φαίνονται 5 μονάδες λήψης απόφασης, οι οποίες χαρακτηρίζονται με τους αριθμούς 1, 2, 3, 4, 5. Οι τέσσερις από τις μονάδες αυτές έχουν αποδοτικότητα μέτρου 100%, ενώ η μονάδα 4 υστερεί ως προς την αποδοτικότητα, επιτυγχάνοντας σκορ αποδοτικότητας 80%. Το αποδοτικό όριο σε αυτήν την περίπτωση είναι το 100% και η μονάδα 4 μένει εκτός του αποδοτικού ορίου κατά 20 μονάδες.

**Εικόνα 4.8**  
**Αποδοτικό όριο προ φαινομένου**

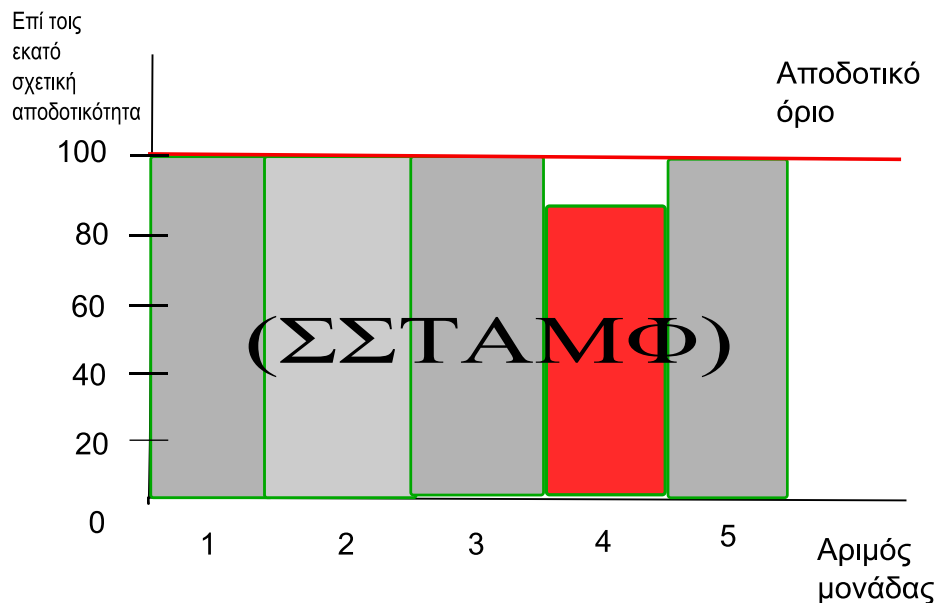


Η συνολική σχετική αποδοτικότητα προ φαινομένου (ΣΣΤΑΠΦ) είναι το γραμμοσκιασμένο εμβαδό που φαίνεται στην εικόνα αυτή.



Έστω ότι εμφανίζεται ένα φαινόμενο όπως η οικονομική κρίση η οποία προκαλεί μεταβολή στη λειτουργία των μονάδων. Τότε, όπως φαίνεται στην εικόνα 4.9, η μονάδα 4 μπορεί να αυξήσει την αποδοτικότητα της, για παράδειγμα επιτυγχάνοντας σκορ απόδοτικότητας 90% και να φτάσει πιο κοντά στο αποδοτικό όριο από ότι βρισκόταν προηγουμένως. Επομένως, η επίδραση του φαινομένου στην αποδοτικότητα της μονάδας αυτής ήταν η αύξηση της αποδοτικότητας.

**Εικόνα 4.9**  
**Αποδοτικό όριο μετά φαινομένου**



Ο μηχανισμός με βάση τον οποίο συμβαίνει αυτό το γεγονός, είναι ότι η οικονομική κρίση απαιτεί βελτιώσεις στις μη αποδοτικές μονάδες λήψης απόφασης. Οι μονάδες αυτές βελτιώνουν την επιχειρησιακή τους λειτουργία αυξάνοντας την αποδοτικότητά τους. Στην περίπτωση αυτή, η συνολική τεχνική αποδοτικότητα μετά φαινομένου (ΣΣΤΑΜΦ) είναι το γραμμοσκιασμένο εμβαδό που φαίνεται στην εικόνα αυτή, το οποίο έχει αυξηθεί σε σχέση με την αποδοτικότητα προ του φαινομένου). Σε μια άλλη περίπτωση, το φαινόμενο μπορεί να προκαλέσει την ένταξη της μονάδας στο αποδοτικό όριο, ή τη μείωση της αποδοτικότητας της μονάδας, ή ακόμα και την μεταβολή του αποδοτικού ορίου.

Στον πίνακα 4.2 φαίνονται τα μεγέθη της μεθόδου μέτρησης αποδοτικότητας συστημάτων DEA για δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους Α και Β. Η συνολική σχετική αποδοτικότητα για καθεμία από τις δύο περιόδους φαίνεται ως το πηλίκο του αθροίσματος αποδοτικότητων προς τον αριθμό των αποδοτικών μονάδων. Επίσης, φαίνεται ο αριθμός των αποδοτικών μονάδων και το ποσοστό των αποδοτικών μονάδων ως συνάρτηση του αριθμού αυτού.

Πίνακας 4.2

Σύγκριση της Συνολικής Τεχνικής Αποδοτικότητας και των βαθμών αποδοτικότητας των DMU για τις χρονικές περιόδους A και B

Year	Συνολική σχετική αποδοτικότητα	Άθροισμα αποδοτικότητας	Αριθμός επιχειρησιακών μονάδων	Αριθμός αποδοτικών μονάδων	Ποσοστό αποδοτικών μονάδων
A	$O_a = \sum_a / n1$	$\sum_a = \sum_{j=1}^n E_j$	n1	e1	$P_a = e1/n1$
B	$O_b = \sum_b / n2$	$\sum_b = \sum_{j=1}^n E_j$	n2	e2	$P_b = e2/n2$

$O_a = ORTEBP$  ή  $ΣΣΤΑΠΦ$

$O_b = ORTEAP$  ή  $ΣΣΤΑΜΦ$

$E_j$  είναι το σκορ αποδοτικότητας της DMU

$\sum_a$  είναι το άθροισμα των σκορ αποδοτικότητας των DMU's (χρονιά A)

$\sum_b$  είναι το άθροισμα των σκορ αποδοτικότητας των DMU's (χρονιά B)

$j$  είναι ο δείκτης των DMUs ( $j = 1, 2, \dots, n$ )

$n$  είναι ο αριθμός των μονάδων

$n1$  είναι ο αριθμός των μονάδων πριν το φαινόμενο

$n2$  είναι ο αριθμός των μονάδων μετά το φαινόμενο

$e1$  είναι ο αριθμός των αποδοτικών μονάδων πριν το φαινόμενο

$e2$  είναι ο αριθμός των αποδοτικών μονάδων μετά το φαινόμενο

Τα μεγέθη της συνολικής σχετικής αποδοτικότητας, του αθροίσματος αποδοτικότητας, του αριθμού των αποδοτικών μονάδων, του αριθμού επιχειρησιακών μονάδων και του ποσοστού των αποδοτικών μονάδων είναι αυτά τα οποία θα χρησιμεύσουν για την μέτρηση της αποδοτικότητας των μονάδων υπό την επίδραση της οικονομικής κρίσης.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας με την παραπάνω μέθοδο, δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα όταν το αποδοτικό όριο είναι σταθερό. Η μέθοδος DEA είναι όμως μια σχετική μέθοδος μέτρησης της αποδοτικότητας, που σημαίνει ότι κατασκευάζει το αποδοτικό όριο με βάση τη σχετική αποδοτικότητα των μονάδων. Εάν σε εκτεταμένες περιόδους το αποδοτικό όριο μεταβάλλεται, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, τότε η εκτίμηση της αποδοτικότητας με την παρούσα

διατύπωση ενδέχεται να μη δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα. Σε αυτή την περίπτωση, ο συνδυασμός της περιγραφόμενης μεθόδου είναι καλύτερο να πραγματοποιηθεί σε συνδυασμό με μια μέθοδο μεταβλητής εκτίμησης της αποδοτικότητας όπως η W-DEA ή ο δείκτης Malmquist.

## 4.5 Μελέτες αποδοτικότητας μονάδων υγείας

### 4.5.1 Μελέτες αποδοτικότητας μονάδων υγείας διεθνώς

Οι μελέτες αποδοτικότητας με τη μέθοδο DEA, ξεκίνησαν να χρησιμοποιούνται ευρέως στον τομέα υγείας, ήδη από τη δεκαετία του 1990, όταν ξεκίνησαν να διαπιστώνονται τα πλεονεκτήματα των σύγχρονων μοντέλων εφαρμογής της μεθόδου σε σχέση με τις άλλες μεθόδους μέτρησης αποδοτικότητας. Έκτοτε πολλές μελέτες με τη μέθοδο DEA, χρησιμοποιώντας στοιχεία από μονάδες υγείας διαφόρων χωρών πραγματοποιήθηκαν για την εκτίμηση της τεχνικής αποδοτικότητας του τομέα υγείας. Ο Φραγκιαδάκης (2013) παρουσίασε τις μελέτες αποδοτικότητας των μονάδων υγείας διαφόρων χωρών και συνέκρινε την τεχνική αποδοτικότητα των μελετών. Οι κυριότερες παρατηρήσεις ήταν ότι ένας μικρός αριθμός μελετούμενων νοσοκομείων (για παράδειγμα 6 μονάδες υγείας που συμμετείχαν σε μια μελέτη αποδοτικότητας αυτών) επηρεάζει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Επίσης παρατηρείται ότι αν και οι τιμές αποδοτικότητας ποικίλλουν ανά χώρα, η τεχνική αποδοτικότητα των μεγάλων μονάδων υγείας υπερτερεί σε σχέση με αυτή των μικρών, λόγω των οικονομικών κλίμακας. Οι μελέτες αποδοτικότητας Γενικών Νοσοκομείων με χρήση DEA φαίνονται στον πίνακα 4.3.

Οι Evans et al. (2001) εκτίμησαν την αποδοτικότητα υγείας 191 χωρών από δεδομένα για τα έτη 1993-1997. Η εισαγωγή του συστήματος υγείας ήταν η κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγείας που μετρήθηκε στις ΗΠΑ. Ελήφθη υπόψη ότι τα επίπεδα υγείας δεν επηρεάζονται μόνο από το σύστημα υγείας, αλλά και από άλλους παράγοντες, παρατήρηση που είναι σημαντική. Ο πιο ευρέως γνωστός παράγοντας είναι η εκπαίδευση, η οποία συνδέεται στενά με την υγεία των ενηλίκων τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι μορφωμένοι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις πληροφορίες υγείας πιο αποτελεσματικά από ότι οι λιγότερο μορφωμένοι.

Αυτά που προέκυψαν μετά την έρευνα είναι τα εξής:

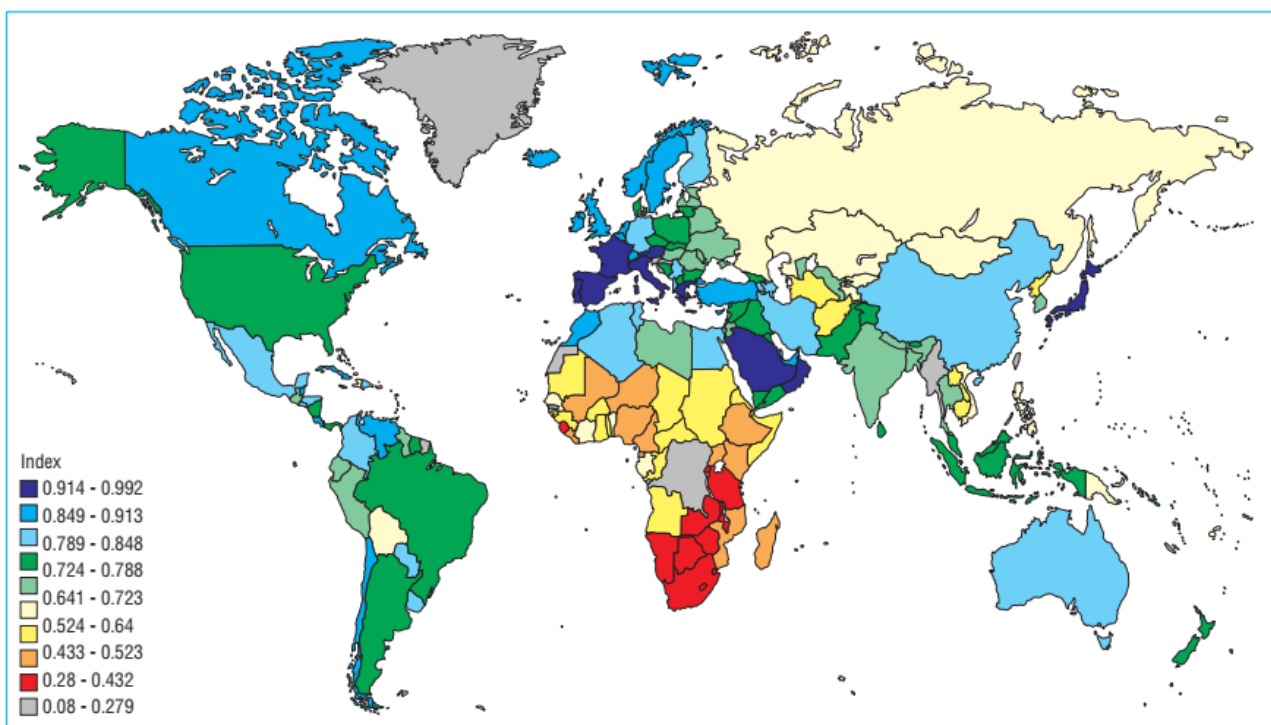
- Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα υγείας είναι ελάχιστα
- Οι μελέτες αποδοτικότητας υγείας δεν χρησιμοποιούν ένα συνεκτικό πλαίσιο για τον προσδιορισμό στόχων και τη μέτρηση αποτελεσμάτων.
- Οι χώρες με τα καλύτερα επίπεδα υγείας δεν έχουν πάντα αποδοτικά συστήματα υγείας
- Η αποδοτικότητα σχετίζεται με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας.

- Οι μέθοδοι μέτρησης της επίδοσης παρέχουν τη βάση για την ταυτοποίηση πολιτικών που βελτιώνουν την υγεία και παρακολουθούν τις μεταρρυθμίσεις

Η αποδοτικότητα που μετρήθηκε για όλες τις χώρες φαίνεται στην εικόνα 4.10. Οι αποδοτικότητες των χωρών έχουν ομαδοποιηθεί σε κατηγορίες και απεικονίζονται με διαφορετικά χρώματα για κάθε κατηγορία. Από τον παγκόσμιο χάρτη αποδοτικότητας, φαίνεται ότι οι χώρες που διαθέτουν μικρές δαπάνες για τα συστήματα υγείας τείνουν να έχουν και χαμηλά ποσοστά στην αποδοτικότητα των συστημάτων αυτών.

**Εικόνα 4.10**

**Παγκόσμια κατανομή της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας στη μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού**



Πηγή : βασισμένο σε Evans et al., 2001

Οι Afonso & Aubyn (2005), πραγματοποίησαν μελέτη για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας στην υγεία σε χώρες του ΟΟΣΑ. Κατά τη μέλετη αυτή που πραγματοποιήθηκε με τη χρησιμοποίηση των δαπανών υγείας για κάθε χώρα, υπολογίστηκαν τα μέτρα απόδοσης σε κάθε χώρα της Ευρωζώνης με εκτιμήσεις για τις απώλειες απόδοσης, προσδιορίζοντας τις πιο αποδοτικές περιπτώσεις. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τις μεθόδους DEA και FDH συγκρίνοντας ταυτόχρονα και τα αποτελέσματα με βάση τις δύο αυτές μεθόδους. Οι εισροές που έχουν χρησιμοποιηθεί ήταν αριθμός ιατρών, αριθμός νοσηλευτών και αριθμός κλινών και οι έξοδοι ήταν η βρεφική επιβίωση και το προσδόκιμο ζωής. Υπολογίστηκε η VRS τεχνική αποδοτικότητα

προσανατολισμένη στις εισροές και στις εκροές και η CRS αποδοτικότητα. Στη μελέτη αυτή υπογραμμίζεται η επιφύλαξη ότι η αύξηση του αριθμού των διαστάσεων σε μικρά μεγέθη δειγμάτων οδηγεί σε υψηλό αριθμό αναποτελεσματικών παρατηρήσεων, γεγονός που υπονομεύει την αξιοπιστία της έρευνας, δεδομένου ότι 3 εισροές και 2 εκροές χρησιμοποιούνται για έναν αριθμό 24 παρατηρήσεων. Η μελέτη αυτή καταλήγει σε ορισμένα συμπεράσματα για την εμφάνιση των αποδοτικών χωρών. Μια χώρα που διαθέτει λίγους πόρους για την υγεία με όχι και τόσο άσχημα αποτελέσματα μπορεί να θεωρηθεί αποδοτική. Επίσης, μια χώρα που επιτυγχάνει καλύτερα από τα μέσα αποτελέσματα δαπώνοντας χαμηλότερους από το μέσο όρο των πόρων θεωρείται αποδοτική. Τέλος, μια χώρα που διαθέτει λίγους πόρους και επιτυγχάνει υψηλά αποτελέσματα επίσης ξεπερνάει κατά πολύ το αποδοτικό σύνορο. Παράλληλα με τον υπολογισμό της αποδοτικότητας υγείας έχει υπολογιστεί και η αποδοτικότητα τομέα παιδείας.

### Πίνακας 4.3

#### Μελέτες Αποδοτικότητας Γενικών Νοσοκομείων με χρήση DEA

Μελέτη	Έτος	Αριθμός Νοσοκομείων	Χώρα	Μέση Τεχνική Αποδοτικότητα
Ozcan and Lyrich	1992	1535	ΗΠΑ	88%
Mobley and Magnussen	1998	190 50	ΗΠΑ Νορβηγία	88-93,6% 93%
Chern and Wan	2000	80	ΗΠΑ	76-80%
Ferrier et al.	2006	170	ΗΠΑ	93%
Chang	1998	6	Ταϊβάν	88-98,7%
Mc Callion et al.	1999	23	Μεγ. Βρετανία	93,9% Μεγάλα 84,2% Μικρά
Mc Killop et al.	1999	23	Μεγ. Βρετανία	93,3-95,5 Μεγ. 84,2-90,9 Μικ.
Jacobs	2001	232	Μεγ. Βρετανία	83,1-87,6%
Gannon	2005	35	Μεγ. Βρετανία	94-97%
Tsai and Molinero	2002	27	Μεγ. Βρετανία	93,8%
Salin and Ozcan	2000		Τουρκία	87,4%
Lopez Valcarvez and Perez	1996	75	Ισπανία	92-95%

Πηγή : (Φραγκιαδάκης, 2013)

Οι Renner et al. (2005) επέλεξαν να εφαρμόσουν τη μέθοδο DEA σε μια χώρα της υποσαχάριας Αφρικής, μετά από τη διαπίστωση ότι η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιούνταν κατά κόρον σε χώρες της Ασίας, της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Τα νοσοκομεία της Σιέρρα Λεόνε επιλέγηκαν, διότι ήταν σημαντικά στις προσπάθειες για οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις υπέρ των φτωχών, παρεμβάσεις που αποσκοπούσαν στην επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων των Ηνωμένων Εθνών. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων έπρεπε να ελέγξουν την αποδοτικότητα υπηρεσιών των μονάδων υπέρ των οποίων γίνονταν οι οικονομικές ενισχύσεις. Ένα δείγμα 37 μονάδων περιφερειακής υγείας αναλύθηκε στα πλαίσια αυτής της μελέτης. Από αυτές, 24 μονάδες υγείας βρέθηκαν αποδοτικές με μέση βαθμολογία 72%, ενώ 22 μονάδες βρέθηκαν μη αποδοτικές με μέση βαθμολογία 63%. Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά επίπεδα τεχνικής και κλίμακας αποδοτικότητας, η κλιμάκωση των παρεμβάσεων για την επίτευξη στόχων όπως αυτοί που θέτονται στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθίσταται υπερβολική. Σε μια χώρα με χαμηλές δαπάνες για την υγεία και χαμηλό ποσοστό πρόσβασης του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, η αύξηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας μπορεί να αυξήσει σημαντικά τις πρωτοβουλίες της κυβέρνησης για την κάλυψη των ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Από τη μελέτη αυτή καταδεικνύεται επίσης, η σχέση μεταξύ των ασκούμενων διεθνών πολιτικών και της μέτρησης της αποδοτικότητας.

Οι Chowdhury & Zelenyuk (2016) εκτίμησαν τη νοσοκομειακή απόδοση στο Οντάριο του Καναδά, και τους παράγοντες που επηρέασαν αυτήν. Χρησιμοποίησαν δεδομένα για τα έτη 2003 και 2006 και ακολούθησαν την προσέγγιση δύο σταδίων. Στην πρώτη φάση της μελέτης DEA, χρησιμοποίησαν τη μελέτη για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας και στη συνέχεια εκτίμησαν την εκτίμηση αποκοπής παλινδρόμησης με τη δοκιμή διπλής εκτίμησης της σημασίας των ερμηνευτικών μεταβλητών. Εξέτασαν τις κατανομές αποδοτικότητας σε σχέση με τις γεωγραφικές θέσεις, το μέγεθος και τις περιοχές διδασκαλίας. Διαπιστώθηκε ότι διάφοροι παράγοντες οργάνωσης όπως ο βαθμός πληρότητας, ο δείκτης μοναδιαίας παραγωγής προσωπικού, ο δείκτης ενδονοσοκομειακών – εξωνοσοκομειακών ασθενών, οι γεωγραφικές τοποθεσίες, το μέγεθος και η κατάσταση διδασκαλίας είναι σημαντικοί παράγοντες για την αποδοτικότητα. Διαπιστώθηκε ότι ο ρυθμός δαπανών συνδέεται αρνητικά με την αποδοτικότητα, ενώ το ποσοστό επανεισδοχής θεωρείται ασήμαντο για τη διακύμανση της αποδοτικότητας. Διαπιστώθηκε ότι τα μικρά νοσοκομεία, τα αγροτικά νοσοκομεία και τα μη εκπαιδευτικά νοσοκομεία τείνουν να είναι πιο αποδοτικά.

Οι Lindlbauer, Schreyögg & Winter (2016) αναφέρουν ότι οι στρατηγικές για την αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και τη μείωση του κόστους στο νοσοκομειακό τομέα, έχουν καταστεί κεντρικό στοιχείο για τις προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος

υγείας σε πολλές χώρες. Η σχέση μεταξύ της αποδοτικότητας και της ποιότητας, όπως αυτή αποτυπώνεται στις πιστοποιήσεις ποιότητας δεν είναι διερευνημένη. Παρόλο που η ποιότητα πιστοποιείται στην πλειοψηφία των νοσοκομείων παγκόσμια, δεδομένου ότι η ποιότητα είναι περισσότερο δύσκολο να μετρηθεί παρά να πιστοποιηθεί και θεωρητικά η ποιότητα επιδρά στην αποδοτικότητα και στην επίδοση, η σχέση της με την αποδοτικότητα δεν έχει μετρηθεί. Η ποιότητα πιστοποιείται είτε από Διεθνείς οργανισμούς πιστοποίησης, όπως η πιστοποίηση κατά ISO 9001, είτε μέσω Εθνικών οργανισμών διασφάλισης ποιότητας, κατ' απαίτηση των χαρακτών πολιτικής προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τα στοιχεία αυτά στην πολιτική και στη χρηματοδότηση. Εξαιτίας της μη εκτεταμένης έρευνας της σχέσης της ποιότητας με την αποδοτικότητα, στην έρευνα επιχειρείται να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της πιστοποίησης ποιότητας και της μέτρησης αποδοτικότητας στα Γερμανικά νοσοκομεία.

Οι Kassam & Mohament Ali (2016) ανέλυσαν την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα νοσοκομείων του Ιράκ. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος DEA για τη μέτρηση της σχετικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων με το μοντέλο CCR και τη μέθοδο δείκτη παραγωγικότητας Luenberger για τη μέτρηση της μεταβολής της παραγωγικότητας, σε συνεχόμενες χρονικές περιόδους κατά το 2014 και 2015. Το μοντέλο DEA δοκιμάστηκε και εφαρμόστηκε σε τέσσερις μελέτες περίπτωσης σε τρία νοσοκομεία του Ιρακ. Οι εισοδοί που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο αριθμός των ιατρών, ο αριθμός των νοσηλευτών και ο αριθμός του προσωπικού υγείας, ενώ οι έξοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο αριθμός των εξωτερικών ασθενών, ο αριθμός των επειγόντων περιστατικών, ο αριθμός των υπερήχων, ο αριθμός των ακτινολογικών τεστ και ο αριθμός των βιοπαθολογικών τεστ. Με την εφαρμογή της μεθόδου DEA, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το ένα εκ των νοσοκομείων (νοσοκομείο παιδών) εξακολουθεί να είναι αποτελεσματικό σε τέσσερις περιπτώσεις (συνδυασμός διαφορετικών εισροών και εξόδων), ενώ άλλα νοσοκομεία αλλάζουν την αποτελεσματικότητά τους σε διαφορετική περίπτωση. Χρησιμοποιώντας την τεχνική (LPI), τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει σαφής μείωση της αποτελεσματικότητας ενός νοσοκομείου κατά την περίοδο (2014-2015) σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ στο νοσοκομείο παιδών δεν υπάρχει αλλαγή στην αποδοτικότητα. Η χρήση του δείκτη Luenberger με DEA δίνει διορατικά αποτελέσματα της αλλαγής στην παραγωγικότητα και των αιτιών της αλλαγής είτε μειώθηκε είτε αυξήθηκε, ώστε να επιτευχθούν καλύτεροι δείκτες. Αυτό που φαίνεται από τη μελέτη, είναι η δυσμενής επίδραση του μικρού δείγματος μονάδων στη μελέτη της μεταβολής αποδοτικότητας (για το λόγο αυτό και σε ορισμένες περιπτώσεις όλες οι μονάδες έχουν την ανώτερη δυνατή απόδοτικότητα). Επίσης, το παιδιατρικό νοσοκομείο είναι ειδικού τύπου νοσοκομείο και δεν είναι απολύτως συγκρίσιμο με τα άλλα νοσοκομεία και αυτός ο λόγος ενδέχεται να παίζει σημαντικό ρόλο στο γεγονός ότι καταλαμβάνει την πρώτη θέση σε όλα τα μοντέλα.

Οι Pirani et al. (2018) μελέτησαν την αποδοτικότητα των Νοσοκομείων του Ιράν πριν και μετά την αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας. Παρατηρήθηκε ότι η τεχνική αποδοτικότητα των νοσοκομείων παρέμεινε σταθερή κατά τη διάρκεια των ετών 2012-2016. Αντιθέτως, η αποδοτικότητα κλίμακας εμφάνισε μια σημαντική μείωση από 82% το 2012 σε 69% το 2016. Αυτό σημαίνει ότι κατά μέσο όρο τα μεγάλα νοσοκομεία ήταν περισσότερο αποδοτικά ή αλλιώς ένα νοσοκομείο συνέφερε να αυξήσει το μέγεθος του το έτος 2012, σε αντίθεση με το 2016 όταν δαπάνη πόρων για την αύξηση του μεγέθους δεν θα οδηγούσε σε αντίστοιχη αύξηση της αποδοτικότητας.

Οι Kohl et al. (2019) εξετάζουν 262 μελέτες DEA που πραγματοποιήθηκαν στα νοσοκομεία διαφόρων χωρών μεταξύ 2006 και 2016. Εξετάζουν τους ερευνητικούς στόχους αυτών των 262 μελετών και τους κατηγοριοποιούν σε τέσσερις κατηγορίες : 1. Ανάλυση καθαρής αποδοτικότητας DEA, π.χ. διεξαγωγή μιας μελέτης DEA σε νοσοκομειακά δεδομένα, 2. Ανάπτυξη ή εφαρμογές νέων τεχνολογιών, π.χ. εφαρμογή νέων προσεγγίσεων DEA σε νοσοκομειακά δεδομένα, 3. Ειδικό ερώτημα διαχείρισης, π.χ. ανάλυση των αποτελεσμάτων του διευθυντικού δικαιώματος στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων, 4. Διερεύνηση στις επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων, π.χ. διερευνώντας την επίδραση των δημοσίων πολιτικών όπως οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Κατηγοριοποιούν τις εισροές και εκροές σε 12 εισροές και 9 εκροές. Κάθε κατηγορία περιλαμβάνει τις εισροές και εκροές που αναφέρονται σε παρόμοια βασική έννοια. Η μελέτη επικεντρώνεται στα απαιτούμενα για να προχωρήσει η μέθοδος DEA σε εργαλείο χάραξης πολιτικής για τους σχεδιαστές πολιτικής. Επισημαίνεται ότι η αξιολόγηση της αποδοτικότητας έχει αυξημένη υποστήριξη από φορείς χάραξης πολιτικής, όπως ο ΠΟΥ, τα τελευταία χρόνια. Είναι όμως νωρίς για να διαπιστωθεί εάν η υψηλού επιπέδου υποστήριξη για την εφαρμογή μελετών DEA οδήγησε σε πραγματικές αλλαγές στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Η διερεύνηση της DEA στις επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων συμπεριλαμβάνει δεκάδες δημοσιευμένες εργασίες. Η χρήση της DEA όπως προκύπτει από τις δημοσιεύσεις στις τέσσερις κατηγορίες των ερευνητικών στόχων, συγκεντρώνουν τον αντίκτυπο των μεταρρυθμίσεων ης υγειονομικής περίθαλψης στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Όταν εξετάζονται οι μελέτες αποδοτικότητας, Η απλή ποσοτικοποίηση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου παρέχει μόνο ένα χρονικό στιγμιότυπο και τα στατιστικά εξαγόμενα μπορεί να διαστρεβλώσουν τα αποτελέσματα. Η ανάλυση δεδομένων παρέχει ένα μέσο αποκάλυψης των τάσεων μεταβολής της αποδοτικότητας συναρτήσει του χρόνου. Προκειμένου να αναλυθεί η αποδοτικότητα μιας διαχειριστικής δράσης ή μιας πολιτικής μεταρρύθμισης, είναι υποχρεωτική η διεξαγωγή αναλύσεων σε πολλαπλά χρονικά σημεία πριν και μετά την έναρξή τους. Για την εφαρμογή της μεθόδου DEA στον τομέα υγείας



υπάρχουν δύο περιπτώσεις: η βελτίωση των μεθόδων σε πραγματικό επίπεδο και η ανατροφοδότηση από την πραγματική επίδραση που έχει η εφαρμογή της μεθόδου στην αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας. Μέσω της εφαρμογής της DEA στην μέτρηση της αποδοτικότητας οργανισμών υγείας, αυτή θα ξεφύγει από το ρόλο της εφαρμογής της ως εργαλείο που χρησιμοποιείται στην πραγματική κοινότητα και θα μετατραπεί σε μια ρεαλιστική διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης που θα χρησιμοποιούν οι χαρακτες πολιτικής υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η πιστοποίηση ποιότητας που έγινε από το Εθνικό οργανισμό πιστοποίησης ποιότητας είχε θετική συσχέτιση με την αύξηση της αποδοτικότητας μέσα στα επόμενα δύο χρόνια από την διενέργεια της πιστοποίησης. Η πιστοποίηση ποιότητας που έγινε από ανεξάρτητο οργανισμό για ISO 9001 είχε αρνητική επίδραση στη μεταβολή της αποδοτικότητας. Δεν είχαν επίδραση στην μεταβολή της αποδοτικότητας. Όμως, η πιστοποίηση ποιότητας δεν συνδέεται με μονοσήμαντη σχέση με τη μεταβολή της αποδοτικότητας. Αυτή η διαπίστωση της έρευνας άφησε χώρο για περαιτέρω μελέτη της σχέσης αυτής.

Οι Rouse και Swales (2006) περιγράφουν μια περίπτωση στην οποία η μέτρηση της αποδοτικότητας παίζει σημαντικό ρόλο στην άσκηση πολιτικών. Στη Νέα Ζηλανδία, η μέθοδος DEA συνεκτιμάται για τον καθορισμό των τιμών για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Η τιμολόγηση δημοσίων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιείται με τη μέθοδο DEA και αυτό αποτελεί μια ισχυρή επίδραση της μεθοδολογίας στην πολιτικής υγείας. Ο δημόσιος τομέα υγείας της Νέας Ζηλανδίας χρησιμοποίησε τη DEA από το 1997, για να προσδιορίσει αποτελεσματικά τα επίπεδα δαπανών για τον καθορισμό των τιμών των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Συμπεριέλαβε αναλυτικά τη μέθοδο DEA σε νομοσχέδιο για το Εθνικό πλαίσιο τιμολόγησης. Εξειδικευμένα μοντέλα και διαδικασίες DEA χρησιμοποιήθηκαν για να επιτευχθεί αξιοπιστία των αποτελεσμάτων σε ένα μεγάλο μεγέθους τομέα, όπως αυτόν της δημόσιας υγείας της χώρας αυτής. Ενώ η ανάπτυξη και εφαρμογή του μοντέλου ήταν επιτυχής, μακροπρόθεσμα η πολιτική υγείας ανέτρεψε τα αποτελέσματα βραχυπρόθεσμα. Ο λόγος που συνέβη αυτό ήταν μια ισχυρή αρνητική συναισθηματική αντίδραση από τους προμηθευτές του συστήματος υγείας, οι οποίοι εθίγησαν από την διάκριση των ενεργειών σε αποδοτικές και μη αποδοτικές. Όμως η εφαρμογή της μεθόδου έτυχε γενικής αποδοχής και μακροπρόθεσμα η εφαρμογή του μοντέλου πήρε τη θέση της στην άσκηση πολιτικής υγείας της χώρας.

Ο Hollingsworth (2003) πραγματοποίησε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση εφαρμογών DEA με σκοπό μεταξύ άλλων, την επίδραση τους με τα αποτελεσμάτα και τις συνέπειες της πολιτικής υγείας. Εξέτασε τις δημοσιευμένες εφαρμογές μέτρησης της αποδοτικότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από τις δημοσιεύσεις οι οποίες εξετάστηκαν, διαπιστώθηκε ότι βασιζονταν στην διάθεση του λογισμικού στους ερευνητές, γεγονός που οδήγησε σε έρευνα που έχει αδυναμία

υποκείμενης βάσης κατά την υγιή οικονομική θεωρία. Τα εξαγόμενα από τέτοιου είδους μελέτες πορίσματα σχετικά με την αποδοτικότητα οργανισμών, οδήγησαν σε αλλαγές πολιτικής που βασίζονται σε μη έγκυρα μοντέλα και αναξιόπιστες εκτιμήσεις απόδοσης. Μια σημαντική περιοχή που καθορίζει την επίδραση των μετρήσεων αποδοτικότητας στην πολιτική υγείας είναι οι προσεγγίσεις μοντελοποίησης. Οι διάφορες προσεγγίσεις μοντελοποίησης έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και η επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου εκτίμησης πρέπει να εξαρτάται από τον τύπο των υπο έρευνα φορέων, την προοπτική της πορείας τους και την ποιότητα των διαθέσιμων δεδομένων. Η χρήση από τον ΠΟΥ των συγκριτικών αποτελεσμάτων της αποδοτικότητας από χώρα σε χώρα με σκοπό της διαμόρφωση κεντρικής πολιτικής, συζητάται ως προς το πρισμα των διαφορετικών προσεγγίσεων μοντελοποίησης και του ρόλου που μπορεί αυτές να παίξουν στην παραγωγή εσφαλμένων συγκριτικών συμπερασμάτων. Επίσης, η χρήση των μέσων πολιτικής για την επίτευξη χρήσιμων πρακτικών αποτελεσμάτων αύξησης της αποδοτικότητας απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή.

Οι Zavras et al. (2002) χρησιμοποιούν μια μελέτη DEA και καταδεικνύουν τον τρόπο σχεδιασμού μεταρρυθμίσεων βάσει αυτής της μελέτης. Αναλύεται πως η συμπλήρωση της μελέτης DEA με έγκυρα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και επιδημιολογικά δεδομένα, αποτελεί βάση για τη δημιουργία προγραμμάτων περίθαλψης, που να ταιριάζει με τους διαθέσιμους πόρους στον πληθυσμό και στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη αποτελείται από δεδομένα από 133 κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης του τότε Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Η μελέτη καταλήγει στο ότι οι μονάδες υγείας μέσου μεγέθους (10001-25000 άτομα καλυπτόμενος πληθυσμός) είναι πιο αποδοτικές με βαθμολογία τεχνικής αποδοτικότητας 81,2% από τις υπόλοιπες. Οι μονάδες μεγάλου μεγέθους (25001-50000 άτομα) ακολουθούν με βαθμολογία τεχνικής αποδοτικότητας 80,8% και χωρίς να βρίσκεται καμία από τις μονάδες μεγάλου μεγέθους κάτω από το αποδοτικό όριο. Οι μονάδες μικρού μεγέθους (έως 10000 άτομα) υστερούν στην τεχνική αποδοτικότητα με μόλις 66%. Οι προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας οφείλουν να εναρμονίζονται με τα αποτελέσματα αυτά που καταδεικνύουν την υπεροχή από πλευράς αποδοτικότητας των μονάδων μεσαίου και μεγάλου μεγέθους έναντι των μονάδων μικρού μεγέθους. Στο πεδίο της χάραξης πολιτικής υγείας, η εκτέλεση διαστρωματωμένων αναλύσεων DEA συμπληρωμένη με τα κατάλληλα δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία, πρέπει να αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία ενός εθνικού χάρτου για την υγειονομική περίθαλψη, που να ταιριάζει με τους διαθέσιμους πόρους του πληθυσμού και τις ανάγκες του στην υγεία. Η μέθοδος DEA μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό των καλών και των φτωχών κλινικών και διοικητικών πρακτικών. Με αυτόν τον τρόπο, η DEA μπορεί να τεκμηριώσει την αναγκαιότητα των νέων εγκαταστάσεων μονάδων υγείας, την ενοποίηση, ή ακόμη και την

κατάργηση των μη αποτελεσματικών και δαπανηρών κέντρων. Έτσι, παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με την οργάνωση και τις μη αποδοτικότητες του ισχύοντος συστήματος και καθορίζοντας ποιοτικά και ποσοτικά κριτήρια αναφοράς, η μέθοδος θα μπορούσε να διευκολύνει την προσπάθεια για την χάραξη πολιτικών ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της ισότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων του συστήματος υγείας.

Οι Mitropoulos, Mitropoulos & Giannikos (2013) συνδυάζουν τη DEA με την τοπολογική ανάλυση για την αποδοτική παροχή υπηρεσιών στον τομέα υγείας και καταδεικνύουν τη σχέση του συνδυασμού αυτού με τη χάραξη αποδοτικών πολιτικών συγχωνεύσεων και αναδιοργανώσεων μονάδων υγείας. Σε ένα εθνικό σύστημα υγείας, η αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας μπορεί να είναι απαραίτητη για λόγους αποδοτικότητας σε μια προσπάθεια για τη μείωση του λειτουργικού κόστους, και τη συγκράτηση της ανισότητας στην κατανομή της προσβασιμότητας. Το δίκτυο των μονάδων υγείας πρέπει να καλύπτει τις απαιτήσεις για παροχή υπηρεσιών υγείας εντός όμως των διαθέσιμων πόρων. Οι μεμονωμένες επενδύσεις στην υγειονομική περίθαλψη, δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται μεμονωμένα από το χωροταξικό περιβάλλον και τις σχέσεις με μονάδες άλλων τοποθεσιών στο ίδιο υγειονομικό σύστημα. Εάν οι επενδύσεις αγνοήσουν αυτές τις σχέσεις, ενδέχεται να αυξήσουν το λειτουργικό κόστος του συστήματος και το κόστος κεφαλαίου. Υπό την πίεση του αυξημένου λειτουργικού κόστους, πολλοί οργανισμοί υγείας προσπαθούν να μειώσουν τον αριθμό των παρόχων μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας. Ως εκ τούτου, ένα σημαντικό θέμα στη αναδιάρθρωση ιατρικής περίθαλψης είναι εκείνη του κλεισίματος ή της ενοποίησης μονάδων με την μετεγκατάσταση των υπηρεσιών και την ανακατανομή αρμοδιοτήτων. Με τη συγκέντρωση υπηρεσιών σε ορισμένους μόνο παρόχους, το σύνολο και η διανομή των μονάδων υγείας μπορεί να αλλάξει, με το κλείσιμο ορισμένων μονάδων και το άνοιγμα άλλων. Η ενοποίηση υπηρεσιών σε λιγότερα επίπεδα μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο κατακερματισμένη φροντίδα και να μειώσει σημαντικά το κόστος του συστήματος. Αυτή η πρακτική έχει οδηγήσει σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων. Ο συνδυασμός της DEA με την ανάλυση θέσης μπορεί να δείξει ποιες μονάδες υγείας θα αναβαθμιστούν και θα επεκταθούν, ποιές μονάδες θα παρέχουν βασικές υπηρεσίες και ποιες μονάδες θα κλείσουν.

#### *4.5.2 Μελέτες αποδοτικότητας Ελληνικού τομέα υγείας*

Η Kaitelidou et al. (2012) εξέτασε τις επιδόσεις 90 δημοσίων γενικών νοσοκομείων του δημοσίου συστήματος υγείας το 2010, ταξινόμησε τα νοσοκομεία ανάλογα με την αποδοτικότητα τους και προσδιόρισε τη δυνατότητα για μειώσεις εισροών. εξετάζει την απόδοση Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους κατά τη διάρκεια της ύφεσης και διαπιστώνει ότι μόνο το 28% των δημοσίων νοσοκομείων που εξετάστηκαν είναι αποδοτικά. Οι

μελέτες αυτές καταδεικνύουν ότι ένας μικρός αριθμός Ελληνικών Δημοσίων Νοσοκομείων είναι αποδοτικά και κατά συνέπεια, οδηγούν σε αμφιβολίες σχετικά με το πόσο επιτυχείς είναι οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόζουν οι Ελληνικές Κυβερνήσεις εν μέσω της Οικονομικής Κρίσης για να αυξήσουν την αποδοτικότητα των μονάδων υγείας. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος DEA για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Ως εισροές της μεθόδου DEA χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός των κλινών, ο αριθμός ιατρών, το προσωπικό διοικητικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας και οι συνολικές δαπάνες νοσοκομείων. Ως εκροές χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός εισαγωγών ασθενών, οι ημέρες ασθενείας, οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών και οι χειρουργικές επεμβάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο το 31% των νοσοκομείων ήταν αποδοτικά, με μέσο όρο απόδοσης 85,5%. Από τη μελέτη εντοπίστηκαν τρία νοσοκομεία τα οποία μείωσαν κατά μεγάλο ποσοστό (μεταξύ 11% και 20%) τις ιατρικές δαπάνες, λόγω της εφαρμογής βέλτιστων πρακτικών. Η μελέτη εντόπισε και τις βέλτιστες πρακτικές που συνέβαλαν στην αύξηση της αποδοτικότητας, ειδικά τις αποτελεσματικές πολιτικές προμηθειών, την υποβολή προσφορών και την επαναδιαπραγμάτευση με ορισμένους προμηθευτές. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η εισαγωγή ηλεκτρονικών προμηθειών μείωνε την κατανάλωση φαρμακευτικών και άλλων ιατρικών ειδών. Η μελέτη συμπεραίνει ότι εάν το ΕΣΥ είχε ως στόχο την εξάλειψη της μη αποδοτικότητας, θα μπορούσε να εξοικονομήσει έως και 208,5 εκ. ευρώ ή 10,3% του προϋπολογισμού που διατίθετο στα δημόσια νοσοκομεία το 2010.

Ο Polyzos (2012) μελέτησε την αποδοτικότητα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ για το έτος 2011 μέσω της πρόσβασης στα στοιχεία του ESY.net και συνέκρινε τα ευρήματα με παρόμοιες μελέτες των ετών 2009 και 2010, για να ερευνήσει τις αλλαγές κατά τα τρία χρόνια της οικονομικής κρίσης. Μετρήθηκαν οι δείκτες τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας. Οι μεταβλητές εισόδου ήταν ο αριθμός των Ιατρών, ο αριθμός νοσοκόμων και ο αριθμός του λοιπού προσωπικού. Οι μεταβλητές εξόδου ήταν ο αριθμός επισκέψεων και εσωτερικών ασθενών και ο αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών. Τα νοσοκομεία ομαδοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες μεγέθους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεταξύ των ετών 2009-2011 όλα τα νοσοκομεία, ειδικά τα μεσαία, επέδειξαν βελτίωση όλων των δεικτών αποδοτικότητας. Η μικρότερη βελτίωση αποδοτικότητας παρατηρήθηκε στα μεγάλα νοσοκομεία. Η τεχνική αποδοτικότητα μετρήθηκε στο 80% στα μεγάλα νοσοκομεία, στο 82% στα μεσαία νοσοκομεία και στο 89% στα μικρά νοσοκομεία. Συγκρίνοντας τα στοιχεία μεταξύ των ετών 2009 και 2011, επετεύχθη βελτίωση της τεχνικής αποδοτικότητας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ έως και 100%, κυρίως στα νοσοκομεία μεσαίου μεγέθους. Σημειώθηκε αύξηση των νοσοκομειακών βέλτιστων πρακτικών, ειδικά στα μεσαίου και μικρού μεγέθους νοσοκομεία όταν κάποιες μονάδες προστέθηκαν και αύξησαν την αποδοτικότητά τους στο 80%. Οι συνέπειες των περικοπών δαπανών και των συνεχών μεταρρυθμίσεων φαίνεται να έχουν επίδραση στην αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

Οι Katharakis, Katharaki & Katostaras, (2014) μελέτησαν την αποδοτικότητα ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων συγκρίνοντας τις μεθόδους DEA δύο σταδίων και SFA. Το δείγμα αποτελείτο από 32 υγειονομικές μονάδες Μαιευτικής και Γυναικολογίας δημοσίων νοσοκομείων σε δέκα διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές δημοσίων νοσοκομείων. Ως είσοδοι χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός κλινών, ο αριθμός ιατρικού προσωπικού και οι συνολικές δαπάνες για την παροχή ιατρικής φροντίδας. Ως εκροές χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός των ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία, ο αριθμός των εξετάσεων στις εξωτερικές κλινικές και ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων. Χρησιμοποιήθηκαν και εξωγενείς μεταβλητές, ίδιες για την εφαρμογή της DEA και της SFA. Οι εξωγενείς μεταβλητές ήταν η γεωγραφική μεταβλητή (αστικό ή αγροτικό νοσοκομείο), η νοσοκομειακή κατάσταση (δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο νοσοκομείο) και η κινητικότητα των ασθενών (υποδοχή ή μη από άλλα νοσοκομεία). Με τη χρήση της μεθόδου DEA η τιμή της αποδοτικότητας ήταν 81,56%, ενώ με τη χρήση της μεθόδου SFA, η τιμή της αποδοτικότητας ήταν 85,07%. Αυτό το γεγονός κατέδειξε μια διαφορά στον υπολογισμό της αποδοτικότητας μεταξύ των δύο μεθόδων. Επίσης παρατηρήθηκε μεγάλη τιμή της αποδοτικότητας σε περιπτώσεις μικρών περιφερειακών νοσοκομείων. Στη συγκεκριμένη μελέτη, τα δεδομένα αφορούσαν μόνο ένα έτος, γεγονός που δεν έδωσε τη δυνατότητα να γίνει η μελέτη της μεταβολής της αποδοτικότητας σε χρονοσειρά.

Οι Kaitelidou et al. (2016) μέτρησαν την αποδοτικότητα των μονάδων υγείας κατά τα πρώτα έτη της Ελληνικής Οικονομικής κρίσης. Με τη μελέτη τους επεδίωξαν ένα διπλό στόχο : αφενός τον υπολογισμό της τεχνικής αποδοτικότητας 90 νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά τη διάρκεια της ύφεσης με υπολογισμό των ευκαιριών για δυνατότητα μείωσης εισροών και αφετέρου την παρουσίαση του οικονομικού αντικτύπου της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα στο δημόσιο νοσοκομειακό τομέα. Οι μελετητές εστιάζουν στις πολιτικές λιτότητας, αναφέροντας ότι οι δημόσιες δαπάνες στα νοσοκομεία μειώθηκαν κατά 11% από το 2009 έως το 2012, ενώ οι φαρμακευτικές δαπάνες για νοσοκομεία μειώθηκαν κατά 39% και οι δαπάνες για υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων μειώθηκαν κατά 19% για το ίδιο χρονικό διάστημα. Οι δαπάνες των νοσοκομείων στην ίδια περίοδο αυξήθηκαν κατά 30% για τις θεραπείες που πραγματοποιούνταν σε δημόσια νοσοκομεία. Όσον αφορά τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, οι σημαντικότερες περικοπές αφορούσαν τις προμήθειες (φαρμακευτικά προϊόντα, ιατρικά υλικά) και περικοπές στους μισθούς και τα οφέλη του ιατρικού προσωπικού. Οι πολιτικές περικοπών του Υπουργείου Υγείας μείωσε την συνολική δαπάνη κατά 39% κατά την περίοδο 2009-2011. Το φθινόπωρο του 2013 πραγματοποιήθηκε περιορισμένη αναδιάρθρωση, με την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και τη συγχώνευση των 133 νοσοκομείων σε 83 ομάδες με κοινή διοίκηση. Στη μελέτη της αποδοτικότητας χρησιμοποιήθηκαν ως εισροές ο

αριθμός των κλινών, ο αριθμός των ιατρών, το διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό και το σύνολο των νοσοκομειακών δαπανών εξαιρουμένων των μισθών. Ως εκροές χρησιμοποιήθηκαν ο αριθμός των εισαγωγών ασθενών, οι επισκέψεις εξωτερικών ασθενών και οι χειρουργικές επεμβάσεις. Στα αποτελέσματα, το μοντέλο CCR εντόπισε 21 νοσοκομειακές μονάδες ως αποδοτικές το 2010 και 25 το 2011, ενώ το μοντέλο BCC εντόπισε 32 αποδοτικές μονάδες το 2010 και 37 το 2011. Και τα δύο μοντέλα καταδεικνύουν αύξηση στον αριθμό των αποδοτικών μονάδων. Με βάση τη μελέτη, οι πολιτικές που εφάρμοσαν οι Ελληνικές κυβερνήσεις στα δύο πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης, αύξησαν την αποδοτικότητα των μονάδων υγείας του Ελληνικού συστήματος υγείας.

Οι Fragkiadakis et al. (2016), μέτρησαν την αποδοτικότητα 87 δημοσίων νοσοκομείων μεταξύ των ετών 2005 έως 2009. Ο αριθμός των νοσοκομείων από τον αριθμό των 128 νοσοκομείων του αρχικού δείγματος λόγω της εφαρμογής κριτηρίων. Τα κριτήρια αυτά σχετίζονταν με το χαρακτήρα (ειδικός σκοπός των νοσοκομείων, κερδοσκοπικό ή όχι, δημόσιο ή ιδιωτικό), το συνδυασμό των θεραπειών που παρέχουν (γενικά ή ειδικά, πανεπιστημιακά ή όχι), το μίγμα περιπτώσεων (παθολογικές ή χειρουργικές περιπτώσεις) και το μέγεθος των νοσοκομείων (αριθμός κλινών). Η τεχνική αποδοτικότητα CRS μετρήθηκε μεταξύ 80-83% και η τεχνική αποδοτικότητα VRS μεταξύ 86-89% για τα έτη της εξεταζόμενης περιόδου. Ο αριθμός των νοσοκομείων με σταθερή αποδοτικότητα καθ' όλη τη διάρκεια της ανάλυσης είναι 8 σύμφωνα με το CRS μοντέλο και 19 σύμφωνα με το VRS μοντέλο. Σύμφωνα με τη μέτρηση της αποδοτικότητας, διαπιστώνεται ότι το βέλτιστο μέγεθος κλίμακας για τα νοσοκομεία είναι στην κατηγορία 160-230 κλίνες, ενώ από την άποψη της οικονομικής αποδοτικότητας το βέλτιστο μέγεθος κλίμακας είναι στην κατηγορία 100-150 κλίνες. Αυτό το γεγονός καταδεικνύει ότι το βέλτιστο μέγεθος κλίμακας για τα Ελληνικά νοσοκομεία είναι μικρότερο από τα μεγαλύτερα μεγέθη που διαθέτουν πολλά από αυτά και που υποδεικνύονται σε σχετικές μελέτες. Για την αλλαγή της παραγωγικότητας συναρτήσει του χρόνου, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Malmquist (Malmquist Productivity Index, MPI). Ο MPI χρησιμοποιήθηκε ανά ζευγάρι διαδοχικών ετών. Ο MPI παρέμεινε σταθερά κάτω από 1, για το λειτουργικό και το οικονομικό περιβάλλον, υποδηλώνοντας τη μείωση της παραγωγικότητας με την πάροδο του χρόνου. Η αλλαγή στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων ήταν ελαφρά θετική τα τρία πρώτα έτη, αλλά αρνητική κατά το 4<sup>ο</sup> έτος. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων δείχνει ότι το Ελληνικό υπουργείο υγείας επιχείρησε να υλοποιήσει τη μεταρρύθμιση την οποία επιχείρησε η κυβέρνηση το 2007 υπό τις επιταγές της μείωσης του αυξημένου κόστους. Όμως, τα μεγάλα και μεσαία νοσοκομεία, αν και κατάφεραν να διατηρήσουν τα επίπεδα απόδοσης τους από την επιχειρησιακή σκοπιά, η οικονομική τους παραγωγικότητα μειώθηκε.

Οι Flokou, Aletras & Niakas (2017), εφάρμοσαν τη μέθοδο DEA για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων του ΕΣΥ μεταξύ των ετών 2009-2013. Τα νοσοκομεία χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες με ομοειδή χαρακτηριστικά, οι οποίες επέτρεψαν τη διεξαγωγή συγκρίσεων. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την window – DEA μέθοδο, η οποία επιλέχθηκε διότι οδηγεί σε αυξημένη διάκριση στα αποτελέσματα, ιδίως όταν εφαρμόζεται σε μικρά δείγματα και σε σειριακά αποτελέσματα έτους με έτος. Επιλέχθηκαν τρεις εισροές, νοσοκομειακά κρεβάτια, γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας και τρεις εκροές, νοσοκομειακές περιστατικά, χειρουργεία και εξωνοσοκομειακοί ασθενείς. Οι μεταβλητές αυτές εισήχθησαν σε ένα προσανατολισμένο στις εισροές δύο ετών μοντέλο window DEA, για την αξιολόγηση της τεχνικής αποδοτικότητας και της αποδοτικότητας κλίμακας καθώς και τον προσδιορισμό των αποδόσεων στην κλίμακα. Ο δείκτης παραγωγής Malmquist μαζί με τα συστατικά του, δηλαδή την αλλαγή καθαρής αποδοτικότητας, αλλαγή αποδοτικότητας κλίμακας και τεχνολογική κλίμακα, υπολογίστηκαν επίσης για την ανάλυση των πηγών μεταβολής της αποδοτικότητας μεταξύ της πρώτου και του τελευταίου έτους της περιόδου μελέτης. Η μελέτη έδειξε ότι ένα υψηλό επίπεδο τεχνικής και αποδοτικότητας κλίμακας παρέμεινε σταθερό καθόλη τη διάρκεια της πενταετίας. Τα ευρήματα του δείκτη Malmquist έδειξαν ότι τόσο η αποδοτικότητα κλίμακας όσο και η καθαρή αποδοτικότητα βελτιώθηκαν το 2013, ενώ η τεχνολογική αλλαγή ευνοήθηκε στις δύο ομάδες με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι και οι τέσσερις ομάδες νοσοκομείων λειτουργούσαν σε σχετικά υψηλά επίπεδα τεχνικής αποδοτικότητας και αποδοτικότητας κλίμακας καθόλη την περίοδο. Τα αποτελέσματα αποδοτικότητας (VRS) για όλες τις ομάδες μετρήθηκαν σε ένα εύρος από 85,5% σε 94%. Η μέση αποδοτικότητα κλίμακας μετρήθηκε σε ένα εύρος από 85,9% έως 94,6%. Η ανάλυση κατέδειξε ότι μόνο επτά νοσοκομεία μπορούν να θεωρηθούν τα πιο αποδοτικά και αυτά βρίσκονται διάσπαρτα σε όλες τις ομάδες. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι οι διοικητές νοσοκομείων και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να δίνουν προσοχή και να εξετάζουν διεξοδικά τις εφαρμοζόμενες πρακτικές τους και το τεχνολογικό τους προφίλ που μπορούν να χρησιμεύσουν ως σημεία αναφοράς για τους άλλους. Επίσης, η μέτρηση έδειξε αρκετά καλές επιδόσεις για ορισμένα νοσοκομεία τα οποία ετέθησαν ενός ημιαποδοτικού συνόρου, διατηρώντας ένα υψηλό σκορ αποδοτικότητας VRS τα χρόνια της μελέτης, αν και δεν ήταν εντελώς αποδοτικά. Επίσης μετρήθηκαν 33 νοσοκομεία, διάσπαρτα σε όλες τις ομάδες, τα οποία ήταν συνεχώς μη αποδοτικά. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι τιμές της τεχνικής αποδοτικότητας και της αποδοτικότητας κλίμακας βελτιώθηκαν σε όλες τις ομάδες στο τέλος της πενταετούς περιόδου, παρόλο που αυτά ήταν τα πιο δύσκολα έτη στην οικονομική κρίση. Η βελτίωση αυτή αποδίδεται στην αύξηση της αποδοτικότητας των λιγότερο αποδοτικών νοσοκομείων και παράλληλα επισημαίνονται και μειονεκτήματα της DEA να συλλάβει μη συγκριτικές αλλαγές, οπότε οφείλει να χρησιμοποιείται σε

συνδυασμό με άλλα μέσα αξιολόγησης. Συνολικά, διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση της αποδοτικότητας λόγω μεγάλης αύξησης των εκροών και μείωσης των εισροών.

Οι Economidou et al. (2017) μελέτησαν τις πηγές αναποδοτικότητας των Ελληνικών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Οι πηγές της αναποδοτικότητας σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, με διοικητικές πράξεις και παραλείψεις, αλλά και με τη χρήση των φαρμάκων. Ο πίνακας 4.4 περιγράφει τις πηγές της αναποδοτικότητας που έχουν διαπιστωθεί στο Ελληνικό σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, αλλά και τους βασικούς λόγους για την αναποτελεσματικότητα της ελληνικής υγείας που εξακολουθούν να υφίστανται παρά τα μέτρα που θεσπίστηκαν τα τελευταία χρόνια.

Οι Xenos et al. (2017), μελέτησαν την αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων κατά την πρώτη περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2009-2012. Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν από το Υπουργείο Υγείας, μετά από ποιοτικούς ελέγχους που εξασφάλισαν τη συγκρισιμότητα και την εγκυρότητα εισόδων και εξόδων νοσοκομείων. Η παραγωγικότητα εκτιμήθηκε με βάση το δείκτη Malmquist, επιμερίζοντας τις εκτιμώμενες τιμές σε αλλαγές αποδοτικότητας και τεχνολογικές αλλαγές. Τα ευρήματα κατέδειξαν σημαντικές διαφορές στην παραγωγικότητα των νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της μελετώμενης περιόδου. Περίπου 91% των νοσοκομείων βαθμολογούνται με 71% (κάτω από τη μονάδα) κατά το δείκτη Malmquist, γεγονός που δείχνει ότι τα νοσοκομεία αυτά λειτουργούν με φθίνουσα παραγωγικότητα. Μόνο κατά το τελευταίο έτος της μελέτης ο μέσος όρος του δείκτη Malmquist ανεβαίνει στο 152%, γεγονός που δείχνει τον αύξοντα ρυθμό της παραγωγικότητας. Οι κύριοι παράγοντες που συντέλεσαν στην αύξηση της παραγωγικότητας ήταν η αύξηση του ποσοστού πληρότητας, ο τύπος και το μέγεθος του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το μέσο νοσοκομείο εμφάνισε αύξηση της παραγωγικότητας μεταξύ των ετών 2009 και 2012. Όλη η αύξηση της παραγωγικότητας οφείλεται στην αλλαγή τεχνολογίας που εξηγείται από την αλλαγή στον τομέα της διαχείρισης και της υγειονομικής περίθαλψης. Τα νοσοκομεία που λειτουργούσαν κάτω από τη μείωση των αποδόσεων στην κλίμακα, θα μπορούσαν να αυξήσουν την αποδοτικότητα τους μειώνοντας την παραγωγικότητα τους. Ωστόσο, η μελέτη προτείνει την επανεξέταση των στόχων του τομέα υγείας για τα νοσοκομεία. Η έμφαση θα έπρεπε να δοθεί στην υλοποίηση και προώθηση διοικητικών και οργανωτικών μεταρρυθμίσεων, ώστε τα οφέλη από τις τεχνολογικές βελτιώσεις να είχαν μεγαλύτερη επίδραση στο μέλλον.



#### Πίνακας 4.4

#### Πηγές τεχνικής αναποδοτικότητας Ελληνικού συστήματος υγείας

Πηγή αναποδοτικότητας	Πιθανοί λόγοι αναποδοτικότητας
Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης: ακατάλληλο μείγμα προσωπικού	Μικρό προσωπικό των μονάδων υγείας- χαμηλός αριθμός νοσοκόμων και ανεπαρκής κατάρτιση - μη ισορροπημένη κατανομή των ειδικοτήτων και έλλειψη Γενικών Ιατρών
Φάρμακα: χαμηλή χρήση και υπερτιμήσεις των γενόσημων φαρμάκων	Χαμηλή αντιληπτή αποτελεσματικότητα / ασφάλεια γενόσημων φαρμάκων – κανονιστικό πλαίσιο συνταγογράφησης
Φάρμακα: παράλογη χρήση φαρμάκων	ζήτηση / προσδοκία των καταναλωτών – ανεπαρκές κανονιστικό πλαίσιο
Προϊόντα υγειονομικής περίθαλψης: υπερβολική χρήση διαδικασιών, ερευνών και εξοπλισμού	Προκαταρκτική ζήτηση από τον προμηθευτή. ο φόβος της δικαστικής προσφυγής (αμυντική ιατρική)
Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης: μη βέλτιστη ποιότητα φροντίδας και ιατρικά λάθη	Ανεπαρκείς οδηγίες, πρότυπα ή πρωτόκολλα - κακός συντονισμός - ανεπαρκής εποπτεία – απουσία ιατρικών αρχείων
Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης: ελλείψεις πρωτογενών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	Απουσία συστήματος παραπομπής - χαμηλή έμφαση στην παραπομπή και την πρόληψη
Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης: ακατάλληλο μέγεθος νοσοκομείων	Η ανομοιογενής ιστορική εξέλιξη των νοσοκομείων. Ανεπαρκής σχεδιασμός, συντονισμός και έλεγχος
Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης: ακατάλληλες εισαγωγές στο νοσοκομείο ή διάρκεια νοσηλείας	Έλλειψη εναλλακτικών ρυθμίσεων περίθαλψης – ανεπαρκή κίνητρα για την απαλλαγή – μη εφαρμογή DRGs
Διαρροές συστήματος υγείας: διαφθορά και απάτη	Διαφθορά και ανεπίσημες πληρωμές - ασαφείς πόροι – φτωχοί μηχανισμοί λογοδοσίας
Διοικητική πολυπλοκότητα: αναποτελεσματική ή λανθασμένους κανόνες	Γραφειοκρατία, έλλειψη τυποποιημένων μορφών, κρυφές διοικητικές δαπάνες.

Πηγή : Economou et al., 2017

Οι Economou et al. (2014) αναφέρουν ότι τα νοσοκομεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας δεν είναι αποδοτικά ενώ αξιοποίηση των διαθέσιμων εσόδων δεν υπερβαίνει το ποσοστό του 80%. Για να επιτευχθεί η αύξηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, εφαρμόστηκαν νέες πολιτικές προμηθειών, ηλεκτρονικές δημοπρασίες, υποβολή προσφορών και επαναδιαπραγμάτευση των συμβάσεων με ένα αριθμό προμηθευτών. Τα Γενικά Νοσοκομεία επιδόθηκαν μετά το 2011 σε μια προσπάθεια συγκράτησης του κόστους, προσπάθεια

που όμως δεν έκανε δυνατή την επίτευξη των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων. Μέσα σε μια διετία πράγματι οι δαπάνες μειώθηκαν κατά 680.000.000 Ευρώ, όμως αυτό το γεγονός ήταν αποτέλεσμα των περικοπών σε εύκολα περικοπούμενες ημερήσιες Ιατρικές πράξεις. Επίσης, αναφέρουν ότι και άλλες μελέτες παρουσιάζουν παρόμοια ευρήματα, τονίζοντας ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν επιτύχει να μειώσουν τους προϋπολογισμούς τους αλλά χωρίς να αυξήσουν τα αποτελέσματα της αποδοτικότητας τους.

Μια επισκόπηση των μελετών αποδοτικότητας του τομέα υγείας στην Ελλάδα έχει πραγματοποιηθεί από τη Διαμαντάτου (2016). Στην επισκόπηση αυτή φαίνονται η μέθοδος DEA που χρησιμοποιείται για κάθε μελέτη, οι εισροές και οι εκροές καθώς και τα αποτελέσματα στα οποία καταλήγει η κάθε μελέτη. Η επισκόπηση αυτών των μελετών αποδοτικότητας φαίνεται στον πίνακα 4.5.

**Πίνακας 4.5 Μελέτες αποδοτικότητας τομέα υγείας στην Ελλάδα**

A/A	Συγγραφείς	Μέθοδος Εκτίμησης	Μέγεθος Δείγματος	Εισροές	Εκροές	Αποτελέσματα
1.	Kounetas & Papathanassopoulos (2013)	Bootstrap DEA	111	Κλίνες, ιατροί, νοσηλευτές	Ημέρες νοσηλείας, εξωτερικοί ασθενείς, χειρουργεία, ιατρικές εξετάσεις	Πάνω από το 80% των εξεταζόμενων νοσοκομείων φαίνεται να έχουν τεχνική αποδοτικότητα μικρότερη από 0,8, ενώ η πλειονότητα φαίνεται να παρουσιάζει αποδοτικότητα κλίμακας. Επιπλέον, η απόδοση διαφέρει με τη συμπερίληψη των ιατρικών εξετάσεων ως πρόσθετη μεταβλητή. Από την άλλη, η πληρότητα των κλινών φάνηκε να επηρεάζει τόσο την τεχνική όσο και την αποδοτικότητα κλίμακας, ενώ η υιοθέτηση προηγμένου ιατρικού εξοπλισμού και ο τύπος του νοσοκομείου βελτιώνουν την αποδοτικότητα κλίμακας και την τεχνική αποδοτικότητα αντίστοιχα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης για την απόδοση των ελληνικών νοσοκομείων δεν είναι ενθαρρυντικά. Επιπλέον, τα αποτελέσματα εγείρουν ερωτήματα σχετικά με τον αριθμό των νοσοκομείων που πρέπει να λειτουργούν και τον τύπο του νοσοκομείου που είναι πιο αποδοτικός. Τέλος, τα αποτελέσματα δείχνουν το ρόλο του ιατρικού εξοπλισμού στην απόδοση, επιβεβαιώνοντας την κακή κατανομή δαπανών υγείας
2.	Mitropoulos et al., (2013)	Bootstrap DEA	96 γενικά νοσοκομεία (2005)	Δαπάνες προσωπικού, δαπάνες προμηθειών, λειτουργικό κόστος, αριθμός ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού	Εισαγωγές, χειρουργεία, εξωτερικοί ασθενείς, εργαστηριακές εξετάσεις	Αν και οι μέσες βαθμολογίες αποδοτικότητας έχουν παρέμειναν σχετικά σταθερές σε σύγκριση με τις προηγούμενες αξιολογήσεις, υπάρχουν εσωτερικές αλλαγές στις επιδόσεις των νοσοκομείων
3.	Dimas et al., (2012)	Malmquist-DEA	22 νοσοκομεία 2002-5	Κλίνες, Αμοιβές προσωπικού συνολικά	Ημέρες νοσηλείας, εξωτερικοί ασθενείς	Το υψηλό επίπεδο δαπανών αποτελεί τον οδηγό της μη-αποδοτικότητας
4.	Flokou et al., (2011)	DEA Cluster Analysis	27 μικρά προς μεσαία νοσοκομεία	Κλίνες ιατροί, λοιπό προσωπικό	Αριθμός επειγόντων περιστατικών, χειρουργεία, μίγμα περιστατικών, εξωτερικοί ασθενείς	Οι αυτο-αξιολογούμενες DEA αποδοτικότητες συμπληρώνονται με τις ομοιο-αξιολογούμενες διασταυρούμενες αποδοτικότητες σε εφαρμογές υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζοντας σημαντικό πεδίο σε αυτόν τον τομέα για ενασχόληση με μετα-DEA μεθόδους

A/A	Συγγραφείς	Μέθοδος Εκτίμησης	Μέγεθος Δείγματος	Εισροές	Εκροές	Αποτελέσματα
5.	Tsekouras et al., (2010)	Bootstrapped DEA	39	BIT, κλίνες, ιατροί, νοσηλευτές	Ημέρες νοσηλείας	Η τεχνική αποδοτικότητα επωφελείται από την ενσωμάτωση των νέων ιατρικών τεχνολογιών, αλλά η αποδοτικότητα κλίμακας παραμένει ανεπηρέαστη
6.	Katharaki (2008)	DEA	32 μαιευτικές-γυναικολογικές μονάδες	Κλίνες, ιατρικό προσωπικό συνολικά έξοδα	Ημέρες νοσηλείας, εσωτερικοί, εξωτερικοί ασθενείς, εργαστηριακές εξετάσεις	Υπάρχουν τομείς που πρέπει να αναδιοργανωθούν προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα. Το "μοντέλο" νοσοκομειακές μονάδες καθώς και παράγοντες παραγωγής προσδιορίστηκαν
7.	Aletras et al., (2007)	DEA	51 γενικά	Προσωπικό	Μίγμα περιστατικών	Μείωση της τεχνικής και αποδοτικότητας κλίμακας ακολουθώντας τις αλλαγές πολιτικής
8.	Kontodimopoulos et al., (2006)	DEA	KY	Ιατροί, νοσηλευτές, κλίνες	Εισαγωγές, εξωτερικοί ασθενείς, προληπτική ιατρική	Ανεπάρκειες όσον αφορά στην παραγωγική διαδικασία νοσοκομείων / κέντρων υγείας που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας και βελτιώσεις στην αποδοτικότητας θα πρέπει να επιδιωχθούν χωρίς διακύβευση της ισοτιμίας στην πρόσβαση
9.	Zavras et al., (2002)	DEA	133 ΙΚΑ	Αριθμός προσωπικού ανά κατηγορία, πληθυσμός κάλυψης	Εξωτερικοί ασθενείς	Κέντρα με την τεχνολογική υποδομή για την εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων παρουσίασαν υψηλότερα σκορ αποδοτικότητας. Επιπλέον, κέντρα με πληθυσμό κάλυψης 10.000-50.000 βρέθηκαν να είναι πιο αποδοτικά
10.	Giokas (2001)	Διάφορες παραμετρικές και μη παραμετρικές μέθοδοι	91	Ημέρες νοσηλείας, Εξωτερικοί ασθενείς, επικουρικές υπηρεσίες	Μισθοί, δαπάνες, προμήθειες	Το 4,1% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σε όρους ΑΕΠ οφείλονται σε ανεπάρκειες που δημιουργήθηκαν από τα δημόσια, γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία
11.	Athanassopoulos & Gounaris (2001)	DEA	98	Προσωπικό, φάρμακα, προμήθειες, δαπάνες, κλίνες	Αριθμός ασθενών, εξετάσεις	10-18% εξοικονόμηση νοσοκομειακού κόστους
12.	Athanassopoulos et al., (1999)	DEA input oriented	98	Προσωπικό, κλίνες	Ασθενείς παθολογικού και χειρουργικού τομέα, εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις	Η μη αποδοτικότητα ή η χαμηλή αποδοτικότητα είναι το αποτέλεσμα της κακής διαχείρισης των οικονομικών πόρων και όχι της έλλειψης ιατρικού και άλλου προσωπικού

Πηγή : Διαμαντάτου, 2016

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

### 5.1 Ερωτήματα της έρευνας

Στο σημείο αυτό έχει ήδη αναλυθεί η οικονομική κρίση, η επίδραση της πολιτικής στην οικονομική κρίση και η αποδοτικότητα. Είναι πλέον απαραίτητη η διατύπωση των ερωτημάτων της έρευνας. Δεδομένου ότι οι πολιτικές υγείας σε μια οικονομική κρίση επιχειρούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα, όπως προκύπτει από τη θεωρητική ανάλυση, είναι κρίσιμο να εξεταστεί εάν στη συγκεκριμένη περίπτωση της Ελληνικής οικονομικής κρίσης το καταφέρνουν. Το κεντρικό ερώτημα της έρευνας διατυπώνεται ως εξής :

Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την Ελληνική οικονομική κρίση αυξάνουν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας;

Η υπόθεση που γίνεται στην παρούσα έρευνα είναι ότι το ερώτημα θα απαντηθεί θετικά. Έχοντας υπόψη ότι οι πολιτικές υγείας επιδιώκουν γενικά, αλλά και ειδικότερα σε οικονομική κρίση, να αυξήσουν την αποδοτικότητα, η υπόθεση διατυπώνεται ως εξής : οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την Ελληνική οικονομική κρίση αυξάνουν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Το ερώτημα της έρευνας, μετά το εφαρμοσμένο μέρος της έρευνας, μπορεί να απαντηθεί θετικά ή αρνητικά. Σε καθεμία από αυτές της περιπτώσεις, η απάντηση αυτή σημαίνει ότι :

- Εάν το ερώτημα απαντηθεί θετικά, σημαίνει ότι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την Ελληνική οικονομική κρίση αύξησαν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Στην περίπτωση αυτή, ο σκοπός να επιτύχουν οι πολιτικές υγείας την αύξηση της αποδοτικότητας, κυρίως στην ιδιαίτερη δύσκολη κατάσταση για το σύστημα υγείας μέσα στην οικονομική κρίση, θα έχει επιτευχθεί. Η επιδίωξη της αύξησης της αποδοτικότητας, η οποία ήταν χαμηλή πριν την οικονομική κρίση, μέσω της συγκράτησης των εισροών και της σχετικής διατήρησης ή αύξησης των εκροών θα έχει συντελεστεί.
- Εάν το ερώτημα απαντηθεί αρνητικά, σημαίνει ότι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την Ελληνική οικονομική κρίση δεν κατάφεραν να αυξήσουν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Στην περίπτωση αυτή, ο σκοπός να επιτύχουν οι πολιτικές υγείας την αύξηση της αποδοτικότητας στην οικονομική κρίση δεν θα έχει επιτευχθεί. Εάν αυτό συμβεί, θα εξεταστεί και ο λόγος για τον οποίο συνέβη. Θα εξεταστεί εάν οι πολιτικές υγείας απέτυχαν να μειώσουν τις εκροές ή εάν μειώθηκαν παράλληλα και οι εισροές.

Πέραν του κεντρικού ερωτήματος της έρευνας, μπορούν να διατυπωθούν και τα επιμέρους ερωτήματα. Τα δευτερεύοντα ερωτήματα αυτά σχετίζονται με την διάκριση της αποδοτικότητας σε τεχνική αποδοτικότητα, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας. Αυτό που επιδιώκεται να απαντηθεί με τα δευτερεύοντα ερωτήματα είναι κατ' αρχήν η διακύμανση των τιμών της αποδοτικότητας κατά την περίοδο πριν και μετά την οικονομική κρίση. Τα ερωτήματα που σχετίζονται με τη διακύμανση των τιμών της αποδοτικότητας είναι τα εξής :

- Πως μεταβάλλονται η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας των νοσοκομείων κατά την μελετώμενη περίοδο;
- Πως μεταβάλλονται η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας των μεγαλύτερων και των μικρότερων νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο; (επιδιώκεται να συγκριθεί αυτή η μεταβολή με τη μεταβολή των μεγεθών των γενικών νοσοκομείων).
- Πως μεταβάλλονται η τεχνική, η καθαρή, τεχνική και αποδοτικότητα κλίμακας των νοσοκομείων λαμβάνοντας υπόψη τα οικονομικά στοιχεία και τη δραστική περικοπή αυτών (λιτότητα); (Επιδιώκεται να συγκριθεί αυτή η μεταβολή με τη μεταβολή κλασικών μοντέλων χωρίς οικονομικά στοιχεία για να καταδειχθεί τυχόν επίδραση της λιτότητας).

Ως προς την επίδραση των πολιτικών υγείας σε καθεμία από αυτές τις κατηγορίες αποδοτικότητας κατά τη μελετώμενη περίοδο, διατυπώνονται επιπλέον ερωτήματα. Τα ερωτήματα αυτά επιδιώκουν να διευκρινίσουν την θετική ή αρνητική επίδραση των πολιτικών υγείας στις τιμές της αποδοτικότητας και διατυπώνονται ως εξής:

- Με ποιο τρόπο επιδρούν οι πολιτικές υγείας της κάθε κυβέρνησης στην τεχνική, την καθαρή και την αποδοτικότητα κλίμακας των νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο;
- Ποια η ποσοστική επίδραση των πολιτικών λιτότητας κατά τη μελετώμενη περίοδο στην τεχνική, την καθαρή και την αποδοτικότητα κλίμακας των νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο.

Οι απαντήσεις σε όλα αυτά τα ερωτήματα θα σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για την επίδραση των πολιτικών υγείας στις τιμές της αποδοτικότητας, τόσο για το πώς συντελείται αυτή η επίδραση όσο και ως προς το συνολικό πρόσημο της και θα αποκαλύψουν για ποιους λόγους οι τιμές της αποδοτικότητας αυξηθηκαν ή όχι κατά τη μελετώμενη περίοδο.

Η θετική ή αρνητική απάντηση του κυρίου ερωτήματος της έρευνας θα πρέπει να ειπωθεί σε σχέση και με τα δευτερεύοντα ερωτήματα της έρευνας. Τα δευτερεύοντα ερωτήματα της έρευνας αφορούν τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας και την επίδραση των πολιτικών υγείας σε αυτές. Οπότε, θα καταστεί δυνατό να εξεταστεί κατά πόσο οι πολιτικές υγείας καθεμιας κυβέρνησης

επιδρούν θετικά ή αρνητικά στις τιμές της αποδοτικότητας κατά την περίοδο διακυβέρνησης και για ποιο λόγο συμβαίνει αυτό.

## 5.2 Μεθοδολογία έρευνας

Για τη διενέργεια της έρευνας, πέραν της διατύπωσης των ανωτέρω ερωτημάτων, πραγματοποιήθηκαν οι εξής ενέργειες:

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση προκειμένου να διατυπωθεί το θεωρητικό μέρος της έρευνας. Ως προς τη βιβλιογραφική επισκόπηση, οι πηγές που επιλέχθηκαν ήταν δημοσιευμένες έρευνες σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά (που έχουν εκδοθεί από επιστημονικούς οίκους που αναφέρονται στη βάση δεδομένων HEAL-LINK) και ακαδημαϊκά συγγράμματα. Η βιβλιογραφική επισκόπηση που πραγματοποιήθηκε διακρίθηκε σε :

- Βιβλιογραφική επισκόπηση των οικονομικών κρίσεων με έμφαση στη σύγχρονη παγκόσμια οικονομική κρίση και στην Ελληνική οικονομική κρίση.
- Βιβλιογραφική επισκόπηση της δημόσιας πολιτικής, της αλλαγής της πολιτικής αυτής και της πολιτικής που ακολουθείται από τις κυβερνήσεις σε μια οικονομική κρίση με έμφαση στις πολιτικές υγείας.
- Βιβλιογραφική επισκόπηση των πολιτικών υγείας των Ελληνικών κυβερνήσεων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ώστε να καταδειχθεί πως οι πολιτικές αυτές επιδρούν θεωρητικά στην αποδοτικότητα των οργανισμών.
- Βιβλιογραφική επισκόπηση των εννοιών της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας και ανασκόπηση των δημοσίων πολιτικών που επιδρούν στην αποδοτικότητα.
- Βιβλιογραφική επισκόπηση των μεθόδων μέτρησης αποδοτικότητας και κυρίως της μεθόδου DEA.
- Βιβλιογραφική επισκόπηση της πολιτικής των Ελληνικών κυβερνήσεων πριν και μετά την Ελληνική κρίση, με έμφαση στις πολιτικές υγείας και στις πολιτικές υγείας που συμβάλλουν στην αύξηση της αποδοτικότητας.

Στη συνέχεια, χρειάστηκε να μετρηθεί η αποδοτικότητα. Για να μπορέσει η μέτρηση της αποδοτικότητας να γίνει εφικτή, έπρεπε να επιλεγεί η κατάλληλη μέθοδος μέτρησης αποδοτικότητας. Ανασκοπήθηκαν οι παραμετρικές και μη παραμετρικές μέθοδοι μέτρησης της αποδοτικότητας και επιλέχθηκε η μέθοδος DEA και ειδικότερα η μέθοδος Window-DEA. Η μέθοδος DEA επιλέχθηκε αφού εκτιμήθηκαν τα πλεονεκτήματα της έναντι των άλλων μεθόδων αλλά και η εκτεταμένη βιβλιογραφία για την εφαρμογή της σε περιπτώσεις που επιχειρείτο η

μέτρηση της μεταβολής της αποδοτικότητας επί σειρά ετών. Η βιβλιογραφία για τη μέτρηση αποδοτικότητας με τη μέθοδο DEA είναι εξαιρετικά εκτεταμένη, ενώ η μέτρηση αποδοτικότητας μονάδων υγείας με τη μέθοδο DEA και κάποιες φορές με την μέθοδο Window-DEA είναι συχνά απαντώμενη. Επίσης, ένα ισχυρό θεωρητικό υπόβαθρο έχει αναπτυχθεί για τη μέθοδο DEA και τα μοντέλα αυτής. Οπότε, η μέθοδος DEA εμφάνισε πλεονεκτήματα για την επιλογή της στην έρευνα μας. Επίσης, επειδή η σχέση μεταξύ των εισροών και την εκροών της έρευνας δεν υφίσταται, η μέθοδος DEA είναι πιο κατάλληλη διότι χρησιμοποιεί μη συσχετισμένες εισροές και εκροές χωρίς να είναι γνωστή η συνάρτηση παραγωγής. Επίσης, οι εισροές και οι εκροές της έρευνας μας μετρώνται σε διαφορετικές μονάδες μέτρησης, μια κατάσταση την οποία η DEA μπορεί να αντιμετωπίσει. Ένας ακόμη λόγος για τον οποίο προτιμήθηκε η DEA ήταν η διάθεση ενός αριθμού προγραμμάτων ελεύθερου λογισμικού που εγκαταστάθηκαν στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα μας. Η μέθοδος DEA ήταν η πιο κατάλληλη για την επίλυση μεγάλου πλήθους εξισώσεων οι οποίες απαιτήθηκαν από την έρευνα μας και η αποτελεσματικότητα ή μη κάθε μονάδας ή ομάδας μονάδων μπόρεσε με αυτή τη μέθοδο να εντοπιστεί με ακρίβεια.

- Για την πραγματοποίηση της μελέτης δημιουργήθηκαν δύο μοντέλα DEA, ένα που δεν χρησιμοποιεί τα οικονομικά στοιχεία και ένα που χρησιμοποιεί οικονομικά στοιχεία. Για τα μοντέλα αυτά, καθορίστηκαν οι εισροές και με εκροές, οι οποίες ανασκοπήθηκαν από τη διεθνή βιβλιογραφία για παρόμοιες περιπτώσεις.
- Η συλλογή στοιχείων υπαγορεύτηκε από τη μέθοδο επεξεργασίας την οποία χρησιμοποιούμε. Για να πραγματοποιηθεί η έρευνα μας, απαιτήθηκε η ύπαρξη στοιχείων σχετικά με τις εισροές και τις εκροές των νοσοκομείων, προκειμένου να τροφοδοτηθούν τα μοντέλα DEA. Τα στοιχεία αυτά αναζητήθηκαν και βρέθηκαν να υπάρχουν στην Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Συνάφθηκε συμβόλαιο με την Ελληνική Στατιστική Αρχή για τη χορήγηση των απαιτούμενων στοιχείων. Σε ενδιάμεσα στάδια της έρευνας αναζητήθηκαν και αποκτήθηκαν στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας, από τις Υγειονομικές Περιφέρειες και από τα ίδια τα δημόσια νοσοκομεία. Ορισμένα από τα στοιχεία αυτά χρησιμοποιήθηκαν για να τροφοδοτήσουν τα μοντέλα DEA και να εξαχθούν τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Τα μοντέλα που δημιουργήθηκαν για την έρευνα αυτά έτρεξαν με το πρόγραμμα EMS σε τρεις διαφορετικές περιπτώσεις :

- Μια μελέτη Window-DEA εκπονήθηκε για ένα δείγμα που περιελάμβανε όλα τα γενικά νοσοκομεία της Ελλάδας, τα οποία λειτουργούσαν κατά όλα τα έτη της μελετώμενης περιόδου. Η μελέτη αυτή υπολόγισε την τεχνική, την καθαρή και την αποδοτικότητας κλίμακας, χωρίς να χρησιμοποιήσει περιορισμό βαρών και προσέγγισε με μεγάλη



λεπτομέρεια και με δυνατότητα σύγκρισης με μελλοντικές έρευνες την μεταβολή των μεγεθών της αποδοτικότητας.

- Μια μελέτη Window-DEA εκπονήθηκε για το ίδιο δείγμα όλων των γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας, για τον υπολογισμό της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας, αλλά με περιορισμό βαρών. Η μελέτη αυτή πέραν των υπολογισμών των τιμών της αποδοτικότητας με περιορισμό βαρών, επιχειρεί να δείξει και την διαφορά της επίδρασης των βαρών στους υπολογισμούς αυτούς.
- Μια μελέτη Window-DEA εκπονήθηκε για ένα δείγμα που αφορούσε τα Ελληνικά νοσοκομεία ανά ΥΠΕ. Η μελέτη αυτή χρησιμοποίησε τα οικονομικά στοιχεία που αποκτήθηκαν για τις υγειονομικές περιφέρειες με περιορισμό βαρών και χρησιμοποιήθηκε για την αποτίμηση των πολιτικών λιτότητας υγείας των Ελληνικών Κυβερνήσεων κατά τη μελετώμενη περίοδο.
- Μια μελέτη Window-DEA εκπονήθηκε για το ίδιο δείγμα των Ελληνικών νοσοκομείων ανά ΥΠΕ χωρίς τα οικονομικά στοιχεία και με περιορισμό βαρών. Η μελέτη αυτή επιχείρησε να παράγει αποτελέσματα για τη μη εισαγωγή οικονομικών στοιχείων, που θα ήταν απόλυτα συγκρίσιμα με τα αποτελέσματα της προηγούμενης μελέτης σχετικά με την εισαγωγή των οικονομικών στοιχείων.

Στη συνέχεια, αναλύθηκαν τα αποτελέσματα με βάση την επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

- Αναλύθηκε η επίδραση των πολιτικών υγείας της κάθε κυβέρνησης χωριστά στη μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.
- Αναλύθηκε η επίδραση των πολιτικών υγείας στις εισροές και τις εκροές των νοσοκομείων του συστήματος υγείας.
- Αναλύθηκε η επίδραση της μεταβολής των εισροών και εκροών των νοσοκομείων στην αποδοτικότητα τους.
- Αναλύθηκε η μεταβολή των μεγεθών της αποδοτικότητας και ο τρόπος με τον οποίο αυτή συμβάλει στην απάντηση του κεντρικού ερωτήματος.

Η ανάλυση αυτή πραγματοποιείται ως εξής :

A) κυβέρνηση Καραμανλή (2007-2009) :

- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή στις εισροές και εκροές της μελέτης των γενικών νοσοκομείων κατά την υποπερίοδο αυτή.

- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων όπως προκύπτει από τις μελέτες με και χωρίς περιορισμό βαρών.
- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή στην μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μεγάλων και μικρών γενικών νοσοκομείων.

Με την ανάλυση αυτή, καταδεικνύεται πως επιδρούν οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή στις εισροές και τις εκροές και στις τιμές της αποδοτικότητας, όπως αυτές προέκυψαν από τις μετρήσεις Window-DEA. Δηλαδή, η τιμή της τεχνικής αποδοτικότητας, για παράδειγμα έχει αυξηθεί κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή. Η αύξηση της τιμής αυτής προκύπτει από τη μείωση ορισμένων εκ των εισροών. Πράγματι, οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή στοχεύουν στη μείωση των συγκεκριμένων εισροών.

Β) κυβερνήσεις Παπανδρέου (2009-2011) και Παπαδήμου (2011-2012):

- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στις εισροές και εκροές της μελέτης των γενικών νοσοκομείων
- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων με και χωρίς περιορισμό βαρών.
- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μεγάλων και μικρών γενικών νοσοκομείων.
- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας όλων των νοσοκομείων με οικονομικά στοιχεία.

Με την ανάλυση αυτή, καταδεικνύεται πως επιδρούν οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στις εισροές και τις εκροές και στις τιμές της αποδοτικότητας, όπως αυτές προέκυψαν από τις μετρήσεις Window-DEA.

Γ) κυβέρνηση Σαμαρά (2012-2014):

- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά στις εισροές και εκροές της μελέτης των γενικών νοσοκομείων
- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων με και χωρίς περιορισμό βαρών.
- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μεγάλων και μικρών γενικών νοσοκομείων.

- Ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας όλων των νοσοκομείων με οικονομικά στοιχεία.

Με την ανάλυση αυτή, καταδεικνύεται πως επιδρούν οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή στις εισροές και τις εκροές και στις τιμές της αποδοτικότητας, όπως αυτές προέκυψαν από τις μετρήσεις Window-DEA.

Η πραγματοποίηση των ανωτέρω αναλύσεων, καταδεικνύει την επίδραση των πολιτικών υγείας με τα ληφθέντα μέτρα για την εφαρμογή αυτών των πολιτικών από τις κυβερνήσεις, στη μεταβολή των τιμών της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας, μέσω και της μελέτης της επίδρασης καθεμιάς εκ των πολιτικών υγείας στις εισροές και τις εκροές της μελέτης. Με τον τρόπο αυτό, εντοπίζεται η επίδραση των πολιτικών υγείας στη μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας, δηλαδή στην παραγωγή έργου με δεδομένες εισροές, στη μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας, δηλαδή στη διαχειριστική επίδοση των νοσοκομείων και στη μεταβολή της αποδοτικότητας κλίμακας, δηλαδή στην τοποθέτηση των νοσοκομείων στο σωστό μέγεθος. Η έρευνα που συνδέει την εφαρμογή των πολιτικών υγείας με τη μεταβολή της αποδοτικότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

#### **6.1 Ανασκόπηση της δημοσίας πολιτικής εκατέρωθεν της κρίσης (2007-2014)**

##### *6.1.1 Πολιτική κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή (2007-2009)*

Η ανάλυση της πολιτικής μιας κυβέρνησης πριν την οικονομική κρίση, είναι απαραίτητη προκειμένου να εξεταστεί η αλλαγή πολιτικής που σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Αυτό γίνεται, διότι για να υπάρξει αλλαγή πολιτικής, είναι απαραίτητο η νέα πολιτική να διαφοροποιείται ως προς την προηγούμενη πολιτική (Ladi, 2014 : 189). Η τελευταία κυβέρνηση που εκτέλεσε τα καθήκοντα της πριν την οικονομική κρίση ήταν η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή. Αυτή η κυβέρνηση δημιουργήθηκε με τη στήριξη μιας ισχυρή πλειοψηφία 152 Βουλευτών, η οποία προέκυψε από τις εκλογές του Σεπτεμβρίου 2007 (Gemenis, 2008 : 98). Κατά τη διάρκεια της θητείας της αντιμετώπισε τη διαπίστωση μιας δύσκολης οικονομικής κατάστασης, που συνίστατο κυρίως στην αντιμετώπιση ένα διαρκώς αυξανόμενου ελλείμματος, το οποίο συσώρευε ένα διογκούμενο κρατικό χρέος. Το Ελληνικό δημόσιο χρέος άρχισε να συσσωρεύεται από το έτος 2001, όταν εισήχθη το Ευρώ ως επίσημο νόμισμα και κορυφώθηκε το έτος 2009, χρονιά κατά την οποία η χώρα γνώρισε τις επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Κατά το τελευταίο έτος της διακυβέρνησης Κώστα Καραμανλή, το 2009, το χρέος το χρέος ανήλθε σε περίπου 300 δις Ευρώ, πολύ περισσότερα από τον ετήσιο κύκλο της οικονομίας και το έλλειμμα ανήλθε στο 12,7% επί του ΑΕΠ, πολύ περισσότερο από όριο του 3% της ΕΕ (Bistis, 2016). Ωστόσο, η κυβέρνηση δεν πήρε αυστηρά μέτρα εγκαίρως προκειμένου να επιχειρήσει την εξάλειψη του ελλείμματος.

Όμως, η συρρίκνωση του ΑΕΠ, τα σημαντικά δημοσιονομικά ελλείμματα, τα προβλήματα ρευστότητας και η μείωση εξαγωγών, ως αποτελέσματα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης έγιναν έντονα αισθητά από τα μέσα του 2008 και έπειτα και προκάλεσαν μείωση της παραγωγικής διαδικασίας. Στον τραπεζικό τομέα, οι Ελληνικές τράπεζες βρέθηκαν εκτεθειμένες λόγω του υπερβολικά υψηλού δανεισμού τους. Για το λόγο αυτό, η Κυβέρνηση εκπόνησε ένα σχέδιο τραπεζικής ρευστότητας ύψους 24 δις. Ευρώ το Φεβρουάριο του έτους 2009, δηλαδή κατά το τελευταίο έτος των καθηκόντων της (Bastian, 2010).

Στον τομέα της εξωτερικής πολιτικής, η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή ακολούθησε μια πολιτική υπεράσπισης των Εθνικών συμφερόντων, με την άσκηση βέτο στην ένταξη της Πρώην Γιουγκοσλαβικής Δημοκρατίας της Μακεδονίας (ΠΓΔΜ) στο ΝΑΤΟ. Ενώ από την προηγούμενη κυβέρνηση διεξάγονταν ενταξιακές συνομιλίες, η Εθνικιστική πολιτική της κυβέρνησης της ΠΓΔΜ που ακολουθήθηκε κατά τη διάρκεια της άσκησης των καθηκόντων της νέας κυβέρνησης, προκάλεσε τη μεταβολή της θέσης της κυβέρνησης μέσω της εξαγγελίας της Υπουργού Μπακογιάννη για την υιοθέτηση μιας σύνθετης ονομασίας. Στη θέση αυτή, που αντιμετώπισε την αντίδραση της κυβέρνησης των ΗΠΑ, συμφώνησαν όλα τα Ελληνικά κόμματα πλην του ΛΑΟΣ. Η άσκηση βέτο από την κυβέρνηση είχε τελικά ως αποτέλεσμα τη μη ένταξη της ΠΓΔΜ στο ΝΑΤΟ. Εξαιτίας του βέτο, η ΠΓΔΜ προσέφυγε στο Διεθνές Δικαστήριο. Το αιτιολογικό αυτής της προσφυγής, ήταν ότι η Ελλάδα παραβίασε τη διμερή συμφωνία που είχε υπογραφεί, εφόσον δεν δέχτηκε την ένταξη της χώρας αυτής σε Διεθνές Οργανισμό (Karavias & Tzanakoropoulos, 2008). Αν και διαφαινόταν μια δυσκολία στη δικαίωση της ΠΓΔΜ από το Διεθνές Δικαστήριο, αυτό με απόφαση του δικαίωσε την προσφυγή της χώρας αυτής. Όμως η Ελληνική κυβέρνηση επέμεινε στο Βέτο, το οποίο συνεχίστηκε και από τις επόμενες κυβερνήσεις. Τα τρία βασικά ζητήματα εξωτερικής πολιτικής, δηλαδή το θέμα των σχέσεων με την Τουρκία, το θέμα της ονομασίας της ΠΓΔΜ και το θέμα της αναγνώρισης του Κοσσυφοπεδίου, θεωρήθηκε ότι έμειναν στάσιμα κατά τη διάρκεια της θητείας της κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή (Bastian, 2010).

Στον τομέα της δημόσιας τάξεως, η κυβέρνηση ακολούθησε μια πολιτική έντονης καταστολής των απεργιών και των διαδηλώσεων. Ως αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής, η ικανότητα της κυβέρνησης να εξασφαλίσει δημόσια ασφάλεια τέθηκε υπό αμφισβήτηση. Τον Δεκέμβριο του 2008, η αστυνομία σκότωσε ένα έφηβο αγόρι, προκαλώντας ημέρες βίαιων διαμαρτυριών αναρχικών, φοιτητών και ομάδων εργασίας στην Αθήνα και αλλού, που αποδόθηκαν στην αύξηση της ανεργίας των νέων και την έλλειψη ελπίδας για τις μελλοντικές οικονομικές συνθήκες. Η κυβέρνηση στο ζήτημα της δημοσίας τάξεως, δέχτηκε κριτική για τις παθητικές απαντήσεις της στα θέματα αναταραχών και τη βραδύτητα στην αποκατάσταση του νόμου και της τάξης (Migdalovitz, 2009).

Στον τομέα του Περιβάλλοντος και σχετικά με τη διαχείριση του Εθνικού πλούτου, νομοθετήθηκαν διατάξεις που διευκόλυναν την ανταλλαγή μοναστηριακών εκτάσεων με κρατικές εκτάσεις και πραγματοποιήθηκαν διαπραγματεύσεις κυβερνητικών αξιωματούχων με εκκλησιαστικούς αξιωματούχους. Η ενέργεια αυτή της κυβέρνησης κατηγορήθηκε ότι αποσκοπούσε για τις εν κρυπτώ μεταβιβάσεις των μοναστηριακών εκτάσεων σε offshore εταιρίες του εξωτερικού. Το αποτέλεσμα αυτών των διαδικασιών ήταν να κατηγορηθεί η κυβέρνηση για ένα μεγάλο σκάνδαλο, το οποίο ήταν η διευκόλυνση ενός μοναστηριού να κάνει εμπόριο φθηνής γης. Η υπόθεση αποκαλύφθηκε μετά τις καταγγελίες του δημοσιογράφου Βαξεβάνη, τις οποίες ακολούθησαν

καταγγελίες ενός δημοσιογράφου, ενός στρατηγού εν αποστρατεία και ενός Βουλευτή του ΛΑΟΣ. Τα γεγονότα αυτά οδήγησαν τελικά τον Οκτώβριο 2007 σε παραίτηση δύο υπουργούς της. Τελικά όμως, παρόλο που η επιτροπή διερεύνησης της υπόθεσης ολοκλήρωσε το έργο της προτείνοντας νομική δράση εναντίον πολλών βουλευτών του ΠΑΣΟΚ και της ΝΔ και το κοινοβούλιο ψήφισε για την διώξη τους, οι υπουργοί αθώωθηκαν με δικαστική απόφαση λόγω νομικών και διαδικαστικών προβλημάτων. (Lyrintzis, 2011).

Στον τομέα της ενεργειακής πολιτικής, η κυβέρνηση, υπέγραψε και υλοποίησε ορισμένες συμφωνίες, με τις οποίες επεδίωκε την παροχή και η διανομή διαφορετικών ενεργειακών πόρων (αργό πετρέλαιο, υδροποιημένο αέριο και ηλεκτρική ενέργεια) σε ευρωπαϊκές χώρες, μέσω του Ελληνικού εδάφους. Η κυβέρνηση επέμεινε στην πολιτική της προηγούμενης κυβέρνησης (πάλι υπό τον Καραμανλή) σχετικά με την προώθηση της κατασκευής του αγωγού φυσικού αερίου Μπουργκάς – Αλεξανδρούπολη, υπό την κατασκευάστρια εταιρεία την οποία είχε συνιδρύσει. Ο Καραμανλής είχε συμφωνήσει με το Ρώσο πρόεδρο Πούτιν ώστε να προχωρήσει το έργο και είχε συνυπογράψει τη σχετική συμφωνία για τη συμμετοχή της Ελλάδας στο έργο (Kandiyoti, 2008). Στα πλαίσια της αρχικής συμφωνίας, κατά τη διάρκεια του 2008-2009, συνήφθησαν μια σειρά διμερών και πολυμερών συμφωνιών για την εγκατάσταση και λειτουργία των αγωγών φυσικού αερίου. Στα πλαίσια των συμφωνιών αυτών, προωθήθηκε ο αγωγός South Stream, που αποτελείτο από τη γραμμή διασύνδεσης Ιταλίας – Ελλάδα - Τουρκίας και ο αγωγός Μπουργκάς-Αλεξανδρούπολης. Η κυβέρνηση με αυτές τις πολιτικές επιλογές, επιχείρησε να αλλάξει τη στρατηγική σημασία της θέσης της Ελλάδας στον χάρτη ενεργειακής προσφοράς της νοτιοανατολικής Ευρώπης, να αυξήσει το διεθνές προφίλ της Ελλάδας και να μετατρέψει την Ελλάδα σε ενεργειακό κόμβο στη νοτιοανατολική Ευρώπη. Τελικά όμως, το έργο κατασκευής του αγωγού συνάντησε διαφορές μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών Ρωσίας, Τουρκίας και Βουλγαρίας και εγκαταλείφθηκε αργότερα, κατά το έτος 2011. Επίσης, η κυβέρνηση επιδίωξε την αναβάθμιση του Εθνικού διασυνδεδεμένου δικτύου ηλεκτρικής ενέργειας. Το δίκτυο αυτό, ήδη εξήγαγε ηλεκτρική ενέργεια σε άλλες χώρες, όπως η Αλβανία. Με τον εκσυγχρονισμό του δικτύου, επιδιώχθηκε να γίνει η Ελλάδα ένας ενεργειακός κόμβος στην Νοτιοανατολική Ευρώπη, με πρωτοβουλίες της κυβέρνησης, αλλά και ανταποκρινόμενης αυτής σε πρωτοβουλίες άλλων Βαλκανικών κυβερνήσεων (Bastian, 2010).

Στον τομέα της πολιτικής προστασίας, η κυβέρνηση δεν εφάρμοσε πολιτική εκσυγχρονισμού των κρατικών μηχανισμών πολιτικής προστασίας, με αποτέλεσμα να κατηγορηθεί για ανεπαρκή στελέχωση της κρατικής μηχανής. Καθώς μεγάλες πυρκαγιές συνέβησαν τον Ιούλιο του 2007 και το καλοκαίρι του 2009, κατηγορήθηκε για την ελλιπή προστασία και τον ανεπαρκή συντονισμό των ενεργειών, ενώ επικροτήθηκε από μερίδα του τύπου και από διάφορους κοινωνικούς φορείς για την

επίτευξη συνδρομής από τις Ευρωπαϊκές χώρες. Στο πεδίο της εξωτερικής πολιτικής, η Κυβέρνηση παρείχε μικρή συνδρομή στις Αμερικάνικες δυνάμεις στο Αφγανιστάν (2009). Η παροχή μικρής συνδρομής στην περίπτωση αυτή αιτιολογήθηκε από τον Υπουργό Εξωτερικών Μείμαράκη στην ύπαρξη της Τούρκικης απειλής, η οποία απαιτούσε τις Ελληνικές Ένοπλες Δυνάμεις να βρίσκονται σε ετοιμότητα (Migdalovitz, 2009). Επίσης, η Ελληνική κυβέρνηση συνέδραμε με στρατιωτικές δυνάμεις στις ειρηνευτικές αποστολές της ΕΕ στη Βοσνία – Ερζεγοβίνη και στο Κοσσυφοπέδιο, και με στρατιωτικούς παρατηρητές στο πλαίσιο προγραμμάτων του Οργανισμού για την ασφάλεια και τη συνεργασία στην Ευρώπη, στο Λάος και στη Γεωργία.

Στον τομέα των υποδομών, η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή, κατασκεύασε ή ολοκλήρωσε μια σειρά από σημαντικά δημόσια έργα. Η ολοκλήρωση της Εγνατίας οδού, ενός οδικού άξονα που συνέδεε τους βόρειους νομούς της χώρας και διευκόλυνε τις εθνικές και διεθνείς μεταφορές, ετέθη ως πολιτική προτεραιότητα, και τελικά εγκαινιάστηκε το Μάιο 2009. Η Εγνατία οδός βελτίωσε σημαντικά την υποδομή των μεταφορών, τη διασυνοριακή συνεργασία και την τουριστική διασύνδεση. Οι διμερείς επενδύσεις και η πολυμερής συνεργασία σε ενεργειακούς δεσμούς, οι οδικές, χερσαίες και θαλάσσιες υποδομές μεταφορών έθεσαν την Ελλάδα στο σταυροδρόμι δύο μεγάλων περιοχών, των Βαλκανίων και της Μαύρης Θάλασσας. Η ολοκλήρωση του έργου απαιτούσε την παροχή πολιτικής υποστήριξης από την κυβέρνηση (Bastian, 2010). Το μετρό της Θεσσαλονίκης υλοποιήθηκε κατά μεγάλο μέρος μετά τις προσπάθειες της κυβέρνησης προς αυτήν την κατεύθυνση. Η επέκταση του μετρό των Αθηνών με 13 σταθμούς επίσης αποτέλεσε πολιτική προτεραιότητα της κυβέρνησης. Η προώθηση των έργων του αυτοκινητοδρόμου στο λεγόμενο πέταλο του Μαλλιακού κόλπου και η κατασκευή του νέου μουσείου της Ακρόπολης, ήταν έργα που προωθήθηκαν και κατά μεγάλο μέρος κατασκευάστηκαν επί κυβερνήσεως Κώστα Καραμανλή. Σημαντική πρόοδος επιτεύχθηκε μετά την στήριξη και τις ενέργειες της κυβέρνησης μέσω του Υπουργού Δημοσίων Έργων Σουφλιά, για την προώθηση του έργου της εκτροπής του Αχελώου (Houck, 2008). Μια από τις σημαντικότερες επενδύσεις στον τομέα των υποδομών, ήταν η πώληση-μίσθωση των εγκαταστάσεων διαχείρισης φορτίου του λιμένα Πειραιά στην κινέζικη Cosco. Η συμφωνία με την Cosco, ύψους 4,3 δις. Ευρώ, θεωρήθηκε ότι θα συνέβαλλε στη βελτίωση των εμπορικών σχέσεων της Ελλάδας με την Κίνα, αλλά επίσης ότι θα ανέπτυσσε και στενότερους εμπορικούς, επενδυτικούς και ναυτιλιακούς δεσμούς μεταξύ των χωρών της ευρύτερης περιοχής, δημιουργώντας μια σημαντική «πύλη» για τις ξένες επενδύσεις στην περιοχή αυτή (Bastian, 2010).

Στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, υπήρξε διάχυτη η αντίληψη στην κυβέρνηση, ότι δεν θα ήταν δυνατόν να δοθούν επιπλέον μέτρα για την κοινωνική πολιτική, λόγω της δύσκολης κατάστασης της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η οποία λίγο καθυστερημένα έκανε αισθητή την

παρουσία της και στην Ελλάδα. Ελήφθησαν ωστόσο μέτρα για τους φτωχούς και τους ανέργους. Τα μέτρα αυτά περιλάμβαναν αυξήσεις στα επιδόματα των φτωχών και των ανέργων, τα οποία χρηματοδοτήθηκαν και από το φθηνό δανεισμό τον οποίο απολάμβανε η Ελληνική κυβέρνηση, στα πλαίσια του κοινού νομίσματος της ευρωζώνης. Τα μέτρα αυτά οποία κρίθηκαν θετικά ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Αντίθετα, πολλά χρηματοδοτικά πακέτα κατευθύνθηκαν σε ενυπόθηκα δάνεια προς ομάδες ευκατάστατων ατόμων, αυτοαπασχολούμενους ή επιχειρηματίες για αγορές αγαθών και υπηρεσιών, τα οποία δάνεια δεν συνέβαλαν στην ανάπτυξη αλλά επιβάρυναν περισσότερο το δημόσιο χρέος. Η κυβέρνηση επιχείρησε να δικαιολογήσει τη χορήγηση αυτών των δανείων και των επιχορηγήσεων, ισχυριζόμενη ότι εντάσσονταν στην επιδίωξη περί αύξησης της απασχόλησης.

Παρόλο που η διακυβέρνηση Καραμανλή στηριζόταν στην προεκλογική εξαγγελία περί επανίδρυσης του κράτους, δεν είχε ληφθεί κανένα ουσιαστικό μέτρο προς αυτήν την κατεύθυνση κατά τη διάρκεια αυτής. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα το διπλασιασμό των δαπανών για μισθούς και μισθούς και συντάξεις κατά τη συνολική διάρκεια της διακυβέρνησης αυτής. Οι αυξήσεις αυτές, ενισχύθηκαν από το φθηνό και εύκολο δανεισμό στον οποίο είχε πρόσβαση ο κρατικός και ο τραπεζικός τομέας. Η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή, αντιλαμβανόμενη την ιδιαίτερα δύσκολη οικονομική κατάσταση στην οποία είχαν περιέλθει τα οικονομικά της χώρας, αποφάσισε λίγο πριν τις εκλογές του 2009 να εφαρμόσει πολιτικές λιτότητας. Ένα από τα πιο σημαντικά μέτρα λιτότητας ήταν το πάγωμα των μισθών των υπαλλήλων του Δημοσίου και ευρύτερου Δημοσίου Τομέα. Ο Πρωθυπουργός Καραμανλής αποφάσισε, έστω και εντελώς καθυστερημένα, να παραδεχτεί την αλήθεια στον Ελληνικό λαό. Η αντιπολίτευση σε αυτό ήρθε από τους υπαλλήλους του Δημοσίου Τομέα, τους οποίους αυτή η κυβέρνηση -μεταξύ άλλων κυβερνήσεων- είχε προσλάβει με τον ένα ή τον άλλο τρόπο και θεωρούσε κομματικό της στρατό (Evangelopoulos, 2012).

Όσον αφορά το συνταξιοδοτικό σύστημα, κατά το 2008 η κυβέρνηση είχε εισαγάγει μια σειρά παραμετρικών μεταβολών στο σύστημα αυτό. Οι αλλαγές αυτές ενίσχυαν τους δεσμούς μεταξύ των εισφορών και του συνταξιοδοτικού εισοδήματος, αύξησαν τις νόμιμες ηλικίες συνταξιοδότησης και τροποποίησαν τον υπολογισμό των συνταξιοδοτικών παροχών. Επίσης, περιλάμβαναν 6% μείωση της σύνταξης για κάθε έτος πρόωρης συνταξιοδότησης. Οι μεταρρύθμιση αυτή εντασσόταν στην πολιτική λιτότητας, με την εξοικονόμηση πόρων σε ένα σύστημα το οποίο υπήρξε μη ανταποδοτικό (Papadopoulos & Roumpakis, 2012). Ωστόσο, η πολιτική συντάξεων χαρακτηριζόταν από έναν αποσπασματικό χαρακτήρα, ο οποίος αποσκοπούσε σε μια ξαφνική παρέμβαση για την εκτόνωση εξωτερικής πίεσης, ακολουθούμενη από μια απραξία και εγκατάλειψη. Με νόμο του 2008 για τις



συντάξεις έγινε φανερό ότι η συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση ακολουθούσε προηγούμενες πολιτικές οι οποίες χαρακτηρίζονταν από αναποτελεσματικότητα εξαιτίας των εξής παραγόντων :

- Την αύξηση πίεσης εκτός Ελλάδας για μείωση των κρατικών ελλειμμάτων.
- Ανακίνηση από τα ΜΜΕ του θέματος ότι το ζήτημα των συντάξεων αποτελούσε μια απειλή για την Εθνική οικονομία.
- Σύντομος κοινωνικός διάλογος χαρακτηριζόμενος από σύγχυση επί του θέματος και βιαστικές αποσπασματικές διαπραγματεύσεις με μεμονωμένες κατηγορίες ενδιαφερομένων.
- Βιαστική ψήφιση των διατάξεων.

Οι ψηφισθείσες διατάξεις διατήρησαν τη δομή του συστήματος και κινήθηκαν προς την κατεύθυνση των προηγούμενων μεταρρυθμίσεων. Διατηρήθηκαν μικρότερες ομάδες ως προς το διαχωρισμό της χρονικής απόστασης, οι ηλικίες συνταξιοδότησης μετατοπίστηκαν ελαφρώς προς μεγαλύτερα όρια και οι εξαιρέσεις μειώθηκαν ελαφρώς (Lyberaki & Tinios, 2012).

Η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή ενίσχυσε την υφιστάμενη πολιτική περί διαφάνειας των αποφάσεων των δημοσίων οργανισμών και των κυβερνητικών οργάνων. Με την ψήφιση σχετικής νομοθεσίας, τον Απρίλιο 2009, επέβαλε στους οργανισμούς του δημοσίου τομέα και στις υπηρεσίες όλων των βαθμών της αυτοδιοίκησης να υλοποιήσουν με ειδικές διαδικασίες τη δημοσίευση της ψήφισης και υλοποίησης οποιασδήποτε διοικητικής πράξεως (Sotiropoulos, Featherstone & Colino, 2014). Ως προς την διοικητική μεταρρύθμιση, η κατάσταση στο τέλος της διακυβέρνησης Καραμανλή επιβεβαίωνε την παραμονή στο καθεστώς της απουσίας των αξιών αξιοκρατίας, διαφάνειας, οικονομίας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Η στάσιμη αυτή κατάσταση, σύμφωνα με τις διαπιστώσεις θα μπορούσε να προχωρήσει μόνο με την εφαρμογή μιας αλλαγής πολιτικής τρίτης τάξεως κατά Hall, σε μια ριζική κατεύθυνση. Ωστόσο, η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή ολοκλήρωσε τα καθήκοντα της τον Οκτώβριο 2009 και σταμάτησε αυτή η μεταρρύθμιση που ακολούθησε αυτήν την πολιτική.

### *6.1.2 Πολιτική κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου (2009-2011)*

Η κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου σχηματίστηκε τον Οκτώβριο 2009. Η κυβέρνηση αυτή αρχικά ήταν απρόθυμη να προχωρήσει σε γενναίες μεταρρυθμίσεις. Ο λόγος της απροθυμίας αυτής, ήταν ένα μεγάλο κύμα διαμαρτυριών κατά των περικοπών, που είχε συμβεί μετά από την ανάληψη των καθηκόντων της. Οι διαμαρτυρίες αυτές περιελάμβαναν γενικές απεργίες που σταματούσαν την κοινωνική και οικονομική ζωή και ογκώδεις διαδηλώσεις μπροστά από το κτίριο του Κοινοβουλίου για τα χαρακτηριζόμενα ως πρωτοφανή μέτρα λιτότητας (Karyotis & Rüdiger, 2015). Η απροθυμία της κυβέρνησης συνέβαινε, παρόλο που οι ηγέτες των άλλων κρατών μελών είχαν ζητήσει από την

κυβέρνηση την επίτευξη της λήψης αποτελεσματικών μέτρων (Jones, Clark & Cameron, 2010). Αναγκάστηκε όμως να υιοθετήσει την αλλαγή πολιτικής προκειμένου να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση. Η αλλαγή πολιτικής με έμφαση στην πολιτική αυστηρής λιτότητας, με παράλληλη αποδοχή της διεθνούς βοήθειας και του δανεισμού, υπαγορεύτηκε μετά από τη δυσμενή απόφαση της υποβάθμισης της πιστοληπτικής δυνατότητας της Ελλάδας από τον οργανισμό αξιολόγησης Fitch το Δεκέμβριο 2009. Η κυβέρνηση τότε αντιμετώπισε το δίλημμα της πολιτικής λιτότητας με τη μείωση εξόδων και την αύξηση εσόδων προκειμένου να ισοσκελίσει τον προϋπολογισμό, ή της εξόδου από την ΕΕ και της διαχείρισης των οικονομικών της χώρας χωρίς βοήθεια (Stellern, O'Connor & Phipps, 2015). Η καθυστερημένη απάντηση της κυβέρνησης στην δύσκολη οικονομική κατάσταση που είχε δημιουργηθεί και η διαπραγμάτευση της από εντελώς ανίσχυρη θέση, θεωρήθηκε αργότερα ως αδυναμία η οποία οδήγησε στην μεγάλη άνοδο των spreads και στην περεταίρω επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης της Ελλάδας. Μόνο μετά από τη συνειδητοποίηση της έκτασης του προβλήματος η κυβέρνηση αποφάσισε να στηριχθεί στο ΔΝΤ, την ΕΕ και την ΕΚΤ (Lyrintzis, 2011). Τότε, η κυβέρνηση συμφώνησε σε ένα μηχανισμό οικονομικής βοήθειας, που προέβλεπε τη συμμετοχή του ΔΝΤ και των χωρών της Ευρωζώνης, μέσω ενός συνόλου διμερών συμφωνιών, το Μάρτιο 2010. Ο λόγος που συνάφθηκαν διμερείς συμφωνίες ήταν ότι δεν υπήρχε προηγούμενο για την παροχή οικονομικής βοήθειας από την ΕΕ σε ένα κράτος-μέλος. Έτσι, η Ελληνική δανειακή διευκόλυνση από την ΕΕ συνίστατο στη σύναψη διμερών δανείων μεταξύ του κάθε μέλους της Ευρωζώνης προς την Ελλάδα, υπό την προϋπόθεση όμως εφαρμογής των πολιτικών διαρθρωτικής προσαρμογής που υιοθετήθηκαν από το συμβούλιο υπουργών των μελών της ΕΕ και αξιολόγηση της ΕΚΤ (Kyriakidis, 2016).

Στη συνέχεια το Μάιο του 2010, η Ελλάδα ζήτησε βοήθεια από την ΕΕ. Η κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου υπέγραψε το Μνημόνιο οικονομικών και χρηματοπιστωτικών πολιτικών (Μάιος 2010) με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, προκειμένου να αποφευχθεί η συνολική κατάρρευση της οικονομίας της μετά τη σοβαρή διεθνή οικονομική κρίση. Αυτό το μνημόνιο μαζί με το λεπτομερέστερο μνημόνιο συνεργασίας και κατανόησης για τις ειδικές προϋποθέσεις οικονομικής πολιτικής (2010), πρόσφεραν τη δυνατότητα στην Ελληνική κυβέρνηση για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε όλες τις υπηρεσίες προς τους πολίτες στην Ελλάδα. Η ΕΕ, η ΕΚΤ και το ΔΝΤ ανέλαβαν την ευθύνη για την τήρηση των συμφωνιών και των μνημονίων. Στον πίνακα 6.1 φαίνονται οι πολιτικές του Μνημονίου οικονομικών και χρηματοπιστωτικών πολιτικών και τα μεταρρυθμιστικά μέτρα μνημονίου συνεργασίας και κατανόησης για τις ειδικές προϋποθέσεις οικονομικής πολιτικής (Ladi, 2014).

Στον εργασιακό τομέα, η Κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου προχώρησε στην απελευθέρωση της αγοράς εργασίας και των προστατευόμενων επαγγελμάτων και με τον τρόπο αυτό άνοιξε την αγορά

εργασίας σε εργοδότες που διέθεταν τα απαιτούμενα κεφάλαια χωρίς την ύπαρξη νομοθετικά κατοχυρωμένων προϋποθέσεων για την άσκηση των επαγγελμάτων. Ο καθορισμός των ηλικιών συνταξιοδότησης, που πριν την οικονομική κρίση αποτελούσε αντικείμενο του κράτους, εκχωρήθηκε στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, το οποίο σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες των Υπουργείων προχώρησε σε καθορισμό των ορίων ηλικίας για συνταξιοδότηση σε συνάρτηση με το προσδόκιμο ζωής. Δεομένου ότι το προσδόκιμο ζωής βαίνει αυξανόμενο (αν και αυτή η αύξηση αναφέρεται στα χρόνια πριν την έλευση της οικονομικής κρίσης) τα όρια ηλικίας αυξήθηκαν προοδευτικά σε σημαντικό βαθμό. Ορισμένα επαγγέλματα αποχαρακτήριστikan από βαρέα και ανθυγιεινά με βάση ένα νέο αυστηρότερο κατάλογο βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων ενώ τα μέτρα εναντίον της πρόωρης συνταξιοδότησης εντάθηκαν με την εφαρμογή αναλογικής μείωσης της πρόωρης συνταξιοδότησης. Πολιτικές που χαρακτηρίστηκαν ως αντεργατικές ήταν η θέσπιση ενός ελάχιστου κατώτερου μισθού για τους νεοπροσλαμβανόμενους σε σχέση με τον κατώτερο μισθό για οποιαδήποτε άλλη κατηγορία εργαζομένων, η αύξηση του χρονικού ορίου κατά το οποίο ο εργοδότης δύναται να απολύσει έναν εργαζόμενο χωρίς προειδοποίηση και η μείωση της υπερωριακής αμοιβής σε κάθε κατηγορία εργαζομένων.

Στον τομέα της χορήγησης συντάξεων, εφάρμοσε πολιτική για περικοπές στις συντάξεις. Οι περικοπές αυτές πραγματοποιήθηκαν σε δύο κύματα. Το ένα ήταν ως μέρος της πρώτης δόσης του δανείου διάσωσης το Μάιο του 2010. Τότε, η κυβέρνηση μείωσε συνολικά τα εισοδήματα των συντάξεων, ενώ τα έτη εισφορών που απαιτούνταν για την καταβολή πλήρους σύνταξης αυξήθηκαν από 35 σε 40. Το γενικό όριο για τη χορήγηση πλήρους σύνταξης ορίστηκε στα 65 έτη, με κάποιες εξαιρέσεις. Επίσης, θεσπίστηκε ο υπολογισμός των εισοδημάτων όλων των ετών εργασίας στην καταβολή της σύνταξης. Οι αλλαγές στην επιλεξιμότητα συνοδεύτηκαν από περικοπές ύψους των συντάξεων. Θεσπίστηκε μέγιστο ανώτατο όριο για τις συντάξεις (2.500 Ευρώ το μήνα) ενώ τα δώρα περιορίστηκαν σε ένα ποσοστό από ότι ήταν προηγουμένως Θεσμοθετήθηκαν σημαντικές περικοπές έως και 80% για τις επικουρικές συντάξεις Θεσμοθετήθηκε κατάργηση της αναδιανομής συνταξιοδοτικών ποσών προς ομάδες επισφαλών εργαζομένων, γεγονός που μελλοντικά θα έθιγε τις κατηγορίες αυτές. Το δεύτερο κύμα ήταν κατά τη διάρκεια της υιοθέτησης της μεσοπρόθεσμης στρατηγικής που ακολούθησε την 1<sup>η</sup> δόση τον Ιούλιο του 2011. Οι αλλαγές προσανατολίστηκαν στην αυστηροποίηση των κανόνων επιλεξιμότητας, στα χαμηλότερα ποσοστά υποκατάστασης και στα χαμηλότερα επίπεδα συνεισφοράς για τους εργοδότες. Υποστηρίχθηκε αργότερα, ότι οι μεταρρυθμίσεις αυτές όχι μόνο περιορίζαν τη δημόσια δαπάνη, αλλά αμφισβήτησαν και την κοινωνική και την ανακαταμεντική αρχή του συστήματος συντάξεων (Papadopoulos & Roumpakis, 2012).

## Πίνακας 6.1

### Πολιτικές και μεταρρυθμίσεις (μέτρα) συνεπεία των μνημονίων της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου

<b>Πολιτικές Μνημονίου (2010)</b>	<b>Μεταρρυθμίσεις (μέτρα) μνημονίου συνεργασίας και κατανόησης για τις ειδικές προϋποθέσεις οικονομικής πολιτικής (2010)</b>
<b>Φορολογικές πολιτικές:</b>	<b>Συντάξεις :</b>
1. Εμπροσθοβαρής πολυετής προσπάθεια προσαρμογής	Μεταρρυθμιστικό συνταξιοδοτικό σύστημα
2. Μείωση της πορείας του δείκτη dept-GDP από το 2013 και μείωση του γενικού δημόσιου ελλείμματος κάτω από 3 τοις εκατό.	<b>Φροντίδα υγείας :</b>
3. Σημαντική μείωση του ελλείμματος μέσα στο πρώτο τρίμηνο του 2010 (μέσω περικοπών στους μισθούς του δημοσίου τομέα, στις συνταξιοδοτικές δαπάνες και στις αυξήσεις του ΦΠΑ	Μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας
4. Περαιτέρω έσοδα (φορολογικά) και μειώσεις δαπανών (π.χ. μισθών και συντάξεων, δημόσιες δαπάνες, δαπάνες από εξορθολογισμό της δημόσιας διοίκησης και κοινωνικών προγραμμάτων) για το 2011.	<b>Μεταρρυθμίσεις στη δημόσια διοίκηση :</b>
5. Οι διαρθρωτικές δημοσιονομικές μεταρρυθμίσεις, μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας, φορολογική μεταρρύθμιση, διοικητικοί φόροι, φορολογική διοίκηση, δημόσια χρηματοοικονομική διοίκηση και δημοσιονομικό πλαίσιο, δημοσιονομικό πλαίσιο, πλαίσιο διαχείρισης του χρέους, δημοσιονομικές και άλλες αναφορές πληροφοριών του δημοσίου τομέα.	Απλοποίηση συστήματος αμοιβών για υπαλλήλους του δημόσιου τομέα Δημόσιες συμβάσεις Διαφάνεια των αποφάσεων δημοσίων δαπανών Μεταρρύθμιση της τοπικής αυτοδιοίκησης Ανεξάρτητη λειτουργική ανασκόπηση της κεντρικής κυβέρνησης Καλύτερη νομοθεσία
<b>Πολιτικές χρηματοπιστωτικού τομέα:</b>	<b>Αγορά εργασίας και μισθοί:</b>
1. Διαχείριση των συνθηκών ρευστότητας των τραπεζών.	Έναρξη συζήτησης με τους κοινωνικούς εταίρους
2. Τοποθέτηση ενός δικτύου ασφαλείας για τη διατήρηση του επιπέδου των ιδίων κεφαλαίων των τραπεζών.	Μεταρρύθμιση της νομοθεσίας για την απασχόληση
3. Αύξηση των πόρων που προορίζονταν για την τραπεζική εποπτεία.	Μεταρρύθμιση ελάχιστων μισθών
<b>Διαρθρωτικές πολιτικές :</b>	Μεταρρύθμιση του συστήματος ιδιωτικών μισθολογικών διαπραγματεύσεων για τον εκσυγχρονισμό των μισθών
1. Εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης	Αύξηση της ευελιξίας των ωρών εργασίας
2. Ενίσχυση των αγορών εργασίας και των πολιτικών εσόδων.	Καταπολέμηση της αδήλωτης εργασίας
3. Βελτίωση του επιχειρηματικού περιβάλλοντος και της ενίσχυσης των ανταγωνιστικών αγορών.	Αναθεώρηση του δικτύου κοινωνικής ασφάλισης
4. Διαχείριση και εκποίηση κρατικών επιχειρήσεων.	<b>Εργασιακό περιβάλλον:</b>
5. Βελτίωση της απορρόφησης των διαρθρωτικών ταμείων συνοχής και των επιχορηγήσεων της ΕΕ.	Διευκόλυνση της έναρξης λειτουργίας επιχειρήσεων
	Απλοποίηση της αδειοδότησης βιομηχανικών μονάδων και μείωση του κόστους επιχειρηματικής δραστηριότητας.
	Εφαρμογή ντιρεκτίβας για τις υπηρεσίες.
	Άνοιγμα κλειστών επαγγελμάτων
	Μεταρρύθμιση της οδικής μεταφοράς εμπορευμάτων
	Πλαίσιο πολιτικής ανταγωνισμού
	Σιδηρόδρομοι
	Ενέργεια
	<b>Προώθηση των επενδύσεων και των εξαγωγών:</b>
	Προώθηση των άμεσων ξένων επενδύσεων και των επενδύσεων σε στρατηγικούς τομείς
	Καινοτομία έρευνας και ανάπτυξης
	<b>Διαρθρωτικά Ταμεία και Ταμείο Συνοχής:</b>
	Αύξηση απορρόφησης δομικών ταμείων και ταμείων συνοχής

Πηγή : Ladi, 2014

Στο πεδίο της φορολογικής πολιτικής, η κυβέρνηση αύξησε όλους τους συντελεστές Φόρου Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ) σε ένα ποσοστό έως και 3,5%. Η αύξηση των συντελεστών συνοδεύτηκε και από εισαγωγή δραστηριοτήτων σχετικών με την εστίαση σε ανώτερη κατηγορία συντελεστών. Αυξήθηκαν οι ειδικοί συντελεστές για το αλκοόλ, τον καπνό και τη βενζίνη. Ενώ οι μισθοί περιορίζονται, το κόστος ζωής αυξανόταν. Πραγματοποιήθηκε μείωση του ορίου αφορολογήτου κατά το Μάιο 2010 (12000 Ευρώ) και κατά το Σεπτέμβριο 2011 (5000 Ευρώ). Θεσμοθετήθηκε ο φόρος εισοδήματος στην πηγή, σε προϊόντα που διανέμονται από υπηρεσίες. Η φορολογία των επιχειρήσεων ωστόσο, η οποία είχε ήδη μειωθεί τα τελευταία δέκα χρόνια πριν, ψηφίστηκε να μειωθεί περαιτέρω στα επόμενα χρόνια και εδόθησαν φορολογικά κίνητρα για τις νέες επιχειρήσεις, τα οποία έφθαναν σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και στην ολική φοροαπαλλαγή. Θεσπίστηκε επίσης ένας φόρος καλούμενος ΕΝΦΙΑ, για όλους τους κατόχους ακινήτων ανεξάρτητα από τη φορολογική τους ικανότητα. Με το φόρο αυτό, η κυβέρνηση σκόπευε να εισπράξει περίπου 2 δις Ευρώ ετησίως, με την παράλληλη θέσπιση μέτρων για την υποχρεωτική πληρωμή του φόρου αυτού. Αυτός ο φόρος χτύπησε στον πυρήνα του βασικού πλώνα της κοινωνικοοικονομικής ασφάλειας των ελληνικών οικογενειών (Allen et al, 2004).

Στον τομέα της δημόσιας διοίκησης, σημαντικό ρόλο έπαιξαν οι εξωγενείς παράγοντες της επίδρασης των πολιτικών της ΕΕ και του ΔΝΤ στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Οι αλλαγές που εφάρμοσε η κυβέρνηση, υπό την επίδραση των παραγόντων αυτών και του συμφώνου συνεργασίας που είχε υπογραφεί, ήταν οι εξής :

- Αλλαγή συστήματος αποδοχών για υπαλλήλους του δημοσίου τομέα. Υιοθετήθηκε ένα ενοποιημένο σύστημα αποδοχών που κάλυπτε τους μισθούς και τα επιδόματα όλων των δημοσίων υπαλλήλων. Εισήχθη το σύστημα αμοιβών μέσω συσχέτισης με την παραγωγικότητα και τα καθήκοντα και μια ενιαία αρχή πληρωμών που επέβλεπε το έργο.
- Ηλεκτρονικές συμβάσεις για όλα τα επίπεδα και τους τομείς της κυβέρνησης. Τα μέτρα για τις ηλεκτρονικές συμβάσεις προχώρησαν μέσω της σύστασης ανεξάρτητης αρχής υλοποίησης δημοσίων συμβάσεων.
- Διαφάνεια των δημοσίων δαπανών : Αυτή επιτεύχθηκε με τη δημοσίευση όλων των αποφάσεων στο διαδίκτυο και το πρόγραμμα διαύγεια προκειμένου να μπορούν να εφαρμοστούν. Το πρόγραμμα διαύγεια ήταν πιο προχωρημένο από τις απαιτήσεις του μνημονίου και περιέλαβε όχι μόνο τα διοικητικά έγγραφα, αλλά και όλες τις κυβερνητικές πράξεις.
- Μεταρρύθμιση της τοπικής αυτοδιοίκησης : Ψηφίστηκε η νομοθεσία που ενσωμάτωνε νόμους σε περιφέρειες και μείωνε τον αριθμό τους από 76 σε 13, τους δήμους από 1034 σε

325 και τις δημοτικές εταιρείες από 6000 σε 1500. Η μεταρρύθμιση αυτή (Καλλικράτης) επέφερε σημαντικότερη μείωση πόρων.

- Ανασκόπηση της λειτουργίας της κεντρικής κυβέρνησης : Ανεξάρτητη επανεξέταση της λειτουργίας της κεντρικής διοίκησης προκειμένου να θεσπιστούν μέτρα για τον εξορθολογισμό της χρήσης των πόρων, οργάνωση της δημοσίας διοίκησης και αποτελεσματικότητα των διοικητικών προγραμμάτων. Δύο ξεχωριστές καταγραφικές ανασκοπήσεις με τις αλλαγές τους πραγματοποιήθηκαν, μια στο υπουργείο Εσωτερικών για τη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης και μια στο Υπουργείο Εργασίας για τα κοινωνικά προγράμματα που πραγματοποιήθηκαν.
- Καλύτερη νομοθεσία : Εφαρμογή ατζέντας για τη βελτίωση της νομοθεσίας και μείωση του διοικητικού φόρτου για τους πολίτες και τις επιχειρήσεις.

Στη διαδικασία μεταρρύθμισης της δημόσιας διοίκησης υπό την πολιτική της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου εμφανίστηκαν κοινές διεθνείς τάσεις, όπως η αποκέντρωση, η ηλεκτρονική διακυβέρνηση, περισσότερο ευέλικτη διαχείριση ανθρώπινων πόρων και προσπάθεια για την επίτευξη αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (Ladi, 2012).

Σε μια αρνητική αποτίμηση της πολιτικής της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου, ο Matsas (2010) εστιάζει στην αρνητική διάσταση της εφαρμοζόμενης δια των μνημονίων πολιτικής, σε όλες τις επιμέρους πολιτικές τις οποίες υλοποίησε η κυβέρνηση. Επισημαίνεται ο αναγκαστικός χαρακτήρας του μνημονίου και το γεγονός ότι αυτό συνέβη στα πλαίσια μιας προσπάθειας αποτροπής του κινδύνου της χρεοκοπίας, καθώς και της προσπάθειας για την αποτροπή του κινδύνου για την οικονομική ανασυγκρότηση της ΕΕ. Με την υπογραφή του μνημονίου, η κυβέρνηση δέχτηκε τη στήριξη της ΕΕ η οποία καθοδηγείτο από τη Γερμανίδα Καγκελάρια Μέρκελ, που σύστησε μεταρρυθμίσεις εις βάρος της Ελληνικής εργατικής τάξης και της μεσαίας τάξης. Το ΔΝΤ προσκλήθηκε και αναμείχθηκε στα εσωτερικά της Ελλάδας, με περαιτέρω μέτρα και νέες δρακόντειες περικοπές προκειμένου να επιβληθεί το είδος των σχεδίων που είχαν ήδη εφαρμοστεί σε χώρες όπως η Ουγγαρία, η Λετονία και η Ρουμανία, με επώδυνα για τα οικονομικά των νοικοκυριών αποτελέσματα. Το «Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης», σε πραγματικό επίπεδο συνεπαγόταν δραστική περικοπή στις δημόσιες κοινωνικές δαπάνες, στους μισθούς και στις συντάξεις. Οι περικοπές αυτές εφαρμόστηκαν για να περικοπεί ο στόχος μείωσης του ελλείμματος από 13% σε 3%, κατόπιν συμφωνίας με την ΕΕ. Η εφαρμογή των μέτρων περιορισμού του κόστους, όπως η μείωση μισθών και συντάξεων, μέσω της περικοπής δώρων προς τους δημοσίους υπαλλήλους και τους συνταξιούχους, απέτελεσε την αφετηρία για την αλλαγή πολιτικής στα πλαίσια εφαρμογής του πρώτου μνημονίου. Σε συνέχεια του προγράμματος αυτού,

ακολουθήθηκε μια αντιλαϊκή φορολογική μεταρρύθμιση, από την οποία ωφελήθηκαν μόνο τα οικονομικά πιο ευκατάστατα στρώματα της κοινωνίας. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε μια νεοφιλελεύθερη μεταρρύθμιση στην εκπαίδευση και τέλος, στα τέλη Απριλίου 2010 μια συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση που κατέστρεψε όλα τα συνταξιοδοτικά δικαιώματα με σκοπό τη μείωση της συνταξιοδοτικής δαπάνης σε βάθος χρόνου. Το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων μειώθηκε δραστικά, προκειμένου να εξοικονομηθούν χρήματα. Το σύστημα φορολόγησης επί των εισοδημάτων αλλάζει προκειμένου να εντατικοποιηθεί η άντληση ποσών από τα διάφορα κοινωνικά στρώματα. Από το Σεπτέμβριο 2010 υιοθετούνται αυστηρότερες πολιτικές. Σε επίπεδο διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού υιοθετήθηκε η πρόσληψη ενός δημοσίου υπαλλήλου για κάθε πέντε αποχωρήσεις. Καθιερώθηκε ενιαίο σύστημα συνταξιοδότησης, πάγωσαν οι αυξήσεις στις συντάξεις και αυξήθηκαν τα όρια ηλικίας για τις εργαζόμενες στο Δημόσιο Τομέα.

Τον Μάιο του 2011, ωστόσο, το ελληνικό σχέδιο διάσωσης όπως αυτό είχε διαμορφωθεί μετά τη λήψη μέτρων από την κυβέρνηση στην κατεύθυνση της μείωσης του ελλείμματος, άρχισε να αντιμετωπίζει μερικά σημαντικά προβλήματα. Μια τρίτη δέσμη μέτρων λιτότητας έπρεπε να γίνει αποδεκτή από την ελληνική κυβέρνηση στις 29 Ιουνίου 2011 ενάντια σε ισχυρή πολιτική αντιπολίτευση. Δεδομένου ότι δεν ήταν δυνατόν να επιτευχθούν επαρκείς βελτιώσεις στη δημοσιονομική πολιτική της Ελλάδας, οι υπουργοί οικονομικών της ζώνης του ευρώ έπρεπε να εφαρμόσουν ένα δεύτερο πρόγραμμα διάσωσης για την Ελλάδα στις 21 Ιουλίου 2011. Το δεύτερο αυτό πρόγραμμα συνίστατο σε πληρωμές ύψους 109 δισ. Ευρώ από το ΕΤΧΣ και το ΔΝΤ για τα επόμενα 3 χρόνια, με εθελοντική συμμετοχή ιδιωτικών τραπεζών ύψους 37 δισ. ευρώ. Στις 27 Οκτωβρίου 2011 μια νέα μακροπρόθεσμη στρατηγική σε συνδυασμό με την περικοπή του 50% των ιδιωτών κατόχων ελληνικού χρέους εγκρίθηκαν από τις χώρες της ζώνης του ευρώ (Watzka, 2017).

Καθόλη την περίοδο από τον Μάιο 2011 έως τον Οκτώβριο 2011, η κυβέρνηση αμφισβήτησε τους όρους για περαιτέρω υποστήριξη ενώ οι κυβερνήσεις της ζώνης του Ευρώ υποστήριξαν ότι τα μέτρα λιτότητας και διάσωσης ήταν αναπόφευκτα. Η κλιμακούμενη ένταση μεταξύ των δύο πλευρών και η αυξανόμενη πίεση από την αντιπολίτευση οδήγησαν τελικά στην πτώση της κυβέρνησης.

### *6.1.3 Πολιτική κυβέρνησης Παπαδήμου (2011-2012) και κυβέρνησης Πικραμένου (2012)*

Η δραματική απώλεια νομιμότητας της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου οδήγησε στην παραίτησή της και στη δημιουργία μιας νέας κυβέρνησης με επικεφαλής τον Λουκά Παπαδήμο (11 Νοεμβρίου 2011 - 16 Μαΐου 2012), πρώην κυβερνήτη της Τράπεζας της Ελλάδος και πρώην

αντιπρόεδρο της ΕΚΤ. Αυτή η αλλαγή συνέβη μετά από πολιτικές αναταραχές που συνέβησαν τον Νοέμβριο 2011 και οδήγησαν σε κυβέρνηση συνεργασίας, η οποία θα οδηγούσε τη χώρα σε εκλογές, μετά όμως από την υπογραφή νέου δανειακού προγράμματος (Kyriakidis, 2016). Αυτή η κυβέρνηση υποστηρίχθηκε τόσο από το ΠΑΣΟΚ όσο και από τη δεξιά ΝΔ, η οποία μέχρι τότε δεν είχε υποστηρίξει το Μνημόνιο, καθώς και από το ΛΑΟΣ, ένα εθνικιστικό κόμμα της άκρας δεξιάς. Ήταν μια κυβέρνηση περιορισμένης εμβέλειας και διάρκειας, της οποίας το συνταγματικό υπόβαθρο ήταν μάλλον αμφισβητήσιμο. Η Κυβέρνηση Παπαδήμου προσηλώθηκε σε πιο συγκεκριμένους στόχους από την προηγούμενη και ανέδειξε μια στρατηγική διαχείρισης τελείως διαφορετική. Το σύνθημα «διάσωση ή χρεοκοπία» αντικαταστάθηκε από το πλαίσιο «σταθερότητας και ασφάλειας» (Κουντούρη, 2015).

Παρά τις «ανέντιμες» πολιτικές συμμαχίες στις οποίες βασίστηκε, η κυβέρνηση Παπαδήμου κατάφερε να συνάψει ένα νέο μνημόνιο. Ενώ ο πρωθυπουργός Παπαδήμος κατέληξε σε συμφωνία με το Υπουργικό του Συμβούλιο για το είδος των μέτρων λιτότητας που επρόκειτο να εφαρμοστούν, οι δανειστές δεν εμπιστεύονταν την κυβέρνηση και ήθελαν να θέσουν τους όρους τους εκ νέου. Για το λόγο αυτό οι δανειστές (που τότε αποκαλούνταν Τρόϊκα), ζήτησαν από την Ελληνική κυβέρνηση να θέσει σε ψηφοφορία στο Ελληνικό Κοινοβούλιο ένα δεύτερο μνημόνιο (Blitz, 2016). Το μνημόνιο αυτή τη φορά προσανατολίστηκε στις περικοπές του κόστους των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα απαιτώντας σοβαρές περικοπές στους κατώτατους μισθούς (22%), καθώς και ευελιξία της αγοράς εργασίας, μεταρρυθμίσεις στην ασφάλιση και στην επιδότηση της ανεργίας, πλέον της ουσιαστικής κατάργησης των νομιμοποιημένων συλλογικών συμβάσεων (Spourdalakis, 2013). Το δεύτερο αυτό μνημόνιο, θεσπίστηκε με το Νόμο 4046/2012 το Φεβρουάριο του 2012. Το μνημόνιο αυτό προκάλεσε πολιτική αναταραχή, δεδομένου ότι 43 συνολικά Βουλευτές της ΝΔ και του ΠΑΣΟΚ διαγράφηκαν λόγω της εναντιωτικής ψήφου τους (Blitz, 2016). Το κούρεμα PSI, η συμφωνία μνημονίου και οι συναφείς συμφωνίες δανείων υπεγράφησαν το Μάρτιο 2012 μαζί με ένα νέο αίτημα προς το ΔΝΤ (Kyriakidis, 2016).

Σε συνεργασία με τους δανειστές, η κυβέρνηση αυτή επέβαλε προαποφασισμένα μέτρα, απαλλασσόμενη από το πολιτικό κόστος που είχε η λήψη των αυστηρών μέτρων από την προηγούμενη κυβέρνηση. Η κυβέρνηση επιδόθηκε στην λήψη μέτρων στα πλαίσια μιας πολιτικής νεοφιλελεύθερου χαρακτήρα. Η πολιτική λιτότητας εκδηλώθηκε με την απελευθέρωση της αγοράς εργασίας, τη μείωση του κατώτατου μισθού και τις μειώσεις συντάξεων και επιδομάτων. Επιπρόσθετα ελήφθησαν μέτρα που εν δυνάμει θα μπορούσαν στο μέλλον να μειώσουν περεταίρω τις δαπάνες, όπως η άρση μονιμότητας στους εργαζόμενους των ΔΕΚΟ, η εκτεταμένη συγχώνευση εφοριών και ο προγραμματισμός απολύσεων στο Δημόσιο Τομέα για τα προσεχή έτη. Τα μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση Παπαδήμου ήταν προ απαιτούμενα για την ψήφιση του Δευτέρου



Μνημονίου μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδας (Papadopoulos & Roumpakis, 2013). Τα μέτρα αυτά αναλυτικά, περιλάμβαναν τη μείωση του κατώτατου μισθού σε όλα τα κλιμάκια του βασικού μισθού (22% και 325 για νεοπροσλαμβανόμενους έως 25 ετών), την κατάργηση 150.000 θέσεων εργασίας έως το 2015 εκ των οποίων 15.000 μέσα στο 2012, την κατάρτιση των κλαδικών με ατομικές ή επιχειρησιακές συμβάσεις, την άρση μονιμότητας σε ΔΕΚΟ και σε κρατικό έλεγχο τράπεζες. Επίσης, περιλάμβαναν τις περικοπές συντάξεων, επιδομάτων, δαπανών υγείας, άμυνας, λειτουργιών του Κράτους και εκλογών, την κατάργηση οργανισμών όπως των Οργανισμών Εργατικής Κατοικίας και Εστίας, την αύξηση αντικειμενικών αξιών και ενοποίηση φόρων στα ακίνητα, το πλήρες άνοιγμα 20 κλειστών επαγγελμάτων, την αύξηση των εισιτηρίων στις Αστικές Συγκοινωνίες και στον ΟΣΕ κατά 25%, και το κλείσιμο 200 εφοριών, κατάργηση φοροαπαλλαγών και χαμηλού ΦΠΑ στα νησιά.

Στο επίπεδο της διαχείρισης του δημοσίου χρέους, αυτό που διαπραγματεύτηκε και πέτυχε η κυβέρνηση Παπαδήμου ήταν το κούρεμα του χρέους PSI, με άμεση συνέπεια να κουρευτούν άμεσα κατά ποσοστό 53,7% ομόλογα που βρίσκονταν στα χέρια ιδιωτών ύψους 197 δις. Ευρώ (ποσοστό 95,7% από τα συνολικά 206 δις. Ευρώ). Το όφελος για το Ελληνικό κράτος, ανήλθε στη διαγραφή χρέους 105 δις Ευρώ και με έμμεσο αποτέλεσμα την αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος των δανειστών για την Ελληνική οικονομία. Το PSI όμως θωρήθηκε ως αναδιάρθρωση κρατικού χρέους, με συνέπεια το χαρακτηρισμό του ως πιστωτικό γεγονός και την ενεργοποίηση των ασφαλιστρών κινδύνου (CDS) (Coudert & Mathieu, 2013). Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να επανέλθει το χρέος σε υψηλά επίπεδα, παρά τις προσμονές από το κούρεμα των ιδιωτών ομολογιούχων : Το Μάρτιο του 2013 το χρέος ανήλθε σε 309 δις. Ευρώ, ενώ πριν το πρώτο μνημόνιο του Μαΐου 2010 ανερχόταν σε 310,3 δις. Ευρώ (Matsas, 2013).

Στον τομέα της δημόσιας διοίκησης η κυβέρνηση πραγματοποίησε μεγάλο μεταρρυθμιστικό έργο. Η κυβέρνηση Παπαδήμου συνέχισε το έργο της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου και το έργο της στον τομέα της δημόσιας διοίκησης θεωρείται ενιαίο με την προηγούμενη κυβέρνηση. Στα δύο μνημόνια, οι διοικητικές μεταρρυθμίσεις εκτείνονταν στον αριθμό 282 από συνολικά 706, ανερχόμενες σε ένα ποσοστό 40% επί του συνόλου. Το επίπεδο δραστηριότητας στις διοικητικές μεταρρυθμίσεις, αυξήθηκε κατακόρυφα από την κυβέρνηση υπό τις συνθήκες πίεσης από την πλευρά των δανειστών. Η τρόικα τόνισε την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις προσανατολισμένες στην αποδοτικότητα, ωστόσο αυτή παρέμεινε χαμηλή προτεραιότητα για την κυβέρνηση. Επίσης, η τρόικα τόνισε την ανάγκη για προτεραιότητα στις οικονομικές μεταρρυθμίσεις στη διοίκηση, την οποία η κυβέρνηση την έλαβε υπόψη της.

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που πραγματοποίησε η κυβέρνηση για τη δημόσια διοίκηση υπό την επίδραση του μνημονίου, σύμφωνα με τον Featherstone (2015) ήταν :

- Αύξηση της αποδοτικότητας σε λειτουργικό επίπεδο και βελτίωση της ποιότητας των δεδομένων.
- Ενίσχυση της αυτονομίας της διοίκησης από τη διαφθορά και την πολιτική χειραγώγηση.
- Μείωση διοικητικών θέσεων, ανάπτυξη στρατηγικής ανθρώπινου δυναμικού και εισαγωγή διαχείρισης επιδόσεων.
- Άνοιγμα της διοίκησης σε εξωτερική και τεχνική υποστήριξη, συμβουλές και ανασκόπηση.

Στον τομέα της ελάττωσης του προσωπικού του δημοσίου τομέα, η οποία ήταν μια απαίτηση του πρώτου μνημονίου η οποία έπρεπε να είχε ολοκληρωθεί σε βάθος πενταετίας, σημειώθηκε μια αλλαγή πολιτικής από την κυβέρνηση Παπαδήμου. Η καθιέρωση συστήματος κινητικότητας απαιτούσε τη μεταφορά 30.000 υπαλλήλων στην κινητικότητα, μέχρι τον Ιανουάριο του 2012, με περικοπή του μισθού τους κατά 60%. Παρόλο που το μέτρο προωθήθηκε οριζόντια, προκειμένου να μειωθούν οι καθυστερήσεις, μόνο το 1/3 των οργανισμών τοποθέτησε υπαλλήλους σε λίστα, και λιγότερο από 10% των υπαλλήλων μεταφέρθηκαν. Τελικά, τον Δεκέμβριο 2011, ο Υπουργός Εσωτερικών της κυβέρνησης Παπαδήμου παραδέχτηκε την αποτυχία του μέτρου αυτού και το μέτρο εγκαταλείφθηκε (Zahariadis, 2014).

Η κυβέρνηση έδειξε ιδιαίτερη προτεραιότητα στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της διαχείρισης του προϋπολογισμού. Τα έσοδα φόρων υπέστησαν βελτιώσεις στο σχεδιασμό και στην είσπραξη τους. Η Γενική Γραμματεία δημόσιας διοίκησης ιδρύθηκε για την αύξηση της φορολογίας. Για να εξασφαλιστεί η βελτίωση της αποδοτικότητας του προϋπολογισμού, έπρεπε να προστατευτεί η διαφθορά από αξιωματούχους και από πολιτική παρέμβαση. Οι διαδικασίες για τη μείωση της διαφθοράς ενισχύθηκαν. Οι πληρωμές με μετρητά για φορολογικούς λόγους καταργήθηκαν. Ορισμένοι φορολογικοί αξιωματούχοι αντέδρασαν σε τέτοιου είδους μετρα, πιθανώς γιατί φοβήθηκαν για την απώλεια ανεπίσημων προνομίων. Το πιο δύσκολο σημείο των μεταρρυθμίσεων στη δημόσια διοίκηση, ήταν η αλλαγή των προσωπικών στρατηγικών και προσωπικών στη διοίκηση. Η αξιολόγηση της απόδοσης και της ικανότητας του προσωπικού καθώς και η ελάττωση του αριθμού των υπαλλήλων επιχειρήθηκε από την κυβέρνηση (Featherstone, 2015).

Η κυβέρνηση αυτή επιδόθηκε στα πλαίσια μιας στρατηγικής διαχείρισης συγκράτησης της πληροφορίας. Αυτό αποτυπώνεται στο γεγονός ότι τα σημαντικότερα γεγονότα πολιτικής κατεύθυνσης της κυβέρνησης Παπαδήμου αποτυπώνονται στην έκδοση ελάχιστων δελτίων τύπου μέσα σε ένα χρόνο (9 τον αριθμό) (Κουντούρη, 2015). Ο λόγος για τον οποίο πραγματοποιήθηκε

αυτή η στρατηγική διαχείριση συγκράτησης της πληροφορίας ίσως είναι ότι η κυβέρνηση Παπαδήμου αποτελούσε μια κυβέρνηση η οποία συγκροτήθηκε από τα τρία κόμματα προκειμένου να προχωρήσει τις μεταρρυθμίσεις τις οποίες αδυνατούσε να προχωρήσει η προηγούμενη κυβέρνηση.

Η πολιτική της Κυβέρνησης Παπαδήμου, οδήγησε στη σύγκρουση της με ένα μέρος του ΠΑΣΟΚ. Η κίνηση αυτή στο εσωτερικό της Νεολαίας ΠΑΣΟΚ, ονομάστηκε «Πρωτοβουλία για την προοδευτική έξοδο από την Κρίση» και κατήγγειλε ως νεοφιλελεύθερη την κατεύθυνση της κυβέρνησης ονομάζοντας την Κυβέρνηση «Κυβέρνηση Δούρειου Ίππου». Σύμφωνα με τις καταγγελίες αυτές, η κυβέρνηση Παπαδήμου στόχευσε με τις πολιτικές της επιλογές στη διάσωση της στρατηγικής του μνημονίου και υπερασπίστηκε τα στρατηγικά συμφέροντα του μεγάλου Διεθνούς Κεφαλαίου, τόσο στον Ελληνικό όσο και στον Ευρωπαϊκό χώρο, το οποίο κατονομάστηκε ως παρασιτικό. Εκτός από τις πολυάριθμες πολιτικές πρωτοβουλίες ανυπακοής των εργαζομένων (κυρίως αλλά όχι αποκλειστικά στο δημόσιο τομέα), καθώς και ορισμένες διασκορπισμένες κινητοποιήσεις στον αγροτικό τομέα, υπήρξαν 15 σχετικά επιτυχημένες προσκλήσεις για γενικές απεργίες (οι περισσότερες για 24 ώρες, αλλά δύο για 48 ώρες) από τον Μάιο του 2010 και μετά. Οι διαδηλώσεις που συνήθως συνοδεύουν αυτές τις ενέργειες συχνά συγκέντρωναν μεγάλα πλήθη, παρά το γεγονός ότι αντιμετώπισαν σοβαρές ενέργειες καταστολής από την αστυνομία (Tsakiris & Aranitou, 2011). Οι γενικές απεργίες ξεκίνησαν από την Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕΕ), στην οποία ασκούσε μεγάλη επίδραση το ΠΑΣΟΚ, και την Ανώτατη Ένωση Δημοσίων Υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ). Η συντριπτική πλειονότητα όσων συμμετείχαν δεν ήταν καθοδηγούμενοι από τους συνδικαλιστές, αλλά εργαζόμενοι σε επισφαλείς εργασίες, αγωνιζόμενοι για τα εργασιακά δικαιώματα και μέλη συνδικάτων δημοσίων υπαλλήλων που είχαν αποσυνδεθεί από το ΠΑΣΟΚ.

Στον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά τα εργασιακά δικαιώματα, η κυβέρνηση προχώρησε στη μείωση του κατώτατου μισθού κατά μεγάλο ποσό. Αυτό το μέτρο συνάντησε την έντονη αντίδραση της γενικής συνομοσπονδίας εργατών Ελλάδας ΓΣΕΕ και της ανωτάτης ένωσης δημοσίων υπαλλήλων ΑΔΕΔΥ. Σύμφωνα με τις ενώσεις αυτές, η τολμηρή αυτή παρέμβαση του κράτους, με το πρόσχημα της αύξησης της ανταγωνιστικότητας και της μείωσης της ανεργίας, ανατέθηκε στην κυβέρνηση από τους πιστωτές και τα συμφέροντα των μεγάλων εταιρειών στη χώρα, αλλά δεν έφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η ΓΣΕΕ στις τότε συζητήσεις με τον Πρωθυπουργό Παπαδημο, είχε τονίσει κατηγορηματικά να μη συνεναίσει στην κρατική παρέμβαση (στον κανονιστικό κανονισμό) του Εθνικού κατώτατου μισθού και του δήλωσε ότι εάν η χώρα δεν ήταν σε θέση να εγγυηθεί το ποσόν των 751 Ευρώ ως κατώτατο μισθό, τότε θα έπρεπε να δηλώσει επίσημα την πτώχευση. Ζητήθηκε η αποκατάσταση των μισθών με βάση το οικονομικό σύστημα όπως είχε διαμορφωθεί. Ο

σύνδεσμος Ελλήνων βιομηχάνων ΣΕΒ ζητούσε επιτακτικά τη μείωση του κατώτατου μισθού, βασιζόμενος σε στοιχεία από ακαδημαϊκά ιδρύματα και την Τράπεζα της Ελλάδας. Τελικά η κυβέρνηση Παπαδήμου αποφάσισε τη μείωση του κατώτατου μισθού, ένα μέτρο το οποίο είχε συνέπειες για τους εργαζόμενους, αλλά δεν μπόρεσε να διασφαλίσει τις θέσεις εργασίας (Voskeritsian et al., 2017).

Η επίθεση της Κυβέρνησης Παπαδήμου εναντίον εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα και τα γενικότερα μέτρα λιτότητας που αυτή έλαβε, αποκάλυψε ότι ο προηγούμενος κυρίαρχος λόγος, ότι το πρόβλημα της χώρας ήταν ένας άρρωστος δημόσιος τομέας, ήταν ψευδής. Έγινε σχεδόν μια κοινή αντίληψη ότι οι κυβερνήσεις και οι πολιτικές δυνάμεις πίσω από αυτές ενδιαφέρονται μόνο για τη διάσωση των τραπεζών και τίποτα άλλο. Η κυβέρνηση επέλεξε μια διπλή πολιτική εσωτερικής υποτίμησης και φορολόγηση αδιακρίτως του εργασιακού πληθυσμού και των συνταξιούχων. Η στρατηγική σκόπευε στη μείωση των μισθών και του κόστους εργασίας στη μείωση της ευημερίας των παροχών, των υπηρεσιών και των συντάξεων και την αύξηση της φορολογίας ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής. Η λύση που επέλεξε η κυβέρνηση ήταν η μεταφορά του κινδύνου, του κόστους και της ευθύνης της οικονομικής κρίσης στους ευκολότερους στόχους, τον εργαζόμενο πληθυσμό και τους συνταξιούχους, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα και επίθεση στον κύριο πυλώνα της κοινωνικοοικονομικής τους ασφάλειας, στην μικρή ιδιοκτησία, διατηρώντας άλλους τομείς και πρακτικές που προστατεύονται. Αντί να επανεξετάσει το ρόλο του τραπεζικού τομέα και της έλλειψης επενδύσεων στην πραγματική οικονομία και χωρίς να αντιμετωπίζει σοβαρά τη διαφθορά, ούτε την αναδιοργάνωση της κατάστασης, η κυβέρνηση επέλεξε να κινηθεί πολιτικά εναντίον της κοινωνικής και της εργασιακής ασφάλειας, των μισθολογικών και συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων και της αγοράς εργασίας (Papadopoulos & Roumpakis, 2012). Η συνειδητοποίηση των επιδιώξεων της κυβέρνησης έγινε η βάση μιας σιωπηρής αλλά όλο και πιο ορατή κοινωνική συμμαχία μεταξύ των διαφόρων κλάδων και στρωμάτων (εργαζόμενοι στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, καταστηματάρχες, μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις, ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συνταξιούχοι, επισφαλείς εργάτες, νέοι και άνεργοι). Ήταν αυτή η ευρεία, διαφοροποιημένη και μάλιστα αντιφατική κοινωνική συμμαχία που έθεσε το έδαφος για τις νέες εκλογές στις οποίες προκήρυξε η κυβέρνηση Παπαδήμου τον Μάιο του 2012, μόλις επτά μήνες μετά την ανάληψη των καθηκόντων της (Spourdalakis, 2013). Οι πολιτικές και τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση Παπαδήμου φαίνονται στον πίνακα 6.2 (βασισμένο σε Papadopoulos & Roumpakis, 2013, Spourdalakis, 2013, Featherstone, 2015).

## Πίνακας 6.2

### Πολιτικές και μεταρρυθμιστικά μέτρα της κυβέρνησης Παπαδήμου

<b>Οικονομικές πολιτικές</b>	<b>Μεταρρυθμιστικά μέτρα</b>
<b>Φορολογικές πολιτικές:</b>	<b>Συντάξεις :</b>
1. Αύξηση αντικειμενικών αξιών στα ακίνητα	Περιοπές στις συντάξεις
2. Αλλαγή υπολογισμού φόρων ακινήτων	<b>Φροντίδα υγείας :</b>
3. Αύξηση φόρων στις συγκοινωνίες και τις μεταφορές	Περιοπές στις δαπάνες υγείας
4. Κατάργηση φοροαπαλλαγών και φοροελαφρύνσεων στα νησιά.	<b>Μεταρρυθμίσεις στη δημόσια διοίκηση :</b>
5. Επανασχεδιασμός τρόπου είσπραξης φορολογίας	Συγχώνευση εφοριών
6. Γενικευμένη αυξημένη φορολόγηση όλων των πολιτών και επιχειρήσεων	Προγραμματισμός απολύσεων στο δημόσιο
7. Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση προϋπολογισμού	Κατάργηση οργανικών θέσεων εργασίας
<b>Πολιτικές χρηματοπιστωτικού τομέα:</b>	Περιοπές στις εκλογικές δαπάνες
1. Κούρεμα χρέους PSI	Κατάργηση δημοσίων οργανισμών
2. Διάσωση των τραπεζών	Βελτίωση ποιότητας στατιστικών δεδομένων
<b>Διαρθρωτικές πολιτικές :</b>	Μείωση διοικητικών θέσεων
1. Ευελιξία αγοράς εργασίας ιδιωτικού τομέα	Ανάπτυξη στρατηγικής ανθρώπινου δυναμικού
2. Συγκράτηση κόστους αγοράς εργασίας	Εισαγωγή διαχείρισης επιδόσεων
3. Περιορισμός δημοσίου τομέα	Θεσμοθέτηση ανασκόπησης της διοίκησης
4. Ελαστικοποίηση εργασιακών σχέσεων δημοσίου τομέα	Εισαγωγή εξωτερικής και τεχνικής υποστήριξης
5. Άνοιγμα κλειστών επαγγελματιών	Καθιέρωση συστήματος κινητικότητας
6. Ανεξαρτητοποίηση της διοίκησης από επιρροές	Αξιολόγηση απόδοσης προσωπικού
7. Εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης	Περιορισμός διαφθοράς
8. Κατάργηση εργασιακής ασφάλειας	<b>Αγορά εργασίας και μισθοί:</b>
9. Κατάργηση κοινωνικής ασφάλειας	Περιοπές στους κατώτατους μισθούς
	Απελευθέρωση των απολύσεων
	Άρση μονιμότητας εργαζομένων ΔΕΚΟ
	Άρση μονιμότητας σε ιδιωτικές τράπεζες
	Περιοπές επιδομάτων
	<b>Εργασιακό περιβάλλον:</b>
	Αλλαγές ευελιξίας στην ασφάλιση
	Αύξηση της επιδότησης ανεργίας
	Κατάργηση των συλλογικών συμβάσεων
	Αντικατάσταση ορισμένων κλαδικών συμβάσεων με ιδιωτικές
	<b>Άμυνα:</b>
	Περιοπές στις δαπάνες άμυνας

Πηγή : βασισμένο σε Papadopoulos & Roumpakis, 2013 ; Spourdalakis, 2013 ; Featherstone, 2015

Στις 16 Μαΐου 2012, ο δικαστής Παναγιώτης Πικραμένος ορκίστηκε ως νέος πρωθυπουργός της Ελλάδας. Η κυβέρνηση Παναγιώτη Πικραμένου ανέλαβε καθήκοντα ως υπηρεσιακή κυβέρνηση για ένα μικρό χρονικό διάστημα (17 Μαΐου 2012 έως 17 Ιουνίου 2012), μετά την αποτυχία να σχηματιστεί κυβέρνηση στα πλαίσια εντολής σχηματισμού κυβέρνησης μετά τις εκλογές της 6<sup>ης</sup> Μαΐου 2012. Οι νέες εκλογές προγραμματίστηκαν για 17 Ιουνίου του ίδιου έτους.

Αμέσως μετά την ορκωμοσία, η νέα κυβέρνηση ήρθε αντιμέτωπη με πιέσεις από τους δανειστές να εκπληρώσει τις δανειακές υποχρεώσεις που είχε αναλάβει η προηγούμενη κυβέρνηση. Στις 24

Μαΐου, πολλοί αξιωματούχοι της ΕΕ υπενθύμισαν στην Ελλάδα ότι, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα των βουλευτικών εκλογών, έπρεπε είτε να σεβαστούν και να ακολουθήσουν το συμφωνηθέν σχέδιο διάσωσης χρέους, ως απαραίτητη προϋπόθεση για να εγκρίνουν τον επόμενο γύρο του δανείου των 11,9 δις. Ευρώ, με απειλή της απειλής του αποκλεισμού από την Ευρωζώνη σε περίπτωση αθέτησης. Υπό την πίεση των γεγονότων αυτών και λόγω του γεγονότος ότι η κυβέρνηση αυτή ήταν υπηρεσιακή, δεν διαδραμάτισε κανένα ιδιαίτερο ρόλο στη χάραξη πολιτικής σχετικά με την έξοδο από την οικονομική κρίση. Στις 17 Ιουνίου 2012, πραγματοποιήθηκαν οι εκλογές από τις οποίες συγκροτήθηκε μια νέα κυβέρνησης συνασπισμού που υποστήριζε τη συνεχή τήρηση των βασικών αρχών που περιγράφονται στο σχέδιο διάσωσης που εν τω μεταξύ είχε υπογράψει η κυβέρνηση (Kosmidou, Kousenidis & Negakis, 2015).

#### *6.1.4 Πολιτική κυβέρνησης Σαμαρά (2012-2014)*

Η Κυβέρνηση Σαμαρά προέκυψε μετά της Βουλευτικές Εκλογές του Μαΐου 2012 και τις επαναληπτικές του Ιουνίου 2012. Οι Βουλευτικές Εκλογές του Μαΐου 2012 ήταν και οι πρώτες εθνικές εκλογές μετά τα προγράμματα οικονομικής βοήθειας και από την αρχή της οικονομικής κρίσης. Το ΠΑΣΟΚ, ως το κόμμα που υλοποίησε το πρώτο πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας σημείωσε πτώση περίπου 70% σε σχέση με τις εκλογές του 2009, ενώ η ΝΔ σημείωσε πτώση περίπου 44%. Εντούτοις, τα κόμματα εναντίον του μνημονίου συνεργασίας, σημείωσαν μεγάλη αύξηση του ποσοστού τους, με τον ΣΥΡΙΖΑ να έρχεται στη δεύτερη θέση και να αυξάνει το ποσοστό εκλογής κατά 265% και την ακροδεξιά Χρυσή Αυγή να εκλέγει 21 Βουλευτές. Κανένα κόμμα δεν έλαβε απόλυτη πλειοψηφία και δεν ήταν σε θέση να σχηματίσει κυβέρνηση και οι επαναληπτικές εκλογές διεξήχθησαν τον Ιούνιο 2012. Τα δύο πρώτα κόμματα ΝΔ και ΣΥΡΙΖΑ αύξησαν τα εκλογικά τους ποσοστά κατά 10% περίπου και σχηματίστηκε κυβέρνηση συνεργασίας μεταξύ ΝΔ, ΠΑΣΟΚ και του μικρού αριστερού κόμματος ΔΗΜΑΡ (Kyriakidis, 2016). Η κυβέρνηση αυτή στηρίχτηκε αρχικά από τη Νέα Δημοκρατία, το ΠΑΣΟΚ και τη ΔΗΜΑΡ και ορκίστηκε στις 20 Ιουνίου 2012.

Ενώ ο πρωθυπουργός Σαμαράς από την εκλογή του ως πρόεδρος της ΝΔ έως την εκλογή του ως πρωθυπουργός εναντιώθηκε στο μνημόνιο της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου και δήλωσε ότι δεν πρόκειται να δεχτεί τις πολιτικές περικοπών του, πραγματοποίησε μια πολιτική στροφή μετά την εκλογή του στη πρωθυπουργία. Η στροφή αυτή έγινε μετά από την απομόνωση του από τους ομολόγους του στην ΕΕ, οπότε και επεδίωξε να εφαρμόσει ένα διαδοχικό πρόγραμμα μέσω της λογικής περί μη ύπαρξης εναλλακτικής λύσης (Tsarouhas, 2018).

Οι επιδόσεις των πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην οικονομία μέσω της εφαρμογής λιτότητας κατά το διάστημα διακυβέρνησης Σαμαρά και ιδίως κατά την περίοδο 2014-2015, θεωρήθηκε ότι ήταν επιτυχημένες από δημοσιονομικής πλευράς. Θεωρήθηκαν βελτιωμένες σε σχέση με τις πολιτικές της κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου οι οποίες ήταν υπό το κράτος πανικού για να αντιμετωπίσουν τον επείγοντα χαρακτήρα της κρίσης και την αντιμετώπιση του δημοσιονομικού προβλήματος της Ελλάδας άμεσα. Η δημοσιονομική μεταρρύθμιση της κυβέρνησης Σαμαρά θεωρήθηκε ότι επιτεύχθηκε και το 2013 έκλεισε με πλεόνασμα του προϋπολογισμού. Η δημοσιονομική εξυγίανση επιτεύχθηκε μέσω των μέτρων λιτότητας, που περιελάμβαναν διαδοχικές περικοπές μισθών, συντάξεων και αυξήσεις φόρων εισοδήματος και περιουσίας, ιδίως του νέου φόρου περιουσίας ΕΝΦΙΑ (Sotiropoulos, Featherstone & Karadag, 2015) .

Η Κυβέρνηση Σαμαρά αρχικά έθεσε ως πολιτικές προτεραιότητες ζητήματα γενικότερης ωφέλειας του κοινωνικού συνόλου. Αρχικά προσπάθησε να διαπραγματευτεί και να αναθεωρήσει τους όρους της δανειακής σύμβασης, με την παράταση του χρόνου της δημοσιονομικής προσαρμογής, αποκαθιστώντας τις κατά αυτήν αδικίες της περικοπής συντάξεων των χαμηλοσυνταξιούχων και προσπαθώντας να αποκαταστήσει τις περικοπές των πολυτέκνων. Επίσης, ανακοίνωσε την πολιτική εξαγγελία της επέκτασης επιδομάτων ανεργίας και την αύξηση του αφορολόγητου. Ακόμα, οι πολιτικές εξαγγελίες της κυβέρνησης Σαμαρά περιέλαβαν μέτρα πολιτικών που δεν συνδέονταν με το μνημόνιο, όπως :

- πολιτικές αναπτυξιακής ανασυγκρότησης
- διεκδίκηση πόρων κοινής αγροτικής πολιτικής
- αγροτικές παρεμβάσεις στη διαδικασία παραγωγής και διακίνησης αγροτικών αγαθών
- νομοθέτηση για εξασφάλιση από τις αγροτικές επιχειρήσεις πετρελαίου με χαμηλό φόρο κατανάλωσης και γεωργική καλλιέργεια με βάση συμβόλαια με το κράτος.

Στο πεδίο της πολιτικής διαδικασίας, άλλες πολιτικές προτεραιότητες αποτέλεσαν η τακτοποίηση άμεσων πολιτικών προτεραιοτήτων (νέο σταθερό φορολογικό σύστημα με πόθεν έσχες, δίκαιη κατανομή των φόρων, αποκρατικοποιήσεις με παρακράτηση της κρατικής κυριότητας στα δίκτυα, κατάργηση συγχώνευση δημοσίων οργανισμών και φορέων). Η Κυβέρνηση Σαμαρά συμφώνησε για την πραγματοποίηση αλλαγών στο κράτος και στο πολιτικό σύστημα της χώρας λαμβάνοντας τα εξής μέτρα :

- νέες διατάξεις για την ευθύνη των υπουργών
- ανασυγκρότηση της δημόσιας διοίκησης με εξάλειψη της προηγούμενης σύγκρουσης νομοθετημάτων και περιορισμό της πολυνομίας
- μεταρρύθμιση στην κατεύθυνση της επιτάχυνσης της δικαιοσύνης

- στρατηγική και τακτικές εναντίον της φοροδιαφυγής και της γραφειοκρατίας
- νέο θεσμικό πλαίσιο για τη δημόσια τηλεόραση με σκοπό την ανεξαρτητοποίηση της
- συντονισμό της λήψης αποφάσεων με βάση την κυβερνητική ατζέντα πολιτικής.

Η κυβέρνηση επίσης εστίασε στα εξής μέτρα (Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας, 2012) :

- μέτρα εναντίον της παράνομης μετανάστευσης, με τη αναβάθμιση της δύναμης φύλαξης συνόρων FRONTEX, της προσπάθεια για αναβάθμιση φύλαξης συνόρων.
- προσπάθεια για αλλαγή συμφωνίας Δουβλίνου 2 και κοινής πολιτικής για τον επαναπατρισμό των μεταναστών από όλες τις ώρες της ΕΕ, την επιτάχυνση εξέτασης αιτήσεων ασύλου, τις προσαρμογές νομικού επιχειρησιακού και σωφρονιστικού πλαισίου για έλεγχο της εγκληματικότητας και επίτευξη ασφάλειας του πολίτη.
- ζητήματα Εξωτερικής Πολιτικής (προετοιμασία για ανακήρυξη ΑΟΖ, προώθηση κοινών θεμάτων Ευρωπαϊκής Πολιτικής για το Νότο, ενίσχυση των παραδοσιακών συμμαχιών της Ελλάδας και αναβάθμιση του ρόλου της χώρας ως σταθεροποιητικού παράγοντα στην περιοχή της.

Η μείωση του προσωπικού της δημόσιας διοίκησης ήταν μια πολιτική που συνεχίστηκε από την κυβέρνηση Σαμαρά, ακολουθώντας την πολιτική των προκατόχων κυβερνήσεων. Οι κυβερνήσεις εκλήθησαν να μειώσουν το μέγεθος του δημοσίου τομέα, ενώ προηγουμένως τα κόμματα που συμμετείχαν σε αυτές (ΠΑΣΟΚ, ΝΔ), είχαν δημιουργήσει κυβερνήσεις οι οποίες ενθάρρυναν τις πελατειακές πρακτικές. Αυτή η αντίφαση, είχε σαν αποτέλεσμα οι κύριες μειώσεις στο δημόσιο τομέα να μη γίνουν σε προσωπικό, αλλά σε μισθούς. Το γεγονός αυτό προκάλεσε αντιδράσεις από την πλευρά των υπαλλήλων και λευκή απεργία εκ μέρους τους. Όμως και ο αριθμός των εργαζομένων του Δημοσίου τομέα μειώθηκε σημαντικά. Ενώ τον Ιούλιο 2010 ο αριθμός των εργαζομένων ήταν 768.000, τον Ιούνιο του 2013 ο αριθμός των εργαζομένων έπεσε στις 686.000 (Matsaganis, 2013).

Η κυβέρνηση Σαμαρά, χρειάστηκε να αντιμετωπίσει την ανεργία η οποία επιδεινώθηκε με την εφαρμογή του πρώτου και του δεύτερου μνημονίου, με πολιτικές ενίσχυσης της απασχόλησης. Στα πλαίσια εφαρμογής των πολιτικών αυτών, το τελευταίο τρίμηνο του 2014, υπήρξαν επείγουσες πρωτοβουλίες με στόχο την υλοποίηση στοχευμένων δράσεων υπέρ των πλέον πληγέντων από την ανεργία. Οι δράσεις αυτές, σύμφωνα με τους (Galata & Chrysakis, 2016) περιελάμβαναν:

- Ολοκληρωμένα προγράμματα για 8.000 άνεργους πτυχιούχους που παρείχαν συνεχή εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση στους τομείς των γενικών δεξιοτήτων,



δεξιότητες αναζήτησης εργασίας, επιχειρηματικές δεξιότητες ΤΠΕ, πρακτική κατάρτιση σε ιδιωτικές επιχειρήσεις και συμβουλευτικές υπηρεσίες.

- Εκπαιδευτικό δελτίο για 38.000 ανειδίκευτους άνεργους ηλικίας 29-64 ετών
- Θεωρητική κατάρτιση, πρακτική κατάρτιση σε επιχειρήσεις, καθώς και συμβουλευτικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες στον τομέα των κατασκευών, διαχείρισης αποβλήτων και ΤΠΕ.
- Επιχορηγήσεις προς εργοδότες για την πρόσληψη 5.000 ανέργων για 12 μήνες.
- Προγράμματα δημοσίων έργων που απευθύνονταν σε 50.000 μακροχρόνια άνεργους .
- Ειδικά προγράμματα Επαγγελματικής Κατάρτισης για 16.000 νέους άνεργους με στόχο την ενίσχυση των δεξιοτήτων στις εξειδικευμένες ειδικότητες των αιχμών του κλάδου της Ελληνικής οικονομίας.
- Περιφερειακοί μηχανισμοί υποστήριξης της ανάπτυξης του Κοινωνικού Συνεταιρισμού Επιχειρήσεων.

Επιπλέον, εφαρμόστηκε ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την εφαρμογή της "Εγγύησης Νέων" στην Ελλάδα το οποίο σχεδιάστηκε για την παροχή ενός συνεκτικού συνόλου δράσεων που απευθύνονταν στους νέους άνεργους.

Στο πεδίο της καταπολέμησης της διαφθοράς, ξεκίνησαν έρευνες κατά υπαλλήλων εξοπλιστικών προγραμμάτων του Υπουργείου Άμυνας και κατά Υπουργών που είχαν αποκρύψει περιουσιακά στοιχεία. Ο πρώην αντιπρόεδρος της κυβέρνησης Τσοχατζόπουλος και ο πρώην δήμαρχος Θεσσαλονίκης Παπαγεωργόπουλος φυλακίστηκαν για διαφθορά. Παρά τα επιτεύγματα πολιτικής της κυβέρνησης Σαμαρά, στο πεδίο του εξορθολογισμού των οικονομικών του κράτους στο πεδίο της διακυβέρνησης, οι μεταρρυθμίσεις στο πεδίο της δομής και της λειτουργίας της κρατικής διοίκησης δεν βελτιώθηκαν αρκετά. Υποστηρίχθηκε ότι η μη μεταρρυθμισμένη κρατική διοίκηση εμπόδιζε τις περεταίρω μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Επίσης, οι περικοπές δαπανών στην εκπαίδευση και στη δημόσια υγεία και οι αντιδράσεις που προκάλεσαν, ενίσχυσαν τις απόψεις ότι η κυβέρνηση δεν μπόρεσε να προχωρήσει σε περεταίρω μεταρρυθμίσεις (Sotiropoulos, Featherstone & Karadag, 2015).

Στο πεδίο της μεταναστευτικής πολιτικής, η αλλαγή πολιτικής που ρύθμιζε τη μετανάστευση, αποτυπώθηκε στο Ν. 4521/2014, γνωστό ως κώδικα για τη μετανάστευση και την κοινωνική ένταξη. Δημιουργήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο, που περιελάμβανε όλες τις διατάξεις για τη διαμονή υπηκόων τρίτων χωρών. Το ολοκληρωμένο πλαίσιο αυτό για τη μεταναστευτική πολιτική, μεταρρύθμισε την προηγούμενη νομοθεσία, ενώ παράλληλα απλούστευε και επιτάχυνε την μεταναστευτική διαδικασία. Το νέο πλαίσιο βασιζόταν στους εξής πυλώνες (Dimitrakopoulou & Kontis, 2016) :

- Απλούστευση των διαδικασιών, με σκοπό τη μείωση των διοικητικών δαπανών και του φόρτου εργασίας των αρμοδίων αρχών και την παροχή καλύτερων υπηρεσιών στους μετανάστες με καλύτερες νομικές και διοικητικές διαδικασίες.
- Μεταρρύθμιση στην πρόσβαση στην αγορά εργασίας για τους μετανάστες και δημιουργία ενός φιλικού προς τις επενδύσεις περιβάλλοντος.
- Προώθηση της άδειας κατοίκου μακράς διαρκείας, η οποία ενισχύει την ενσωμάτωση, παρέχοντας τα διευρυμένα δικαιώματα των μεταναστών και την ίση μεταχείριση με τους πολίτες σε ορισμένους τομείς της κοινωνικής ζωής.
- Εξασφάλιση ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς μπορούν να μείνουν νόμιμα στη χώρα αφού ενηλικιωθούν, μέσω ειδικής άδειας διαμονής, της άδειας «δεύτερης γενιάς».

Στο πεδίο της εξωτερικής πολιτικής, εκδηλώθηκε μια συντηρητική πολιτική προς τα Βαλκάνια και ιδίως ως προς τις σχέσεις με τη FYROM. Αν και ο Πρωθυπουργός Σαμαράς κατά το απώτερο παρελθόν είχε πρωτοστατήσει σε μια σκληρή θέση στο θέμα αυτό, το οποίο είχε φτάσει στη διαγραφή του από τη ΝΔ μια σειρά από παράγοντες εμπόδιζαν τη λήψη ακραίας στάσεων στο θέμα. Οι παράγοντες αυτοί ήτο ο πολιτικός κατακερματισμός των δυνάμεων στα κόμματα και η κυβέρνηση ενότητας στην οποία ηγήτο κατά το έτος 2012, σε συνδυασμό με μια εναντιωτική προς την Ελλάδα απόφαση του Διεθνούς Δικαστηρίου το έτος 2011 για την ένταξη της FYROM στους διεθνείς οργανισμούς. Επίσης, το γεγονός ότι αντιπρόεδρος της κυβέρνησης ήταν ο προερχόμενος από το ΠΑΣΟΚ και πρώην υπουργός Εσωτερικών Βενιζέλος, έστρεψε την προσοχή περισσότερο σε θέματα εσωτερικής πολιτικής και στα θέματα λιτότητας. Η Ελλάδα παρέμεινε στην Ευρωπαϊκή προοπτική των Βαλκανικών χωρών, αλλά με μια προσέγγιση πολύ επιλεκτική και χρηστική. Η κυβέρνηση επέμεινε σε χρηστικά ζητήματα όπως στη σύναψη συνθήκης με την Αλβανία, σχετικά με οριοθέτηση μιας αποκλειστικής οικονομικής ζώνης. Η Ελληνική εξωτερική πολιτική προσέγγισε τις Ευρωπαϊκές διαδικασίες και τους προβληματισμούς και η κυβέρνηση εμφάνισε μια φιλοευρωπαϊκή διακυβέρνηση. Επίσης, η κυβέρνηση παρουσίασε στοιχεία εξευρωπαϊσμού ορισμένων πολιτικών της, όπως αποδεικνύεται από τις πρωτοβουλίες του Υπουργού Εξωτερικών Βενιζέλου για το Κοσσυφοπέδιο (Tziampiris, 2015).

Στο πεδίο της μεταναστευτικής πολιτικής, η κυβέρνηση Σαμαρά εφήρμοσε μια πολιτική εναντίον της πολιτογράφησης με βάση χαλαρά κριτήρια. Η πολιτογράφηση με βάση χαλαρά κριτήρια είχε θεσμοθετηθεί ήδη από το 2010. Όμως, κατά το Νοέμβριο 2013 το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε το νόμο του 2010 αντισυνταγματικό. Η συλλογιστική του Δικαστηρίου βασίστηκε στο ότι το Σύνταγμα αναφέρεται σε Έλληνες πολίτες μόνο, όσον αφορά τέτοιες διατάξεις. Επιπλέον, οι νέες διατάξεις κρίθηκαν αντισυνταγματικές επειδή αγνοούν ότι η πολιτογράφηση μπορεί να συμβαίνει

μόνο εάν υπάρχει πραγματικός δεσμός μεταξύ του αλλοδαπού και του Ελληνικού Έθνους. Ιχυρίστηκαν ότι οι πραγματικοί δεσμοί δεν μπορούν να εξακριβωθούν από επίσημες νομικές κατευθύνσεις όπως η διάρκεια της διαμονής ή το γεγονός της γέννησης στην Ελλάδα ή το γεγονός των σπουδών σε Ελληνικό σχολείο. Ο Πρωθυπουργός Σαμαράς ανακοίνωσε την απόφαση του Ανωτάτου Δικαστηρίου. Η ανακοίνωση της απόφασης χαιρετίστηκε με ενθουσιασμό από βουλευτές της ΝΔ και της ακροδεξιάς ΧΑ, ενώ επικρίθηκε έντονα από τους κυβερνητικούς εταίρους, δηλαδή το αριστερό ΔΗΜΑΡ και το σοσιαλιστικό ΠΑΣΟΚ. Η απόφαση του ανωτέρου δικαστηρίου δημοσιεύτηκε το Φεβρουάριο 2013 και οι πράξεις πολιτογράφησης που είχαν εκδοθεί βάσει του νόμου ακυρώθηκαν (Triandafyllidou, 2014).

Όμως, μια έντονη λαϊκή δυσαρέσκεια εκδηλώθηκε κατά των πολιτικών που σχεδίασε και εκτέλεσε η Κυβέρνηση Σαμαρά. Οι πολιτικές της κυβέρνησης κατηγορήθηκαν ότι εφαρμόστηκαν μέσω διαταγμάτων παρακάμπτοιας το Κοινοβούλιο. Αυτή η πρακτική αντιμετώπισε ισχυρή αντιπολίτευση από τα κόμματα που βρίσκονταν αριστερά της κυβέρνησης, δηλαδή του ΣΥΡΙΖΑ και ΚΚΕ και από τα δεξιά ΑΝΕΛ και Χρυσή Αυγή. Αντιδράσεις από δυσαρεστημένες ομάδες συμφερόντων και κοινωνικά κινήματα ξεκίνησαν με τη μορφή βίαιων διαδηλώσεων και καταλήψεις κυβερνητικών κτιρίων (Sotiropoulos, Featherstone & Karadag, 2015). Οι αναταραχές εναντίον των πολιτικών λιτότητας της Κυβέρνησης Σαμαρά απέκτησαν δημοφιλία μετά από την εντατικοποίηση της κρατικής καταστολής που εξαπέλυσε η κυβέρνηση. Ο κατασταλτικός ρόλος του κράτους μετατράπηκε από εξαίρεση σε κανόνα. Απεργίες των εργαζομένων του Μετρό της Αθήνας, της Ομοσπονδίας Ναυτικών, της Ομοσπονδίας Καθηγητών στα γυμνάσια, του κρατικού τηλεοπτικού προσωπικού κηρύχθηκαν εκτός νόμου με προληπτικές δικαστικές αποφάσεις. Οι απεργούς στρατεύθηκαν υπό την εφαρμογή στρατιωτικού νόμου και αναγκάστηκαν να επιλέξουν μεταξύ εργασίας ή φυλάκισης. Μια νέα νομοθεσία που απαγόρευε την ουσιαστική συνδικαλιστική δραστηριότητα εισήχθη και ανακοινωνόταν επαναλαμβανόμενα από το Υπουργείο Εργασίας. Η αστυνομία αντιμετώπισε τις ταραχές χρησιμοποιώντας δακρυγόνα, βόμβες θορύβου και γκλομπ, επιτιθέταν συνεχώς στους διαδηλωτές, που αποτελούνταν από απεργούς, επαγγελματίες, εργαζόμενους, άνεργους, εργαζόμενους σε επισφαλείς εργασίες, φοιτητές και αγρότες. Στις Σκουριές της Χαλκιδικής, ολόκληρος ο πληθυσμός κινητοποιήθηκε για μήνες κατά της καταστροφής του περιβάλλοντος από την εταιρεία εξόρυξης χρυσού Eldorado Gold (που λεγόταν ότι συνδεόταν με τα κυβερνώντα κόμματα στην κυβέρνηση Σαμαρά).

Η Κυβέρνηση επέλεξε να επιβάλει ιδιαίτερα κατασταλτικές πολιτικές δίνοντας εντολή στην αστυνομία για μαζική χρήση δακρυγόνων αερίων και σφαιρών από καουτσούκ ενάντια στους διαδηλωτές, εισβολές της αστυνομίας σε σπίτια κατά τη διάρκεια της νύχτας και μαζικές συλλήψεις, δίκες και φυλακίσεις. Πολιτικές ακραίας καταστολής οδήγησαν στην Αστυνομική

βαναυσότητα και βασανιστήρια σε αστυνομικά τμήματα και στην έδρα της Κεντρικής Αστυνομίας. Στα πλαίσια των προληπτικών και κατασταλτικών πολιτικών έλαβαν χώρα επιχειρήσεις κατά των μεταναστών και των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων που έφεραν ετικέτες με βιολογικά ιατρικά ονόματα. Η Κυβέρνηση Σαμαρά κατηγορήθηκε για προσπάθεια συστηματική κατεδάφισης της εθνικής υγείας και επιλεκτικές πολιτικές εναντίον ιδρυμάτων με ριζοσπαστικές αριστερές πολιτικές, όπως το Τμήμα Εξάρτησης από τα Ναρκωτικά του Δημόσιου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Επίσης κατηγορήθηκε για ανοιχτούς και μυστικούς δεσμούς του κατασταλτικού κράτους με φασιστικές και ναζιστικές συμμορίες (Matsas, 2013). Γενικότερα, υπήρξε μια έντονη αμφισβήτηση των μέτρων που ελήφθησαν από την κυβέρνηση Σαμαρά, που ακολούθησε την αμφισβήτηση των μέτρων των προηγούμενων κυβερνήσεων. Τα μέτρα που περιλαμβάνονταν στα μνημόνια που υπέγραψαν η τρόικα (ΔΝΤ / ΕΕ / ΕΚΤ) και η ελληνική κυβέρνηση και σχεδιάστηκαν για την επίλυση του προβλήματος, αμφισβητήθηκαν ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Αν και για το έτος 2013, το πρωτογενές πλεόνασμα επιτεύχθηκε, ο αντίκτυπος στην κοινωνία ήταν καταστροφικός. Στο τέλος του έτους 2013 σε σχέση με την αρχή της οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα είχε απωλέσει το 25% του ΑΕΠ, η ανεργία κορυφώθηκε στο 27,3%, ο κίνδυνος φτώχειας πριν από την κοινωνική βοήθεια έφτασε στο 26,8% το 2012, το υψηλότερο ποσοστό στην τελευταία δεκαετία, τα άτομα που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό αυξήθηκαν από 27,7% το 2007 σε 34,6% το 2012 και η υλική στέρηση αυξήθηκε από 22% σε 33,7% από το 2007 στο 2013 (Kaitelidou et al., 2016). Οι Πολιτικές που υλοποίησε η κυβέρνηση Σαμαρά και τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που έλαβε απεικονίζονται στον πίνακα 6.3 (βασισμένο σε Matsaganis, 2013 ; Sotiropoulos, Featherstone & Karadag, 2015 ; Galata & Chrysakis, 2016 ; Dimitrakopoulou & Kontis, 2016).

Το κλείσιμο της Ελληνικής Ραδιοφωνίας Τηλεόρασης (ΕΡΤ), πραγματοποιήθηκε ως προσωπική απόφαση του Πρωθυπουργού Αντώνη Σαμαρά προκειμένου να ικανοποιήσει απαίτηση των δανειστών για 2.500 απολύσεις στο Δημόσιο Τομέα. Το κλείσιμο της ΕΡΤ συνοδεύτηκε και από κλείσιμο όλων των κρατικών ραδιοτηλεοπτικών και ραδιοφωνικών προγραμμάτων. Η απότομη κίνηση επέτρεψε στη κυβέρνηση να ανταποκριθεί στην ποσόστωση της Τρόικας για δημόσιες απολύσεις (Sotiropoulos, Featherstone & Karadag, 2015). Εν μέσω σφοδρών κοινωνικών αντιδράσεων, η ΔΗΜΑΡ απέσυρε από την κυβέρνηση τους υπουργούς της και αποχώρησε από την κυβέρνηση τον Ιούνιο 2013. Μετά από την εξέλιξη αυτή, οι έδρες του κυβερνητικού συνασπισμού στο Κοινοβούλιο μειώθηκαν από 179 σε 162. Εν τω μεταξύ, τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν κατά τη διάρκεια του 2013 και 2014, οδήγησαν στην απώλεια της λαϊκής υποστήριξης της ΝΔ και του ΠΑΣΟΚ και στην άνοδο της ακροδεξιάς (Sotiropoulos, Featherstone & Karadag, 2015).

### Πίνακας 6.3

#### Πολιτικές και μεταρρυθμιστικά μέτρα της κυβέρνησης Σαμαρά

<b>Πολιτικές</b>	<b>Μεταρρυθμιστικά μέτρα</b>
<b>Φορολογικές πολιτικές:</b>	<b>Συντάξεις :</b>
1.Αυξήσεις φόρων εισοδήματος 2. Αυξήσεις φόρων περιουσίας 3. Επιτήρηση του προϋπολογισμού 4. Δημιουργία νέο φορολογικού συστήματος με βάση το πόθεν έσχες 5. Περιορισμός της φοροδιαφυγής	Περιοπές στις συντάξεις
<b>Πολιτικές Δημοσίου Τομέα</b>	<b>Φροντίδα υγείας :</b>
1. Εξυγίανση του δημοσίου τομέα 2. Καταργήσεις δημοσίων οργανισμών 3. Συγχωνεύσεις δημοσίων οργανισμών 4. Ελλάτωση προσωπικού 5. Περιοπές στη δημόσια εκπαίδευση	Περιοπές στη δημόσια υγεία Επιχειρήσεις για την υγεία των μεταναστών Επιχειρήσεις για την υγεία των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων
<b>Πολιτικές χρηματοπιστωτικού τομέα:</b>	<b>Μεταρρυθμίσεις στη δημόσια διοίκηση :</b>
1. Στήριξη των τραπεζών	Περιοπές μισθών Περιορισμός πολυνομίας Περιορισμός της γραφειοκρατίας Μείωση μόνιμου και επικουρικού προσωπικού Μέτρα για την ευθύνη αξιωματούχων
<b>Διαρθρωτικές πολιτικές :</b>	<b>Αγορά εργασίας και μισθοί:</b>
1. Αναπτυξιακή ανασυγκρότηση 2. Διεκδίκηση πόρων κοινής αγροτικής πολιτικής 3. Εξασφάλιση φθηνών αγροτικών πόρων 4. Καλλιέργεια βάση συμβολαίων με το κράτος 5. Αλλαγή θεσμικού πλαισίου δημόσιας τηλεόρασης 6. Συντονισμός κυβερνητικού έργου 7. Αποτροπή παράνομης μετανάστευσης 8. Καταπολέμηση της ανεργίας 9. Καταπολέμηση της διαφθοράς	Περιοπές μισθών
	<b>Εργασιακό περιβάλλον:</b>
	Προγράμματα απασχόλησης άνεργων πτυχιούχων Επιμορφωτικές δράσεις άνεργων Προγράμματα θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης σε επιχειρήσεις Επιχορηγήσεις προς εργοδότες για πρόσληψη άνεργων Προγράμματα δημοσίων έργων απευθυνόμενα σε άνεργους Ανάπτυξη περιφερειακών μηχανισμών υποστήριξης για τη μείωση της ανεργίας Ειδικά προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης για άνεργους
	<b>Δικαιοσύνη :</b>
	Επιτάχυνση της απονομής της δικαιοσύνης Αναμόρφωση διατάξεων ελέγχου εγκληματικότητας
	<b>Μεταναστευτικό περιβάλλον :</b>
	Αναβάθμιση δύναμης φύλαξης συνόρων Επιτάχυνση εξέτασης αιτήσεων ασύλου Απλούστευση των μεταναστευτικών διαδικασιών Μεταρρύθμιση στην πρόσβαση στην αγορά εργασίας για τους μετανάστες Προώθηση άδειας κατοίκου μακράς διάρκειας Θέσπιση ιδιότητας μετανάστη δεύτερης γενιάς

Πηγή : βασισμένο σε Matsaganis, 2013 ; Sotiropoulos, Featherstone & Karadag, 2015 ; Galata & Chrysakis, 2016 ;

Dimitrakopoulou & Kontis, 2016

Η κατάσταση αυτή παρέμεινε σταθερή μέχρι το Δεκέμβριο του 2014, ημερομηνία ολοκλήρωσης του δεύτερου προγράμματος. Τότε, η ΕΕ αποφάσισε να παρατείνει το πρόγραμμα βοήθειας κατά δύο μήνες, ώστε να καταστεί δυνατή η έγκριση πρόσθετων μέτρων προσαρμογής.

Ο πρωθυπουργός Σαμαράς αποφάσισε να προκηρύξει προεδρικές εκλογές και στη συνέχεια να προχωρήσει στη συμφωνία των πρόσθετων μέτρων. Όμως ο υποψήφιος Σταύρος Δήμας που πρότεινε η κυβέρνηση δεν έγινε δυνατόν να εκλεγεί και η κυβέρνηση και ολοκλήρωσε τις εργασίες της στις 26 Ιανουαρίου 2015, με την προκήρυξη νέων εκλογών (Kyriakidis, 2016).

## **6.2 Ανασκόπηση πολιτικών για την υγεία πριν την οικονομική κρίση**

### *6.2.1 Πολιτικές υγείας κατά τη μεταπολίτευση (περίοδος 1974-1989)*

Μετά την μεταπολίτευση (1974) έως και πριν την εμφάνιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, κατά την 1<sup>η</sup> κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή, οι κυβερνήσεις, οι κυβερνήσεις εφαρμόζαν πολιτικές υγείας σε ένα σχετικά σταθερό οικονομικό περιβάλλον. Η εισαγωγή καινοτόμων τεχνολογιών και οι μελλοντικές απαιτήσεις για προσαρμογή σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο απαιτητικό περιβάλλον ήταν αυτές που έκαναν τις κυβερνήσεις να αντιληφθούν τις νέες δυσχέρειες που αντιμετώπιζε το σύστημα υγείας σε κάθε εποχή. Ανταποκρινόμενες στις προκλήσεις αυτές, οι κυβερνήσεις σχεδιάζοντας πολιτικές υγείας και υλοποιώντας αυτές με τη λήψη μέτρων, επιχειρούσαν να καταστήσουν το σύστημα υγείας βιώσιμο στο μέλλον. Τα μέτρα αυτά εντάσσονταν σε μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιούνταν από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Η πιο σημαντική σύγχρονη αναφορά στην ανάγκη λήψης μέτρων που θα αναμόρφωναν το Ελληνικό σύστημα υγείας, είναι η έρευνα του Centre of Planning and Economic Research (or KEPE) (1976), η οποία υποστήριξε την ενσωμάτωση των τριών κοινών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ προς ένα κοινό ταμείο. Λαμβάνοντας υπόψη τα πορίσματα της έρευνας και τις τοποθετήσεις πολιτικής της προηγούμενης κυβέρνησης Καραμανλή, η κυβέρνηση Ανδρέα Παπανδρέου, κατά το έτος 1983 επιχείρησε μεταρρύθμιση λαμβάνοντας μια σειρά μέτρων προκειμένου να εκσυγχρονίσει το ΕΣΥ (Carpenter, 2003). Η κυβέρνηση αυτή, άσκησε μια νέα πολιτική υγείας, στην οποία την υγεία την αντιμετώπιζε ως κοινωνικό αγαθό, και ακολούθησε τρεις αρχές για την πολιτική υγείας (Kyriopoulos & Tsalikis, 1993) :

- Η υγεία δεν πρέπει να υπόκειται σε κερδοσκοπία.
- Όλοι οι πολίτες θα πρέπει να απολαμβάνουν ίσα δικαιώματα υψηλής προστασίας φροντίδας υγείας.
- Η προστασία της υγείας αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους.

Η νέα πολιτική υγείας όφειλε να υλοποιηθεί μέσω ενός ενιαίου αποκεντρωμένου και εκδημοκρατισμένου συστήματος που να προσέφερε ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών από την πρόληψη ως την αποκατάσταση.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Ανδρέα Παπανδρέου ήταν οι εξής :

- Δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση υγείας.
- Ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Ενοποίηση και αποκέντρωση του συστήματος υγείας.
- Καταπολέμηση φαρμακευτικής διαφθοράς.

Η κυβέρνηση Ανδρέα Παπανδρέου άσκησε μια πολιτική δικαιοσύνης στη χρηματοδότηση υγείας και διακαιότερης ρύθμισης του μίγματος της δημοσίων με ιδιωτικές δαπάνες του συστήματος υγείας. Η κυβέρνηση ακολούθησε ένα γενικότερο ρεύμα πολιτικών σε χώρες της Νότιας Ευρώπης που επεδίωκαν την αύξηση των δαπανών του δημοσίου τομέα υγείας έναντι του ιδιωτικού τομέα υγείας. Η κυβέρνηση ψήφισε το Νόμο 1397/83, ο οποίος καθιέρωσε το ΕΣΥ. Με την εφαρμογή του Νόμου αυτού, η κυβέρνηση προώθησε μια μεταρρύθμιση η οποία πραγματοποιήθηκε με μια σειρά από μέτρα, τα οποία στόχευαν και στην αύξηση της συμμετοχής του δημοσίου τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, με ταυτόχρονη θέσπιση εμποδίων για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας. Επίσης, η ψήφιση του Νόμου συνέπεσε με την καθιέρωση εθνικών συστημάτων υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ενώ όμως η δικαιοσύνη και η αποδοτικότητα αναγνωρίστηκαν ως δύο σημαντικοί παράγοντες για τη μεταρρύθμιση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα και τα μέτρα που λαμβάνονταν αντιμετώπιζαν μόνο ζητήματα ανισότητας στην πρόσβαση και ανεπάρκεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η εστίαση της πολιτικής της μεταρρυθμισης ήταν η ανάπτυξη καθολικής κάλυψης και δικαιοσύνη στην πρόσβαση και στην παροχή υπηρεσιών υγείας και όχι η συνολική δικαιοσύνη και αποδοτικότητα. Η ισότητα στην πρόσβαση επρόκειτο να πραγματοποιηθεί μόνο μέσω της αυξημένης πρόσβασης σε υπηρεσίες του δημοσίου τομέα υγείας. Η ρύθμιση της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης ήταν αναπόσπαστο μέρος για της προσπάθειας για επίτευξη δικαιοσύνης στην πρόσβαση. Ωστόσο, μέσα σε μια δεκαετία ο στόχος αυτό υλοποιήθηκε εν μέρει, καθώς οι ιδιωτικές δαπάνες ως μέρος του ΑΕΠ παρέμεναν σε υψηλά επίπεδα ενώ η δημόσιες δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα. Η άκαμπτη εφαρμογή ορισμένων μέτρων, η αποτυχία αλλαγής μηχανισμών χρηματοδότησης της υγείας, καθώς και η αυξανόμενη δυσарέσκεια για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αύξησε ουσιαστικά τις ιδιωτικές δαπάνες σε σχέση με τις δημόσιες. Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της αύξησης αποτελούσε πληρωμές κάτω από το τραπέζι, Αυτές οι πληρωμές μαζί με τις ιδιωτικές πληρωμές ασφάλισης μείωσαν τα ίδια κεφάλαια με αποτέλεσμα τη μικρή επιτυχία της μεταρρύθμισης. Αργότερα, κατά τη δεύτερη

θητεία Ανδρέα Παπανδρέου παρατηρήθηκε μια αξιοσημείωτη στροφή στα δημόσια νοσοκομεία, η οποία οφείλονταν και στο ότι ορισμένες υπηρεσίες αιχμής παρέχονταν μόνο σε μεγάλα νοσοκομεία. Στον αντίποδα, η δαπάνη του δημοσίου τομέα υγεία αυξήθηκε κατακόρυφα, ενώ πολλές μικρές ιδιωτικές μονάδες έκλεισαν διότι δεν μπορούσαν να ανταγωνιστούν τις δημόσιες (Liaropoulos & Tragakes, 1998). Επίσης, η κυβέρνηση έδωσε προτεραιότητα στην ανάπτυξη αγροτικών εγκαταστάσεων υγείας. Αυτό συνέβη ως μέρος της γενικής αναπτυξιακής πολιτικής της κυβέρνησης, η οποία αντανάκλασε μια αυξημένη ανησυχία για τις επιπτώσεις της ταχείας ανάπτυξης στις δύο μεγάλες πόλεις της χώρας (Kygiopoulos & Tsalikis, 1993).

Η κυβέρνηση Παπανδρέου έδωσε μεγάλη σημασία στην υγεία, μέσω της δημιουργίας ενός ενοποιημένου, αποκεντρωμένου και δημοκρατικού κατ' αυτή συστήματος υγείας. Αυτό το σύστημα σχεδιάστηκε για να παρέχει ένα πλήρες φάσμα παροχών από την πρόληψη και θεραπεία έως την τριτοβάθμια περίθαλψη. Η κυβέρνηση ίδρυσε τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), για να χορηγεί τις άδειες των φαρμακευτικών προϊόντων, να επιβλέπει τη βιομηχανία φαρμάκου και να καθορίζει τις τιμές φαρμάκων. Σημαντικά μέτρα αποτελούσαν την ίδρυση κέντρων ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), η νομιμοποίηση των αμβλώσεων, η οποίες εντάχθηκαν στην κοινωνική ασφάλιση μαζί με προγράμματα συμβουλών και αντισύλληψης. Επίσης, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών με σημαντική χρηματοδότηση από την ΕΕ (Carpenter, 2003).

Οι ιδιωτικές κλινικές και οι φαρμακευτικές εταιρείες είχαν έντονο ενδιαφέρον στη διατήρηση της προηγούμενης υφιστάμενης κατάστασης στην υγειονομική περίθαλψη και στην αποτυχία του ΕΣΥ. Η κυβέρνηση Ανδρέα Παπανδρέου επεδίωκε να σταματήσει την υπέρμετρη ανάπτυξη την οποία είχε επιτύχει ο ιδιωτικός τομέας υγείας κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της προηγούμενης δεκαετίας. Η κυβέρνηση ήθελε να δημιουργήσει το ΕΣΥ ως δημόσιο σύστημα υγείας και προσανατολιζόνταν στην απαγόρευση δημιουργίας ιδιωτικών νοσοκομείων και γενικότερα στην αποφυγή επέκτασης του ιδιωτικού τομέα, που θα μπορούσε ενδεχομένως στο μέλλον να βλάψει το δημόσιο σύστημα υγείας. Οι ιδιοκτήτες ιδιωτικών κλινικών αντιτάχθηκαν στο νόμο, ως προς τις διατάξεις που δεν επέτρεπαν να επεκτείνουν ή να διατηρήσουν τις εταιρείες τους, μια διάταξη που υποστήριζαν ότι θα έθετε σε κίνδυνο την επιβίωση των μικρών μονάδων υγείας. Τέλος, η μεταρρύθμιση στόχευε να απαγορεύσει τις κάτω από το τραπέζι πληρωμές (άτυπες πληρωμές), συμπεριλαμβανομένων και των ιατρικών ταξιδιών που έδιναν οι φαρμακευτικές εταιρείες σε ιατρούς. Όμως, οι φαρμακευτικές εταιρείες εμπόδισαν την επιτυχία της μεταρρύθμισης ως προς αυτά τα μέτρα (Nikolentzos, 2005).



### 6.2.2 Πολιτικές υγείας κατά τη μεταπολίτευση (περίοδος 1990-2006)

Η συντηρητική αντιπολίτευση της Ελλάδας, το κόμμα της ΝΔ είχε προβάλλει σθεναρή αντίσταση στη μεταρρύθμιση. Θεωρούσε ότι η αντίληψη της κυβέρνησης Ανδρέα Παπανδρέου περί αποκλειστικής ευθύνης του κράτους για την προστασία της υγείας των πολιτών, επέτρεψε την επέκταση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας και την υποχώρηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Οι συντηρητικοί θεώρησαν ότι το σύνταγμα παρεμηνεύτηκε και προσέφυγαν στο Ανώτατο Δικαστήριο, χωρίς όμως επιτυχία, λόγω της ασάφειας της Συνταγματικής διάταξης.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Μητσοτάκη ήταν οι εξής:

- Ενίσχυση του ιδιωτικού έναντι του δημοσίου τομέα υγείας
- Περιορισμός της κρατικής χρηματοδότησης στις υπηρεσίες υγείας
- Εφαρμογή της αρχής της ατομικής ευθύνης στα θέματα υγείας
- Ανάπτυξη ιδιωτικών εταιρειών διαγνωστικών τεχνολογιών

Μόλις η κυβέρνηση της ΝΔ κατέλαβε την εξουσία, ψήφισε το Νόμο 1992/1990 ο οποίος κατήργησε τους περιορισμούς του Νόμου του 1983 για τη δημιουργία και ανάπτυξη ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών. Στη συνέχεια παρουσιάστηκε ΠΔ για τη θέσπιση ηπιότερων κανονισμών στον τομέα αυτό. Η κυβέρνηση Μητσοτάκη χαλάρωσε τους κανονισμούς σχετικά με την αδειοδότηση και τις διαπραγματεύσεις με την κυβέρνηση για τα τέλη υπηρεσιών, για να διευκολύνει την ανάπτυξη των επιχειρήσεων που ασχολούνταν με τις διαγνωστικές βιοχημικές τεχνολογίες. Μέσα σε τρία χρόνια (έως το 1992) οι ιδιωτικές επενδύσεις στο χώρο της υγείας διπλασιάστηκαν. Οι προτιμήσεις των ιδιωτών επενδυτών σε ακριβές κλινικές με περίπου 100 κρεβάτια και 20 χειρουργικές αίθουσες αυξήθηκαν. Η κυβέρνηση, παράλληλα με την προώθηση του ιδιωτικού τομέα, έλαβε επίσης μέτρα για τον περιορισμό της δημοσίας χρηματοδότησης για την υγεία. Τα δημόσια νοσοκομεία υπέστησαν μειώσεις προσωπικού και περικοπές στους προϋπολογισμούς τους. Μια σειρά μέτρων διπλασίασαν τη δαπάνη για την κάλυψη της πολυπληθέστερης κατηγορίας κλινών, με επικείμενο πολλαπλασιασμό. Ωστόσο, η κυβέρνηση υποσχέθηκε ότι όταν ιδιωτικοποιούσε τα νοσοκομεία θα κάλυπτε τα ελλείμματα. Επίσης, η κυβέρνηση Μητσοτάκη μείωσε τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων και αύξησε τη συμμετοχή των ληπτών υπηρεσιών υγείας, κινούμενη σε μια κατεύθυνση από την δημόσια προς την ιδιωτική υγεία (Kyriopoulos & Tsalikis, 1993).

Η κυβέρνηση Μητσοτάκη, έδωσε έμφαση στην ατομική ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη και στην ιδιωτική χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Επετράπη ο τριπλασιασμός της αποζημίωσης για τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα ασφαλιστικά ταμεία οδηγήθηκαν να συνάψουν

συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, εισήχθησαν συγχρηματοδοτήσεις για φάρμακα και τέλη για επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και για εισαγωγή ασθενών. Επιπλέον, αυξήθηκαν οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και οι φορολογικές εκπτώσεις για ιδιωτικά ασφαλιστρα. Οι ιατροί δεν χρειάζονταν να εργάζονται με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση και αποκλειστικά μέσα στο ΕΣΥ. Το σύστημα δημιούργησε δύο τύπους ιατρών. Οι κατώτεροι ιατροί που δεν είχαν εμπειρία ούτε οικονομικούς πόρους για να ανοίξουν ιδιωτικό ιατρείο εργάζονταν αποκλειστικά στο ΕΣΥ. Οι προνομιούχοι ιατροί, που ήταν ελεύθεροι να εργάζονται με πλήρη απασχόληση στο ΕΣΥ, στρατολογώντας παράλληλα ασθενείς και που πραγματοποιούσαν ιατρικές πράξεις χρησιμοποιώντας τις υποδομές των δημοσίων νοσοκομείων. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί αναγκάστηκαν να επιλέξουν μεταξύ της διδασκαλίας στο Πανεπιστήμιο και της εργασίας στο ΕΣΥ εντός 60 ημερών. Όμως, μετά από πιέσεις των πανεπιστημιακών ιατρών και αυτή η διάταξη ατόνησε (Nikolentzos, 2005).

Οι κυβερνήσεις Σημίτη ήλθαν στην εξουσία μεταξύ των ετών 1996 και 2004. Η πολιτική προσέγγιση της κυβέρνησης αυτής ήταν λιγότερο φιλόδοξη και περισσότερο προσεκτική. Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης αυτής ήταν οι εξής :

- Συγκράτηση του κόστους (λιτότητα)
- Ανακατανομή ιεραρχίας
- Εισαγωγή λιστών γενικών ιατρών
- Εισαγωγή θετικού καταλόγου φαρμάκων

Η συγκράτηση του κόστους ή ορισμένα σχετικά χαρακτηριστικά της προηγούμενης κυβέρνησης των πολιτικών ήταν εμφανή περισσότερο από το ζήτημα της δικαιοσύνης, της κοινωνικής αλλαγής και της μετατόπισης προς τη μετάβαση στην παροχή υψηλού επιπέδου παροχών. Τα μέτρα προώθησαν αυξημένες αρμοδιότητες των περιφερειακών διευθυντών υγείας και των γενικών διοικητών των νοσοκομείων. Εληφθησαν μέτρα περί παραμονής των ανώτερων ιατρών να διατηρήσουν τη θητεία τους με την ελπίδα ότι θα διαδέχονταν τους διοικητές των νοσοκομείων. Ξεκίνησε η εφαρμογή της κατάρτισης προϋπολογισμών νοσοκομείων με κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια (DRG) και η κατάρτιση λιστών γενικών ιατρών και η εισαγωγή ενός θετικού καταλόγου φαρμάκων (1998). Η προσεκτική πολιτική προσέγγιση της κυβέρνησης, που συνεπαγόταν μια προσπάθεια εξασφάλισης συναίνεσης και όχι πειθάρχησης των ιατρών θεωρήθηκε πιο κατάλληλη από την συγκρουσιακή τακτική που προωθούσαν οι Ευρωπαίοι εμπειρογνώμονες (Carpenter, 2003).

Ωστόσο, η αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων της πρώτης εκλεγμένης κυβέρνησης Σημίτη, δεν ήταν η αναμενόμενη σε αποτελέσματα. Οι λίστες αναμονής στα νοσοκομεία Αθηνών και

Θεσσαλονίκης δεν είχαν περιοριστεί αισθητά. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στα νησιά του Αιγαίου είχε αναβαθμιστεί, αλλά στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία τα μέτρα δεν είχαν αποδώσει τα αναμενόμενα. Ο θετικός κατάλογος φαρμάκων είχε επιτυχία στη μείωση των θετικών δαπανών της Ελλάδας για φαρμακευτικά προϊόντα, ιδίως όσον αφορά την χρήση αντιβιοτικών, αλλά το χάσμα μεταξύ στοχευμένων και πραγματικών εξοικονομήσεων διευρύνθηκε (OECD, 2001).

Η κυβέρνηση είχε ξεκινήσει μια υποσχόμενη μεταρρύθμιση σε ένα πρόγραμμα υγείας για τα έτη 2000 έως 2006. Από το 2000, η κυβέρνηση σχεδίασε νέες πολιτικές και ξεκίνησε να μεταρρυθμίζει ριζικά το σύστημα υγείας. Το πρόγραμμα υγείας ξεκίνησε υπό τον δυναμικό υπουργό υγείας Παπαδόπουλο. Οι πολιτικές της περιόδου αυτής ήταν :

- Αλλαγή συστήματος διαχείρισης στα δημόσια νοσοκομεία
- Ενίσχυση δημοσίου χαρακτήρα συστήματος υγείας
- Δημιουργία ενοποιημένου ταμείου αγορών υπηρεσιών υγείας
- Δημιουργία θεσμού οικογενειακού ιατρού
- Δημιουργία ενιαίου συστήματος χρηματοδότησης

Αρχικά ελήφθησαν 200 μέτρα συνολικά, που σκοπό είχαν να αναμορφώσουν την εικόνα του ΕΣΥ. Τα μέτρα αυτά εστίασαν, στη δημιουργία ενός νέου συστήματος διαχείρισης στα δημόσια νοσοκομεία, στη δημιουργία ενιαίου συστήματος χρηματοδότησης, σε σχέση με το παλαιότερο κατακερματισμένο, για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης την ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και την οργάνωση ενός Δημοτικού Συστήματος Υγείας στις αστικές περιοχές (Tountas, Karnaki & Pavi, 2002). Η μεταρρύθμιση της δεύτερης εκλεγμένης κυβέρνησης Σημίτη ενστερνίστηκε τις αρχές της αρχικής πολιτικής Παπανδρέου. Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης αυτής κινούνταν στην αποεμπορευματοποίηση υγείας, δημιουργία ενός ενοποιημένου ταμείου αγορών υπηρεσιών υγείας, ενίσχυση του θεσμού των διοικητών νοσοκομείων και εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Liaropoulos, 2001).

Καθώς οι συζητήσεις για τη μεταρρύθμιση κατά το καλοκαίρι του 2000 αντιμετώπιζαν την ισχυρή αντίσταση πολλών ομάδων συμφερόντων, ο Υπουργός Υγείας Παπαδόπουλος, ο οποίος είχε χαρακτηριστεί ως κατάλληλο πρόσωπο για την ενδεχόμενη σύγκρουση με το ιατρικό κατεστημένο, απεφάσισε τη λήψη των μεταρρυθμιστικών μέτρων. Ωστόσο, τα μέτρα αυτά ήταν μέτρα σκοπίμου συμβιβασμού και δεν περιλάμβαναν τη δημιουργία ενός νέου ταμείου ασφάλισης που θα μπορούσε να εξελιχθεί σε ένα νέο εθνικό αγοραστή υπηρεσιών ούτε καθιέρωση μιας ενιαίας πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό συνέβη διότι υπήρχαν οργανωμένα συμφέροντα που αντιτίθενταν στην ενοποίηση και δεν υπήρχαν αρκετοί πόροι για τη χρηματοδότηση της ενιαίας πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Αντί της ψήφισης καινοτόμων μέτρων, η κυβέρνηση επέλεξε να

θεσμοθετήσει τις 17 υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ) και να καθορίσει τις αρμοδιότητες αυτών (Nikolentzos, 2005).

Μέχρι το τέλος 2001, σημαντικά μέτρα είχαν υλοποιηθεί, όπως η μερική ενοποίηση πέντε κυρίων ταμείων, ο διορισμός περιφερειακών διευθυντών υγείας, ενώ οι ιατροί είχαν παρατεταμένη αντιπαράθεση σχετικά με τις προσπάθειες περιορισμού της άσκησης ιδιωτικής ιατρικής στα εκπαιδευτικά νοσοκομεία. Τα διαρθρωτικά ταμεία της ΕΕ αποδεδεσμεύτηκαν για να παρέχουν ορισμένους από τους πόρους που απαιτούνταν για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, ως ανταμοιβή για τη δημοσιονομική ορθότητα της Ελλάδας στην εκπλήρωση των αυστηρών κριτηρίων σύγκλισης για την ένταξη στο Ευρώ το 2002 (Liaropoulos, 2001).

Οι πανεπιστημιακοί ιατροί αντιτάχτησαν έντονα στα μέτρα που ακολούθησαν την πολιτική της κυβέρνησης Σημίτη, κατά τη διάρκεια της ψήφισης των μέτρων, αλλά και μετά από αυτήν. Ο λόγος της αντίδρασης τους ήταν διότι οι νέες διατάξεις θα τους υποχρέωναν να επιλέξουν μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού επαγγέλματος. Η αντιπαράθεση μεταξύ του Υπουργού Υγείας Παπαδόπουλου και των πανεπιστημιακών ιατρών εξελίχθηκε επί μακρόν και ήταν σκληρή. Οι περισσότεροι από τους Βουλευτές Ιατρούς αμφισβήτησαν την εξουσία του Υπουργού διότι δεν κατείχε την ιατρική ιδιότητα και προσέφυγαν στο Συνταγματικό Δικαστήριο ισχυριζόμενοι ότι τα δικαιώματά τους σύμφωνα με τη σύμβαση των Ευρωπαϊκών δικαιωμάτων είχαν παραβιαστεί. Οι ιατρικές ενώσεις ήταν εναντίον της εισαγωγής διοικητών στα νοσοκομεία, ισχυριζόμενες ότι δεν είχαν τη δικαιοδοσία να κρίνουν ιατρούς. Η ένωση των δημοσίων υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ) αντέδρασε στις μετακινήσεις προσωπικού με τον ισχυρισμό ότι αυτές δεν περιλαμβάνονταν στον κώδικα δημοσίων υπαλλήλων. Ως αποτέλεσμα αυτών, οι περιφερειακοί διευθυντές δεν μπόρεσαν να επιβάλλουν το νόμο και οι ιατροί του νοσοκομείου δεν μετακινήθηκαν από τις περιοχές τους. Οι νοσοκομειακοί διοικητές δεν προέρχονταν από τον πυρήνα του ΠΑΣΟΚ. Για το γεγονός αυτό ο Υπουργός Υγείας Παπαδόπουλος επικρίθηκε σφοδρά και τελικά αντικαταστάθηκε από τον καθηγητή Στεφανή (Nikolentzos, 2005).

Οι νόμοι που ψηφίστηκαν από τις κυβερνήσεις πριν τη δεύτερη κυβέρνηση Καραμανλή, φαίνονται στον πίνακα 6.4 (βασισμένο σε Economou, 2010). Οι Νόμοι αυτοί αφορούσαν την αποκέντρωση του συστήματος υγείας, την δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών, τον εκσυγχρονισμό του συστήματος προμηθειών υγείας, την αναδιάρθρωση των ασφαλιστικών ταμείων, τη λήψη μέτρων για την ΠΦΥ και την αναδιάταξη των υπηρεσιών.

**Πίνακας 6.4**

**Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας σε συνθήκες προ Οικονομικής Κρίσης – πριν τη δεύτερη κυβέρνηση Καραμανλή**

Νόμος	Περιεχόμενο	Εκτέλεση
N. 2889/2001	Αποκέντρωση του συστήματος υγείας και εισαγωγή αυτόνομης νοσοκομειακής διοίκησης	Εκτελέστηκε  (ορισμένες διατάξεις αναιρέθηκαν από μεταγενέστερες μεταρρυθμίσεις)
N. 2920/2001	Δημιουργία του ΣΕΥΥΠ	Εκτελέστηκε
N. 2955/2001	Δημιουργία ενός νέου νομοθετικού περιεχομένου για τις προμήθειες υγείας	Εκτελέστηκε μερικώς
N. 3029/2002	Μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Μεταξύ άλλων, η νομοθεσία καθιερώνει το πλαίσιο για τη δημιουργία και τη λειτουργία των επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων για συμπληρωματική ασφαλιστική κάλυψη	Εκτελέστηκε
N. 3106/2003	Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας για την αποκέντρωση και την καλύτερη διαχείριση	Εκτελέστηκε
N. 3172/2003	Αναδιοργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας	Δεν εκτελέστηκε  (ατόνησε λόγω άλλων προτεραιοτήτων)
N. 3235/2004	Αλλαγές στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής των οικογενειακών ιατρών, μετασχηματισμός των πολυκλινικών που ανήκουν στα κοινωνικά ταμεία και ίδρυση νέων υπηρεσιών για τις την κατ' οίκον φροντίδα, μετανοσοκομειακή φροντίδα και αποκατάσταση.	Δεν εκτελέστηκε  (αναβλήθηκε λόγω αντιδράσεων των εμπλεκόμενων μερών αλλά οι προσπάθειες προετοίμασαν το έδαφος για μεταγενέστερη εφαρμογή τους)
N. 3329/2005	Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών δημοσίας υγείας. : εγκατάσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης των α) Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Διοίκησης για την υγεία, β) Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, γ) Κεντρικό συμβούλιο συντονισμού υγείας, δ) Εθνικό συμβούλιο δημόσιας υγείας και ε) Σώμα υπαλλήλων δημόσιας υγείας.	Εκτελέστηκε
N. 3457/2006	Μεταρρύθμιση της φαρμακευτικής περίθαλψης, καταργώντας τον θετικό κατάλογο και εισάγοντας τιμές ανάκτησης	Εκτελέστηκε
N. 3580/2007	Κεντρικοποίηση των διαδικασιών προμηθειών για δημόσια νοσοκομεία εισάγοντας τιμές ανάκτησης	Εκτελέστηκε

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές σχεδιάστηκαν και πραγματοποιήθηκαν από τις Ελληνικές κυβερνήσεις προκειμένου να εξαλειφθούν τα μειονεκτήματα του δημοσίου συστήματος υγείας που είχαν διαπιστωθεί, να αυξηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και να δοθεί η δυνατότητα να καταστεί το σύστημα υγείας βιώσιμο.

### *6.2.3 Πολιτικές υγείας δεύτερης κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή (2007-2009)*

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή σχεδιάστηκαν από τον Υπουργό Υγείας Αβραμόπουλο. Ο Αβραμόπουλος ανέλαβε ως Υπουργός Υγείας στο τέλος της προηγούμενης Κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή στα μέσα του 2006 και διετέλεσε υπουργός καθόλη τη διάρκεια της νέας Κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή. Ένα από τα κυριότερα μέτρα που πήρε η Κυβέρνηση Καραμανλή επί της υπουργίας Αβραμόπουλου ήταν η σταδιακή μείωση των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ –τότε ΔΥΠΕ) από 17 σε 7 και ο σχεδιασμός για τη μελλοντική κατάργησή τους. Η μακροπρόθεσμη κατάργηση των ΥΠΕ γινόταν με σκοπό τη εξάλειψη της γραφειοκρατίας και τη σταδιακή αποδέσμευση υπαλλήλων προς άλλες υπηρεσίες και μεταγενέστερα ώστε να αποδοθούν οι διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, αφού πρώτα αποψιλώθηκαν προς όφελος της κεντρικής διοίκησης και των εποπτευόμενων φορέων υγείας. Ο σκοπός αυτός περιλάμβανε την κατάργηση κάθε ενδιάμεσου μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των οργανισμών υγείας διοικητικού κέντρου (Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. & Χατζητόλιος, Α., 2012). Η προσπάθεια για τη μείωση του αριθμού των ΥΠΕ, έγινε επίσης για τη μείωση του κόστους (κυρίως σταθερού η διοικητικού κόστους, την αύξηση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Όμως κατηγορήθηκε ότι ήταν μια αντίδραση στην στις πιέσεις που έκαναν οι Έλληνες (λαϊκός τύπος), οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι ακαδημαϊκοί υγείας ότι ο αριθμός των 17 ΥΠΕ ήταν υπερβολικά μεγάλος σε σχέση με τον πληθυσμό της Ελλάδος (περίπου 11 εκατομμύρια) (Boutsoli, 2010).

Παράλληλα με την κατάργηση των ΥΠΕ, επιχειρήθηκε να εφαρμοστεί ένα μοντέλο Συμπράξεων Ιδιωτικού και Δημοσίου Τομέα (ΣΔΙΤ) σε επενδύσεις (όπως τα παιδιατρικά και ογκολογικά νοσοκομεία) στα πρότυπα άλλων χωρών (Πορτογαλία και Ιρλανδία) (Polyzos, Economou & Zilidis, 2008). Η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή επιχείρησε την ίδρυση ιδιωτικών κέντρων ΠΦΥ, την οποία θεσμοθέτησε με το ΠΔ 180/2009. Η εξέλιξη αυτή συνάντησε έντονες αντιδράσεις από το σύνολο του ιατρικού κόσμου και καταργήθηκε από την επόμενη κυβέρνηση πριν την οριστική εφαρμογή της.

Όσον αφορά τις προμήθειες των νοσοκομείων, εφαρμόστηκαν νέες διατάξεις με την ψήφιση του Ν. 3580/2007. Θεσμοθετήθηκε η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, που προοριζόταν να οργανώσει και να υλοποιήσει, σε ετήσια βάση, διαγωνισμούς προμήθειας για ολόκληρο το νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα. Η επίσημη έναρξη λειτουργίας της ΕΠΥ έγινε όμως ένα χρόνο αργότερα (Kastanioti et al., 2015). Η ΕΠΥ έπαιξε ρόλο ως προς την οργάνωση των προμηθειών στα νοσοκομεία και η λειτουργία της ήταν εποπτική. Το έργο της ΕΠΥ ήταν η συγκέντρωση των διαδικασιών προμηθειών συμβάσεων. Η ΕΠΥ είχε διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και είχε την ευθύνη του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος των δημοσίων προμηθειών υγείας. Η ΕΠΥ ομαδοποιούσε τις προμήθειες που πραγματοποιούνταν ετησίως από δημόσια νοσοκομεία και το έργο του επικουρούνταν από άλλους δημόσιους οργανισμούς. Τέτοιοι οργανισμοί ήταν το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), που δραστηριοποιούνταν στην διαχείριση φαρμακευτικών προϊόντων που δεν κυκλοφορούσαν στην εγχώρια αγορά αλλά ήταν απαραίτητα για την θεραπεία των ασθενών. Επίσης, η Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ) και το Ελληνικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ), το οποίο είχε την ευθύνη του συντονισμού και της χρηματοδότησης μεγάλων ερευνητικών και λειτουργικών προγραμμάτων υγείας (Economidou, 2010). Με τον τρόπο αυτό, επιδιωκόταν να συγκεντρωθεί το σύστημα, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η χρηματική ζημιά, με σχετικά όμως χαμηλή ευελιξία σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή απροσδόκητη ζήτηση. Το αναμενόμενο όφελος στην περίπτωση αυτή υπολογιζόταν σε 500 εκ. Ευρώ ανά έτος (Boutsoli, 2010). Η λειτουργία της ΕΠΥ αντιμετώπισε προβλήματα οργάνωσης και χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό καθόλη τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή και δεν απέδωσε τα αναμενόμενα.

Μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια της κυβέρνησης, ήταν η ψήφιση του Νόμου 3599, ο οποίος ψηφίστηκε το 2007 και επέβαλε την υποχρεωτική υιοθεσία των διεθνώς αποδεκτών λογιστικών αρχών (IPSAS) στα δημόσια νοσοκομεία. Ο Νόμος αυτός ενθάρρυνε τα δημόσια νοσοκομεία να εναρμονίσουν τις εθνικές απαιτήσεις με την IPSAS στην κατεύθυνση του να προετοιμάσουν και παρουσιάσουν τις οικονομικές λογιστικές καταστάσεις κάτω από τις αρχές και τα λογιστικά στάνταρντ της IPSAS. Η έναρξη της διαδικασίας αυτής πραγματοποιήθηκε από το οικονομικό έτος 2008, αλλά χωρίς την παροχή εξειδικευμένων οδηγιών και λεπτομερειών για την ορθή εφαρμογή, με αποτέλεσμα η προσπάθεια αυτή να μη στεφθεί από επιτυχία (Stamatiadis, 2009).

Η ορθολογική διαχείριση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας απετέλεσε ένα ζήτημα το οποίο εντάχθηκε στην πολιτική υγείας της κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή. Ο Υπουργός Υγείας Αβραμόπουλος ισχυρίστηκε ότι διατίθονταν αρκετά χρήματα για την υγεία στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ, αλλά απαιτείτο η ορθολογική διαχείριση τους. Με αυτόν τον τρόπο, επιδιωκόταν να

εξοικονομηθούν χρήματα κάνοντας τις κατάλληλες επιλογές (Boutsoli, 2010). Η προσπάθεια αυτή ήταν συνηφασμένη με την αύξηση της αποδοτικότητας στον τομέα υγείας. Η αύξηση της αποδοτικότητας στον τομέα Υγεία ήταν μια βασική επιδίωξη του Υπουργείου Υγείας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Κώστα Καραμανλή.

Η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή, δια του Υπουργού Υγείας Αβραμόπουλου, ξεκινώντας από το 2007, εξήγγειλε και υλοποίησε μια πολιτική πρόληψης ασθενειών, ενημέρωσης και άσκησης σε συνεργασία με τις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και τους εθελοντικούς οργανισμούς της χώρας. Πραγματοποιήθηκε συνεργασία με το διαδημοτικό δίκτυο δομών υγείας, το οποίο αποτελείτο από 40 Νομούς και Κοινότητες και με το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Οι συνεργασίες και οι δράσεις αποσκοπούσαν στην ανάπτυξη υπηρεσιών κοινωνικής αλληλεγγύης σε τομείς όπως η ελάττωση των επιπτώσεων της έντονης αύξησης της χρήσης νέων τεχνολογιών και η ανάπτυξη της πρόληψης ασθενειών (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007).

Κατά το έτος 2009, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προώθησε μια πρόταση για την έκδοση ηλεκτρονικής ταυτότητας ασθενούς σε όλους τους ασφαλισμένους. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης ορίστηκαν να είναι υπεύθυνα για την έκδοση την κάρτας, ώστε να μπορεί να προσδιοριστεί με σαφήνεια ο τρίτος πληρωτής για τη φροντίδα. Η κάρτα σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται στο πλαίσιο των επαφών με τον ασθενή με τους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των φαρμακείων και η λειτουργία της ήταν παρόμοια σε μια πιστωτική κάρτα. Ωστόσο, δεδομένου ότι η πρόταση αυτή ξεκίνησε να υλοποιείται κατά το τελευταίο έτος των κυβερνητικών καθηκόντων, η κυβέρνηση δεν πρόλαβε να την υλοποιήσει σε πλήρη έκταση και τελικά εγκαταλείφθηκε (Economidou, 2010).

Στον τομέα του φαρμάκου, η κυβέρνηση Κώστα Καραμανλή ψήφισε διατάξεις για εκπτώσεις που αφορούσαν την παροχή φαρμάκου και ενέκρινε την καθιέρωση νέων συμβάσεων με κεντρική εποπτεία (Polyzos, Economidou & Zilidis, 2008). Η κυβέρνηση κατηγορήθηκε μεγενέστερα για την έκδοση του rebate, υπόθεση η οποία όμως δεν αφορούσε την κυβέρνηση αυτή αλλά που εξελίχθηκε σε μεταγενέστερο χρόνο. Επίσης κατηγορήθηκε για την προμήθεια υπερβολικών ποσοτήτων αντικών φαρμάκων, αλλά και αντικών εμβολίων κατά τη διάρκεια της πανδημίας γρίπης του 2009. Ένα μεγάλο μέρος των παραγγελιών αυτών καταργήθηκε από την επόμενη κυβέρνηση Παπανδρέου.

Κατά τη διακυβέρνηση Κώστα Καραμανλή, η κατεύθυνση της νοσηλείας των ληπτών υπηρεσιών υγείας προς τα δημόσια νοσοκομεία κορυφώνεται ακολουθώντας μια τάση που είχε διαμορφωθεί κατά τα προηγούμενα έτη. Το μεγαλύτερο μέρος των εισαγωγών ασθενών (84%) πραγματοποιείται στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ μόνο το υπόλοιπο (16%), πραγματοποιείται στα ιδιωτικά



νοσοκομεία. Οι λόγοι που συμβαίνει αυτό είναι δύο : αφενός η ανάπτυξη του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα και αφετέρου του υψηλού κόστους της νοσηλείας σε ιδιωτικό θεραπευτήριο (Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου & Λιαρόπουλος, 2008). Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή εξακολουθούν να υποστηρίζουν την κατεύθυνση αυτή. Κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή, τα ήδη ανεπτυγμένα δημόσια νοσοκομεία εξακολουθούν και αναπτύσσονται περαιτέρω. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την προσέλκυση ασθενών σε αυτά για τη λήψη υπηρεσιών υγείας.

Οι διατάξεις που ψηφίστηκαν με τις οποίες ελήφθησαν μέτρα για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας κατά τη διάρκεια της πρώτης κυβέρνησης Κώστα Καραμανλή φαίνονται στον πίνακα 6.5. (βασισμένο σε Papageorgiou et al., 2014).

### Πίνακας 6.5

#### Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας σε συνθήκες προ Οικονομικής Κρίσης – δεύτερη κυβέρνηση Καραμανλή

Ονομασία διάταξης	Έτος Εφαρμογής	Περιγραφή
Π.Δ.. 60/07	2007	Διαδικασίες σύμβασης Δημόσιων Συμβάσεων έργων – διενέργεια διαγωνισμών. Εισαγωγή διαδικασιών συμφωνίας από μια ΥΠΕ και ηλεκτρονικού πλειστηριασμού.
Ν. 3458/07	2007	Δημοσίευση προκηρύξεων διαγωνισμών για προμήθειες ή υπηρεσίες στον ημερήσιο τύπο.
Ν.3580/07	2008	Προμήθειες των φορέων του Υπουργείου Υγείας. Με αυτόν Σύσταση Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.) με έργο το σχεδιασμό του συστήματος προμηθειών των Νοσοκομείων. Ίδρυση των Μητρώων Εγκεκριμένων Προϊόντων & Υπηρεσιών και Εγκεκριμένων Προμηθευτών & Παρόχων Υπηρεσιών. Θέσπιση συστήματος ελέγχου ποιότητας προμηθειών και υπηρεσιών που διενεργείται από Ανώνυμες Εταιρείες.
ΠΔ 118/07	2008	Ανάλυση διαδικασίας και κανονισμών που διέπουν τους διαγωνισμούς και συμβάσεις προμηθειών του δημοσίου με εκτενή αναφορά στις απαιτούμενες τεχνικές προδιαγραφές
Ν.3754/09		Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις.

Ν. : Νόμος

Π.Δ. : Προεδρικό Διάταγμα

Πηγή : βασισμένο σε Papageorgiou et al., 2014

Οι διατάξεις αυτές σχεδιάστηκαν και πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να εκσυγχρονίσουν το σύστημα υγείας και να το οδηγήσουν σε βελτίωση των λειτουργιών του με έμφαση στην αύξηση της αποδοτικότητας. Στον πίνακα αυτόν φαίνονται επίσης και τα νομοθετήματα που είχαν ψηφιστεί προγενέστερα αλλά εφαρμόστηκαν σε αυτήν την περίοδο.

## **6.3 Αλλαγή Ελληνικής πολιτικής υγείας**

### *6.3.1 Αστοχίες Ελληνικού συστήματος υγείας κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης*

Οι πολιτικές υγείας που ακολουθήθηκαν από τις Ελληνικές κυβερνήσεις κατά την οικονομική κρίση, σχεδιάστηκαν ως απάντηση στα διαμορφωθέντα προβλήματα που είχαν δημιουργηθεί στο Ελληνικό σύστημα υγείας συνεπεία των ασκηθείσων πολιτικών που είχαν υλοποιηθεί πριν την οικονομική κρίση. Τέτοια προβλήματα που διαπιστώθηκαν κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ήταν τα εξής (Boutsioli, 2010) :

- Αναποτελεσματικότητα του ΕΣΥ ως προς την παροχή δωρεάν και καθολικής υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες με αποτέλεσμα την αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων.
- Η ανισότητα στις υπηρεσίες υγείας ως η χειρότερη μορφή ανισότητας, όπως προκύπτει από τη συνεχιζόμενη ποσοστιαία μείωση υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε σχέση με την αύξηση των Υπηρεσιών Ιδιωτικής Υγείας.
- Η ανυπαρξία ορθολογικής διαχείρισης και χρήσης των πόρων η οποία εκφράζεται στη μειωμένη αποδοτικότητα και συνεπακόλουθα στη μείωση της ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας.
- Ανεπαρκής παροχή κλινών μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) –περίπου 25% των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ δεν λειτουργούσαν λόγω έλλειψης νοσηλευτών. Προσφυγή σε ενοίκιαση κλινών στα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα με υψηλό κόστος.
- Καθυστερήσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας ακόμα και σε στελεχωμένα νοσοκομεία όπως αυτά της Αττικής, οι οποίες καθυστερήσεις οφείλονται στην μειωμένη εκπαίδευση και ικανότητα του προσωπικού.
- Οι παρακάμψεις στην εισαγωγή ασθενών για χειρουργεία, οι οποίες συνοδεύονται με τις ανάλογες παραπληρωμές. Η αναποτελεσματικότητα του τομέα κοινωνικής ασφάλισης και η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων συνέβαλε σε αυτήν την κατάσταση.

- Μικρή αναλογία εγκατάστασης μαγνητικών τομογράφων στα νοσοκομεία του δημοσίου τομέα σε σχέση με τα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα και ακόμα μικρότερη αναλογία εγκατάστασης μαγνητικών τομογράφων.
- Μικρή αναλογία εγκατάστασης και αυξημένη παλαιότητα με αυξημένο κίνδυνο ακτινοβολίας αξονικών τομογράφων σε νοσοκομεία του δημοσίου τομέα σε σχέση με τα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα.
- Οι αυξημένες αποζημιώσεις για τις προμήθειες, οι οποίες αποδίδονταν στο γεγονός ότι τα νοσοκομεία καθυστερούσαν να εξοφλήσουν τις προμήθειες, με αποτέλεσμα αυτό το γεγονός να υπολογιζόταν στο συνολικό κόστος.
- Οι διαγωνιστικές διαδικασίες οι οποίες δεν ήταν ομογενοποιημένες και άφηναν περιθώρια για μεγάλα κέρδη από τους προμηθευτές.

Ένα σημαντικό αριθμός προβλημάτων που δημιουργήθηκαν στο σύστημα υγείας από αιτίες που σχετίζονταν με το προσωπικό, διαπιστώθηκαν ότι είχαν δημιουργηθεί έως πριν την έναρξη της οικονομική κρίσης. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονταν άμεσα ή έμμεσα με τις συνθήκες εργασίας, την αμοιβή ή άλλους παράγοντες σχετικά με το Ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό. Τα προβλήματα αυτά επίσης επηρέασαν τις πολιτικές που σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν κατά την οικονομική κρίση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι παθογένειες που συνέβαλαν στην οικονομική κρίση. Τα προβλήματα σχετικά με τις συνθήκες και τις αμοιβές του προσωπικού ήταν τα εξής (Boutsioli, 2010) :

- Η μη χρήση των νοσοκομειακών υποδομών, οι οφειλές μεγάλου αριθμού υπολειπόμενων αδειών και οι επιβαρυνμένες συνθήκες εργασίες του προσωπικού.
- Η ανυπαρξία κινήτρων για τους Ιατρούς και το σύστημα πληρωμών του Δημοσίου Τομέα και η αποδοχή του συστήματος ανεπίσημων πληρωμών.
- Ανεπάρκεια Ιατρικού προσωπικού και αναποτελεσματική γεωγραφική κατανομή των ιατρών σε συνδυασμό με την απουσία κινήτρων για οικονομική και επαγγελματική εξέλιξη.
- Ανεπάρκεια Διοικητικού και Νοσηλευτικού προσωπικού, ανεπαρκής κατανομή προσωπικού και κακοδιαχείριση ανθρώπινων πόρων η οποία δύναται να οδηγήσει ακόμα και στο κλείσιμο υγειονομικών μονάδων.
- Ανεπαρκής παροχής υπηρεσιών υγείας στα νησιά λόγω ανυπαρξίας ανθρώπινων και υλικών πόρων.
- Ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη κατά τα σαββατοκύριακα και τις αργίες, λόγω της ελάχιστης λειτουργίας αυτές τις μέρες με αποτέλεσμα την παροχή υπηρεσιών υγείας μόνο στα πραγματικά επείγοντα περιστατικά.

- Οι ανισότητες υπηρεσιών υγείας μεταξύ ασφαλισμένων στο Δημόσιο, στο ΙΚΑ και σε άλλα ταμεία ασφάλισης. Αυτές οδηγούσαν σε νοσηλείες στον ιδιωτικό τομέα, σε παραπληρωμές αλλά και σε αποφυγή νοσηλείων των ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι δεν είχαν τέτοιες δυνατότητες.

Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, τα χρέη των ταμείων αλλά και ο υπολογισμός αυτών, αποτελούσαν μεγάλο πρόβλημα για τις διοικήσεις τους. Σύμφωνα με τον Σουλιώτη (2010: 24, 30), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), δεν κατέγραφε σε πραγματικό χρόνο τις υποχρεώσεις του, με αποτέλεσμα τη μεγάλη δυσκολία στην αποτύπωση της πραγματικής οικονομικής κατάστασης του Οργανισμού αυτού.

Πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα από το 1980 έως και ο 2004, η επίδραση της Ευρωπαϊκής Πολιτικής και των εισαγόμενων από την ΕΕ επιρροών σε επίπεδο πολιτικής, ήταν οι κύριοι μοχλοί διαμόρφωσης της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας και του κράτους πρόνοιας. Ενώ αρχικά είχε σχεδιαστεί η μεταρρύθμιση του συνταξιοδοτικού συστήματος και του ασφαλιστικού συστήματος, τελικά δεν είχαν πραγματοποιηθεί. Ο λόγος ήταν ότι η μεταρρύθμιση είχε δεχθεί αντίσταση από γραφειοκρατικούς μηχανισμούς και ιδιωτικά συμφέροντα. Οι Κυβερνητικές Πολιτικές σε όλα τα επίπεδα, στην επαγγελματική κατάρτιση, στην περιφερειακή ανάπτυξη, στην απασχόληση και στην κοινωνική πρόνοια επηρεάστηκαν από την ένταξη της Ελλάδας στην ΕΕ. Τόσο το σύστημα υγείας όσο και το σύστημα πρόνοιας στην Ελλάδα υπέστησαν σταδιακές αλλαγές που επηρεάστηκαν από τις πολιτικές της ΕΕ για τη διαβούλευση και τη λήψη αποφάσεων και την υιοθέτηση από τις Ελληνικές Κυβερνήσεις των πολιτικών αυτών (Sotiropoulos, 2004). Παρά τις όποιες μεταρρυθμίσεις είχαν πραγματοποιηθεί έως εκείνη τη στιγμή το αποτέλεσμα δεν ήταν το αναμενόμενο.

Σύμφωνα με τους Mossialos, Allin & Davaki (2005), το ελληνικό σύστημα υγείας αδυνατούσε να προφέρει καθολική κάλυψη, ενώ ένα άλλο χαρακτηριστικό του αποτελούσε η κατακερματισμένη χρηματοδότηση, η οποία χαρακτηριζόταν ως οπισθοδρομική. Η κατακερματισμένη αυτή χρηματοδότηση εξαρτιόταν επίσης από ανεπίσημες πληρωμές και διακρίσεις στην παροχή και την πρόσβαση υπηρεσιών υγείας. Η αναποτελεσματικότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας εμφανιζόταν στη βάση μιας εξαρτήσεως από ακριβές εισροές. Οι παθολόγοι του συστήματος εμφανίζονταν στην υπερπροσφορά παροχών, στην ανεπάρκεια του αριθμού των νοσηλευτών και στις δυσλειτουργίες των μηχανισμών κατανομής των πόρων. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν θεωρείται ότι δεν είχαν άμεση σχέση με την απόδοση ή την παραγωγή και οι πάροχοι υγείας είχαν ελάχιστα κίνητρα για τη βελτίωση της παραγωγικότητας. Μετά την μερική αποτυχία των μεταρρυθμίσεων, αναπτύχθηκαν επιλογές για τη μελλοντική περαιτέρω μεταρρύθμιση του

συστήματος υγείας οι οποίες εστίαζαν στον συντονισμό της χρηματοδότησης με την ανάπτυξη μονοψωνιακού αγοραστή με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας και την αλλαγή των κινήτρων παρόχου για τη βελτίωση της παραγωγικότητας.

Τα προβλήματα που αντιμετώπιζε το σύστημα υγείας της Ελλάδας συνεπεία των ασκούμενων πολιτικών στην περίοδο πριν την οικονομική κρίση, μπορεί να ειπωθούν σε σχέση με τα προβλήματα των συστημάτων υγείας των υπολοίπων χωρών της Ε.Ε. και την κατάσταση οποία διαμορφώθηκαν. Ο Υφαντόπουλος (2006) εντόπισε κατά το διάστημα τριών δεκαετιών πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, την ύπαρξη δομικών προβλημάτων σε πολλές χώρες της ΕΕ, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονταν τόσο με τη χρηματοδότηση, όσο και την παροχή και την απόδοση των υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα αυτά προκλήθηκαν εξαιτίας δύο λόγων: ο πρώτος λόγος ήταν το οικονομικό περιβάλλον εντός του οποίου αναγκάστηκε να λειτουργήσει ο τομέας υγείας και ο δεύτερος λόγος ήταν οι εσωτερικές εξελίξεις στον τομέα υγείας που επηρέασαν το οργανωτικό σχήμα του τομέα υγείας, ενώ ταυτόχρονα είχαν επιπτώσεις και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Μια σειρά από παράγοντες που εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια των τριών αυτών δεκαετιών οδήγησε στην μεγάλη αύξηση των υπηρεσιών υγείας αλλά και εσωτερικές εξελίξεις στον τομέα υγείας προς μια ιδιωτικοοικονομική κατεύθυνση. Οι παράγοντες αυτοί ήταν ιατρικοί, όπως ένα μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό πρότυπο με την μεγάλη αύξηση των χρόνιων παθήσεων, η γήρανση του πληθυσμού, ιατροτεχνολογικοί, όπως η εμφάνιση και η διαθεσιμότητα νέων καινοτόμων τεχνολογιών και ιδεολογικοί, όπως η εμφάνιση της παγκοσμιοποίησης, οι δυσκολίες στην απόδοση σε μακροοικονομικό επίπεδο, η πολιτική και ιδεολογική μετατόπιση, ή έστω η αυξημένη προσμονή για παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλο το φάσμα των προβλημάτων υγείας.

Σύμφωνα με τον Ιωακείμογλου (2010), στην χρονική περίοδο μετά το 1995 εμφανίστηκε αύξηση των εισοδημάτων των πιο εύπορων και μεσαίων στρωμάτων. Η αύξηση αυτή των εισοδημάτων προκάλεσε ταχέως μια οικονομική μεγέθυνση η οποία με τη σειρά της προκάλεσε την αύξηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας με μια ταυτόχρονη πολιτική αποδιάρθρωσης του δημοσίου τομέα υγείας. Αυτές οι συγκυρίες απετέλεσαν ένα εξαιρετικά ευνοϊκό έδαφος για τη συγκρότηση ενός κεφαλαιοκρατικού κλάδο παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η απελευθέρωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας και η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης συνέβαλαν στην ανάπτυξη του ιδιωτικού κλάδου υγείας. Οι πολιτικές παρεμβάσεις των κυβερνήσεων από το 1991 και μετά, είχαν σαν αποτέλεσμα αξιοποιώντας και τα μεγάλα περιθώρια κέρδους, να προσελκύσουν μεγάλα επιχειρηματικά κεφάλαια που επενδύθηκαν στον κλάδο

δημιουργώντας τις υλικές προϋποθέσεις για την υποχώρηση της υγείας ως δημόσιο αγαθό και την εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι Tountas, Karnaki & Pavi (2002) αναφέρουν ότι από το 2000 έως το 2010 υπήρχε δυσλειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα. Οι λόγοι για τους οποίους εμφανιζόταν αυτή η δυσλειτουργία ήταν η χαμηλή παραγωγικότητα του ΕΣΥ, η ανεπάρκεια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) να προσφέρει τις απαιτούμενες υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και να αποσυμφορήσει τα Νοσοκομεία και η προβληματική διαχείριση του ΕΣΥ. Καθόλη όμως τη δεκαετία, το ΕΣΥ στην Ελλάδα δυσλειτουργεί. Αυτό φαίνεται και στην εικόνα 6.1, όπου απεικονίζεται η δυσμενής θέση στην οποία βρισκόταν το Ελληνικό σύστημα υγείας σε σχέση με τα αντίστοιχα των υπολοίπων χωρών της ΕΕ το 2006. Στην εικόνα αυτή απεικονίζονται οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ ανά ομάδα ηλικίας για διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το 2006. Η δυσμενής θέση της Ελληνικής δαπάνης υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, φαίνεται από το γεγονός ότι σε ηλικίες 45 και άνω, η Ελληνική δαπάνη υγείας καταλαμβάνει την πρώτη ή τη δεύτερη μεγαλύτερη θέση μεταξύ όλων των χωρών της έρευνας. Η δαπάνη μεταξύ νέων και ηλικιωμένων είναι σταθερή σε αναλογία 1:3, διότι τα νεότερα άτομα έχουν καλύτερη υγεία σε σχέση με τα ηλικιωμένα των οποίων το απόθεμα υγείας εξαντλείται καθώς περνά ο χρόνος. Αυτή η αναλογία πρέπει να μένει σταθερή κατά τη διάρκεια των χρόνων. Όμως, αργότερα, καθώς η οικονομική κρίση εμφανίζεται, η υπεργήρανση του πληθυσμού καθώς νέοι επιστήμονες και γενικότερα εργατικό δυναμικό φεύγει προς το εξωτερικό, δημιουργούν νέα δεδομένα και αλλάζουν την προαναφερόμενη αναλογία προς το χειρότερο. Όταν διαπιστώθηκε ότι η αναλογία δαπανών μεταξύ νέων και ηλικιωμένων μεταβλήθηκε κατά πολύ, απαιτήθηκε από τις κυβερνήσεις να σχεδιάσουν νέες πολιτικές για να αντιμετωπίσουν την αύξηση των δαπανών σε συνδυασμό με την υποχρηματοδότηση.

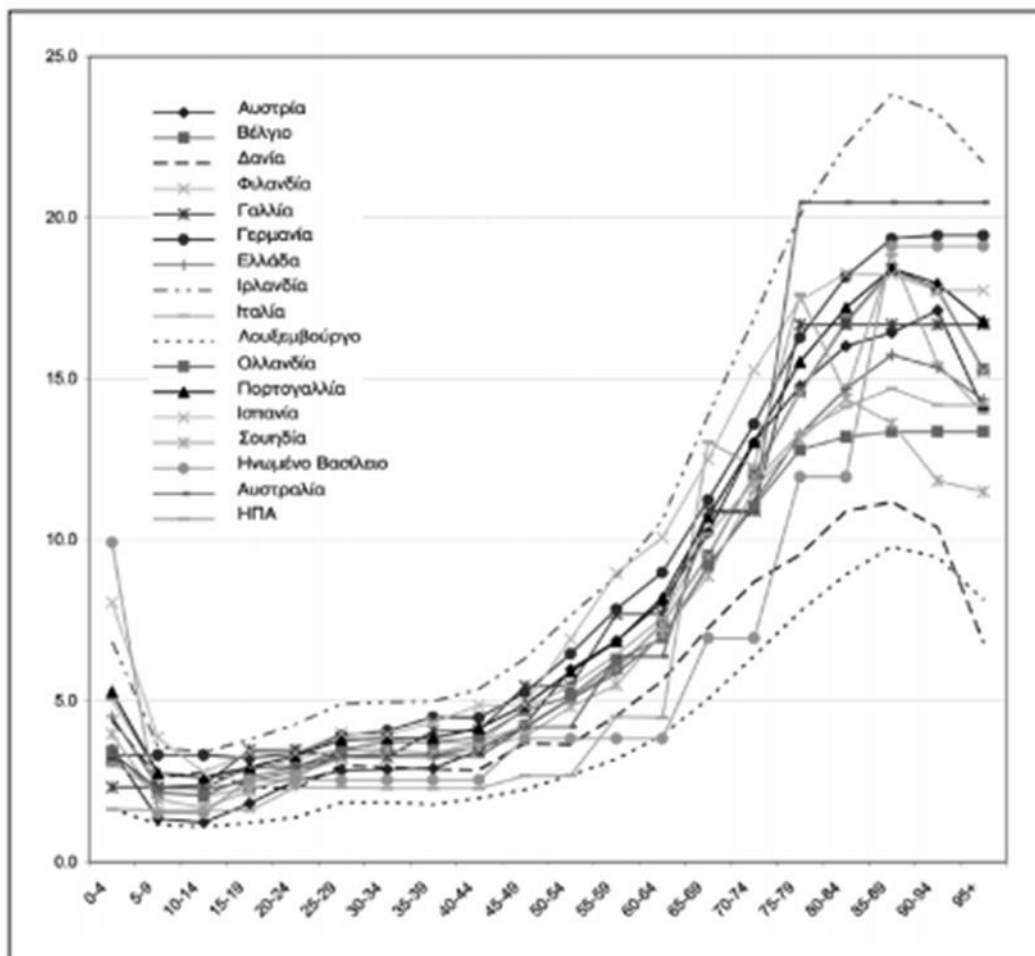
Ένα μεγάλο πρόβλημα του συστήματος υγείας, ήταν οι εξωχρηματιστηριακές πληρωμές ή πληρωμές «κάτω από το τραπέζι». Το 2011, οι Έλληνες ασθενείς δαπάνησαν περισσότερα από 25,7 ευρώ εκατ. ευρώ για τις εξωχρηματιστηριακές πληρωμές για υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών που παραδόθηκαν κατά τη διάρκεια της ημέρας σε δημόσια νοσοκομεία ενώ κατά το ίδιο έτος, χορηγήθηκαν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες 556 νοσοκομειακά κρεβάτια πολυτελείας σε δημόσια νοσοκομεία (1,6% της συνολικής δημόσιας νοσοκομειακής υποδομής), περιορίζοντας την πρόσβαση των δημόσιων ασθενών σε βασικές υπηρεσίες νοσοκομείων.

Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται έχουν άμεση επίδραση στο σύστημα υγείας. Για να εφαρμοστούν σωστά αυτές οι πολιτικές, απαιτείται να υπάρχει ένα πλαίσιο κριτηρίων που θα επιτρέπει τη μεθοδολογικά δομημένη και κατά το δυνατό αξιόπιστη και πλήρη σύγκριση του

δικτύου υπηρεσιών δημοσίας υγείας με ένα σύνολο δεικτών που προσδιορίζουν τα επιμέρους στοιχεία του. Αυτή η οπτική αποτυπώνεται στο ερώτημα του προσδιορισμού του περιεχομένου της δημοσίας υγείας και της ανταπόκρισης του βαθμού που ανταποκρίνονται οι υπάρχουσες υπηρεσίες σε αυτόν (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Τα κριτήρια αξιολόγησης για την εθνική πολιτική υγείας είναι συγκεκριμένα και φαίνονται στον πίνακα 6.6.

**Εικόνα 6.1**

**Δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ ανά ομάδα ηλικίας**



Πηγή : Ιωακείμογλου, 2010

**Πίνακας 6.6****Κριτήρια αξιολόγησης και διαπιστώσεις για την εφαρμογή της εθνικής πολιτικής υγείας**

<b>Κριτήρια</b>	<b>Αποτελέσματα</b>	<b>Προβλήματα</b>
Ισότητα	Έλεγχος των περιφερειακών ανισοτήτων	Υψηλές διαπεριφερειακές ροές ασθενών
Μακροοικονομική αποδοτικότητα	Σχετική ικανοποιητική στο 9,7% του ΑΕΠ και θεωρητική πρόσβαση για το σύνολο του πληθυσμού	Στρεβλώσεις στην επιβάρυνση των νοικοκυριών και την κοινωνική ισότητα
Μικροοικονομική αποδοτικότητα	Αμφισβητείται η μικροοικονομική αποδοτικότητα και η αποδοτική κατανομή και χρήση των πόρων	Μικρή αποδοτικότητα ιατρικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται σε υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας νοσηλευτικά ιδρύματα
Έλεγχος κόστους	Δεν υπάρχουν οργανωμένες και σταθερές πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης	Δεν υφίσταται μηχανισμός κοινωνικής και οικονομικής αξιολόγησης
Αποτελεσματικότητα	Ικανοποιητικό επίπεδο υγείας και δείκτης αποτρεπτής θνησιμότητας	Δεν υφίσταται μηχανισμός κοινωνικής και οικονομικής αξιολόγησης της βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας η οποίες ενοχοποιούνται για την έκρηξη του κόστους
Συνέχεια της φροντίδας	Μη ύπαρξη θεσμού οικογενειακού γιατρού και συστήματος παραπομπής	Μη ύπαρξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας με βάση την ΠΦΥ
Ποιότητα της φροντίδας	Μη ανάπτυξη συστημάτων ιατρικού ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας	Μέτρια επίδοση των μετρήσεων ανταποκρισιμότητας των χρηστών

Πηγή : (βασισμένο σε Κυριόπουλος, Αθανασάκη & Πάβη, 2012)

Στον ίδιο πίνακα φαίνονται και τα αποτελέσματα για κάθε κριτήριο καθώς και τα προβλήματα στην εφαρμογή κάθε κριτηρίου, που εντοπίστηκαν στο Ελληνικό σύστημα υγείας κατά την περίοδο πριν την οικονομική κρίση (Βασισμένο σε Κυριόπουλος, Αθανασάκη και Πάβη, 2012). Για παράδειγμα, όσον αφορά το κριτήριο της ισότητας, το αποτέλεσμα που διαπιστώθηκε είναι ο έλεγχος των περιφερειακών ανισοτήτων και το πρόβλημα που προέκυψε είναι οι υψηλές διαπεριφερειακές ροές των ασθενών.

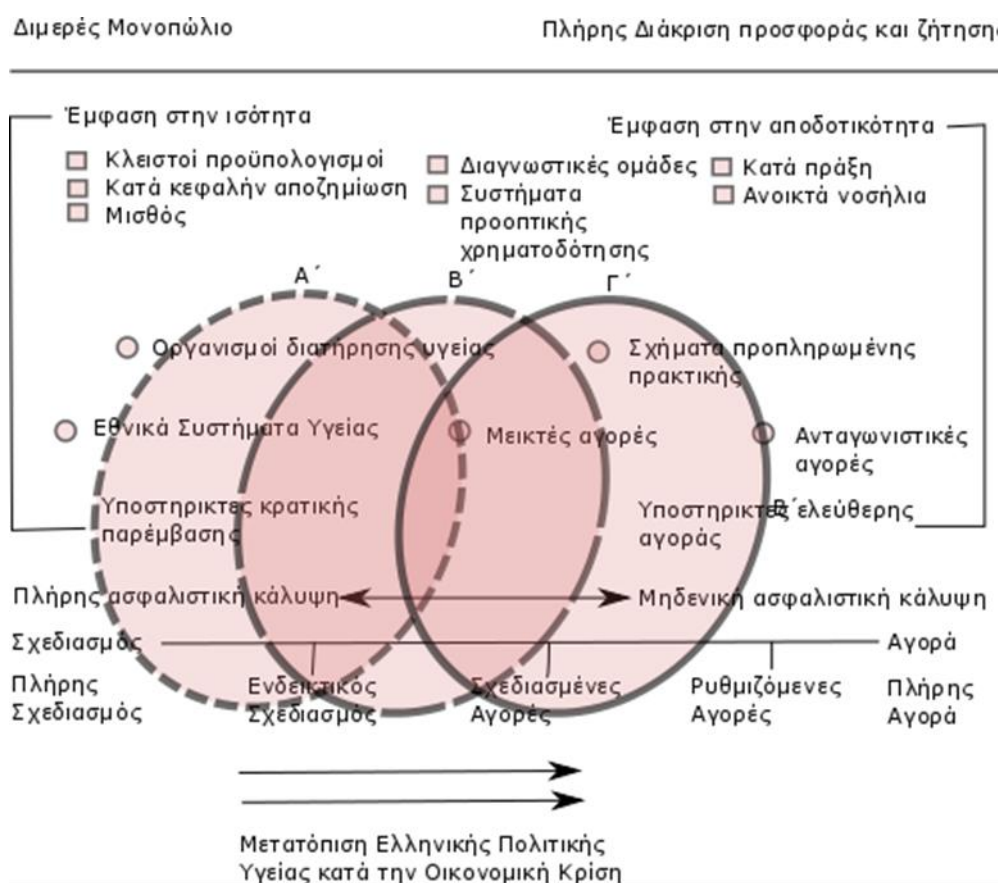


### 6.3.2 Αλλαγή πολιτικής υγείας κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης

Τα συστήματα υγείας διεθνώς με βάση τα χαρακτηριστικά τους και τοποθετούνται σε σχετικές θέσεις ανάλογα με τις ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των χαρακτηριστικών αυτών. Η πιο διαδεδομένη και επικρατούσα τυπολογία οργάνωσης και διοίκησης συστημάτων υγείας, η οποία πλέον χαρακτηρίζεται ως κλασσική, εμφανίζεται στην εικόνα 6.2, στη οποία φαίνεται και η αλλαγή της πολιτικής υγείας στην Ελληνική οικονομική κρίση (βασισμένο σε Κυριόπουλος, Αθανασάκης & Πάβη, 2012).

Εικόνα 6.2

#### Μετατόπιση Ελληνικής πολιτικής υγείας στο συνεχές των Οργανωτικών και Υγειονομικών Συστημάτων στις Υγειονομικές Αγορές



Πηγή : βασισμένο σε Κυριόπουλος, Αθανασάκης & Πάβη, 2012

Στην εικόνα αυτή έχει τοποθετηθεί το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, με αποτέλεσμα να διακρίνεται και η σχετική το μετατόπιση μέσα στη γενικότερη απεικόνιση. Στην εικόνα απεικονίζονται τα τρία γενικά πεδία Α', Β' και Γ' ως

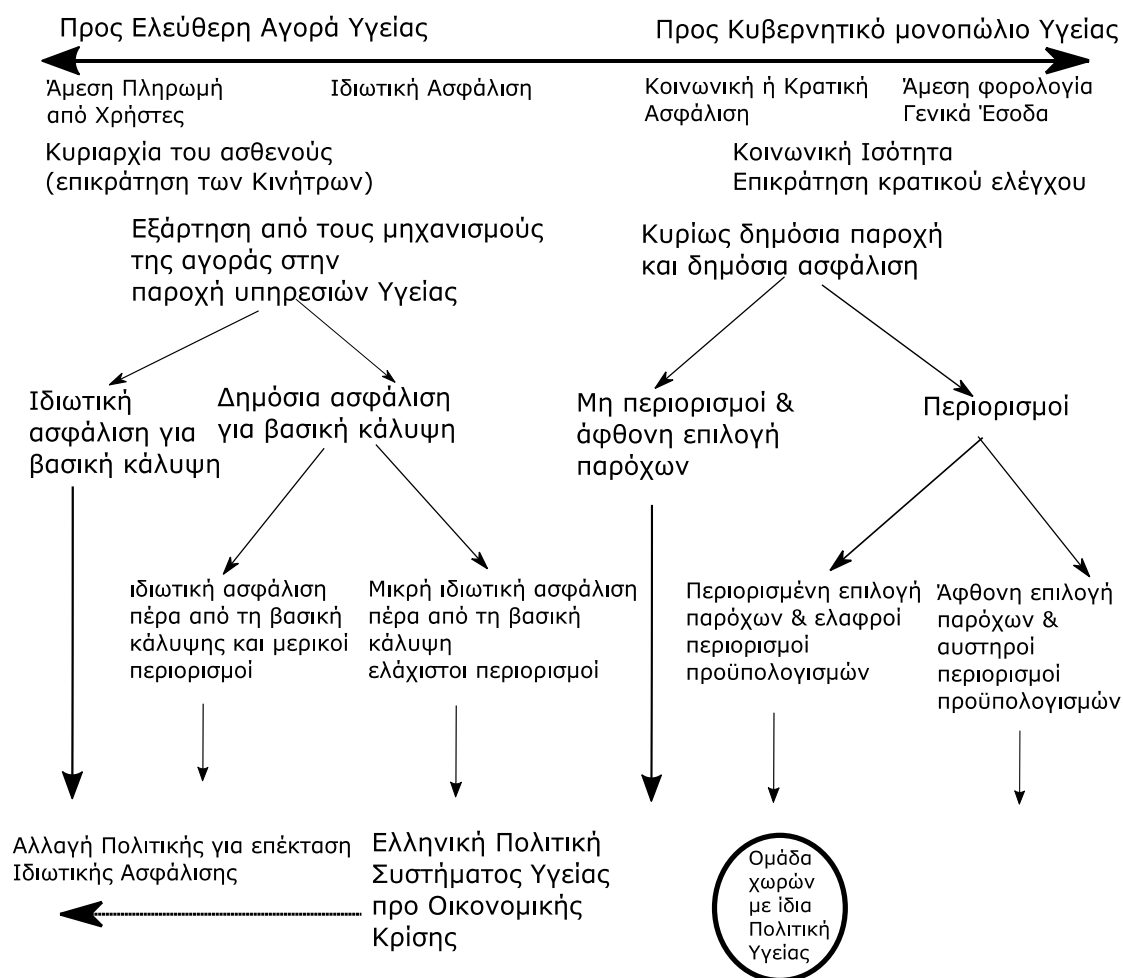
οργανωτικά και διοικητικά σχήματα και η μετατόπιση του Ελληνικού συστήματος υγείας μεταξύ των τριών αυτών πεδίων.

Στο γραμμοσκιασμένο φαίνεται το οργανωτικό – διοικητικό σχήμα ως προς το κριτήριο της αποδοτικότητας το οποίο απαιτεί τις εξής προϋποθέσεις : α) Δομή διμερούς μονοπωλίου, β) ενιαίο κεντρικό σχήμα, γ) κεντρικός προγραμματισμός, δ) συγκεντρωτική λήψη αποφάσεων, ε) κεντρική χρηματοδότηση από φορολογία, στ) αποζημίωση προμηθευτών με μισθό, κλειστά νοσήλια και κλειστούς προϋπολογισμούς. Το οργανωτικό σχήμα αυτό αποτελείτο θεωρητικό σχήμα το οποίο σύμφωνα με τις πολιτικές εξαγγελίες θα έπρεπε να υπάρχει και προσκρούει στο πρόβλημα των περιορισμένων πόρων και του μηδενικού κόστους. Στο πεδίο Β' απεικονίζεται το οργανωτικό διοικητικό σχήμα το οποίο εμφανίζεται στην αρχή της μεταβατικής περιόδου της οικονομικής κρίσης. Στο πεδίο Γ το οργανωτικό διοικητικό σχήμα το οποίο εξελίσσεται κατά την οικονομική κρίση, με τη μετατόπιση προς τις μεικτές και ανταγωνιστικές αγορές καθώς και τα σχήματα προπληρωμένης πρακτικής, απομακρυνόμενο από την πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και τα Εθνικά Συστήματα Υγείας που είναι προσανατολισμένα προς αυτή (Κυριόπουλος, Αθανασάκη & Πάβη, 2012). Η μετατόπιση αυτή βοηθά στην ανάλυση της Ελληνικής πολιτικής υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ιδίως ως προς τη μεταβολή της αποδοτικότητας.

Η αλλαγή πολιτικής στην οποία προέβησαν οι Ελληνικές κυβερνήσεις κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης κινήθηκαν σε αλλαγή Πολιτικής Υγείας με βάση την απελευθέρωση της αγοράς υγείας προς την κατεύθυνση των ιδιωτικοποιήσεων. Η αλλαγή αυτή της πολιτικής κινήθηκε με βάση τη μετατόπιση από μια θέση που βρισκόταν σχετικά κοντά αλλά όχι απόλυτα προς το κυβερνητικό μονοπώλιο υγείας προς την κατεύθυνση της ιδιωτικής αγοράς υγείας. Προς αυτήν την κατεύθυνση πραγματοποιήθηκαν οι μεταρρυθμίσεις για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω του ΕΟΠΥΥ με ταυτόχρονη ελάττωση του ποσού χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το κυβερνητικό μονοπώλιο υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από την άμεση φορολογία και τα γενικά έσοδα του κράτους και παρέχει κοινωνική ή κρατική ασφάλιση, μετατοπίστηκε προς την ελεύθερη αγορά υγείας, η οποία χρηματοδοτείται από την άμεση πληρωμή από τους χρήστες και παρέχει ιδιωτική ασφάλιση με γνώμονα την κυριαρχία του ασθενούς. Ωστόσο, σημειώνεται ότι αυτή η πολιτική συνάντησε αντιδράσεις εξαιτίας της γενικότερης πολιτικής λιτότητας, η οποία οδήγησε τους λήπτες υπηρεσιών υγείας να προσφεύγουν στα δημόσια νοσοκομεία για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η θέση της Ελλάδος στην ταξινόμηση πολιτικής και η μετατόπιση της από μια θέση κοντά στο κυβερνητικό μονοπώλιο υγείας προς την ελεύθερη αγορά υγείας κατά την πρώτη πενταετία της οικονομικής κρίσης (2010-2015) φαίνεται στην εικόνα 6.3.

Εικόνα 6.3

Αλλαγή Πολιτικής Ελληνικού Συστήματος Υγείας στην Οικονομική Κρίση



Πηγή : βασισμένο σε μελέτες OECD

Η αλλαγή πολιτικής υγείας προς μια κατεύθυνση ενίσχυσης της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών υγείας πραγματοποιήθηκε ως απάντηση στα προβλήματα του συστήματος υγείας που είχαν διαπιστωθεί πριν την οικονομική κρίση. Τέτοια προβλήματα ήταν τα αμφιλεγόμενα αποτελέσματα, η σπατάλη πόρων και η αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών για υπηρεσίες που υποτίθεται ότι παρέχονταν δημόσια. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία συνίστατο σε άμεσες πληρωμές, γεγονός που σημαίνει ότι ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού πλήρωνε τις δαπάνες υγείας από τα έσοδα του. Αυτή η κατάσταση οδήγησε, με την πάροδο των ετών, σε αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Για το λόγο αυτό, το ΕΣΥ κατηγορήθηκε ως αναποτελεσματικό, παρα τις σημαντικές αυξήσεις στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (Boutsioli, 2010).

Η διεθνής εμπειρία της εφαρμογής μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης προτείνει ότι μια προσέγγιση μεγάλης έκτασης βασίζεται στην επιβολή από πάνω προς τα κάτω ενός μεγάλου σχεδίου δεν είναι ο καταλληλότερος τρόπος για να εισαγάγει την αλλαγή (Figueras, Saltman & Mossialos, 1997). Η πραγματοποίηση των μεταρρυθμίσεων αυτών απαιτεί την πολιτική βούληση για την εφαρμογή πολιτικής που θα υλοποιήσει αυτές τις μεταρρυθμίσεις. Έχοντας αυτό υπόψη και λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα της ελληνικής υγείας φροντίδας, σύμφωνα με τον Economou (2010), η βαθμιαία προσέγγιση για τη μεταρρύθμιση εστιάζει σε ορισμένους τομείς υψηλής προτεραιότητας:

- αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας
- συγκέντρωση οικονομικών πόρων
- αλλαγή του συστήματος πληρωμών των παρόχων υπηρεσιών
- εισαγωγή νέων μεθόδων διαχειριστικής και διοικητικής φύσης
- υιοθέτηση μηχανισμών οικονομικής αποδοτικότητας και παρακολούθησης
- ανάπτυξη πολιτικών για την καλύτερη κατανομή των πόρων.

Οι κρατικές πολιτικές και ρυθμίσεις ενώ προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα, δεν τα κατάφεραν. Η αλλαγή πολιτικής επιχείρησε να απαντήσει στα προβλήματα αυτά. Όμως η λειτουργία του συστήματος υγείας με κανόνες της αγοράς ακυρώνει τα κριτήρια της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης και αποκλείει τους μη επιθυμητούς καταναλωτές. Για να αντιμετωπιστεί το ζήτημα αυτό, δημιουργείται η ανάγκη το σύστημα υγείας να μεταβεί σε μια σύνθεση των αντιθέτων απόψεων και να σχεδιαστεί μια αγορά που να ικανοποιεί τις ανάγκες της αποδοτικότητας και της ισότητας. Με τον τρόπο αυτό θα πραγματοποιηθεί υπέρβαση από τις αστοχίες του κράτους πρόνοιας και τις ατέλειες της αγοράς προς μια πιο ωφέλιμη προσέγγιση για την πολιτική υγείας (Κυριόπουλος, Αθανασάκη και Πάβη, 2012).

Στην εικόνα 6.4 φαίνονται οι βασικοί πυλώνες για την παραγωγή αποτελεσματικής πολιτικής υγείας σε μεταβαλλόμενο περιβάλλον, οι οποίοι είναι η αποδοτικότητα, η συγκράτηση του κόστους, η επιβολή των νόμων και η πάταξη της διαφθοράς (βασισμένο σε Vadoros & Stargardt, 2013). Η συγκράτηση του κόστους επιτυγχάνεται με τη μείωση της μισθοδοσίας των επαγγελματιών υγείας και του παραϊατρικού προσωπικού, τον περιορισμό του ωφελούμενου πληθυσμού για τις Ιατρικές Πράξεις και την εφαρμογή νέου κοστολογίου αγαθών και υπηρεσιών. Η επιβολή των νόμων επιτυγχάνεται με την ψήφιση σύγχρονης νομοθεσίας που να θεραπεύει το παρωχημένο της παλαιάς, την εισαγωγή επίκαιρων θεμάτων στη Κυβερνητική Ατζέντα, την υλοποίηση Δημόσιας Πολιτικής και την εφαρμογή Προγραμμάτων Δράσης. Τέλος, η πάταξη της διαφθοράς επιτυγχάνεται με την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό των Σωμάτων Ελέγχου, την

εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων δράσης και την εφαρμογή σύγχρονων προγραμμάτων καταπολέμησης της διαφθοράς. Σύμφωνα με τον Economou et al. (2015) η επιβολή των υφιστάμενων νόμων και η πάταξη της διαφθοράς είναι σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράλληλα με την αύξηση της αποδοτικότητας.

**Εικόνα 6.4**

**Πυλώνες που βασίζονται οι πολιτικές υγείας**



Πηγή : βασισμένο σε Vadoros & Stargardt, 2013

Πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, οι πολιτικές υγείας που ασκούνταν από τις Ελληνικές κυβερνήσεις, διακρίνονταν από ορισμένα χαρακτηριστικά που υπαγορεύονταν από τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες της εποχής εκείνης. Με την έλευση της οικονομικής κρίσης και εφόσον το ζητούμενο ήταν να μετασχηματιστούν οι οργανισμοί υγείας προκειμένου να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, οι Ελληνικές κυβερνήσεις ακολούθησαν μια διαφορετική κατεύθυνση. Επομένως, η οικονομική κρίση με τον κρίσιμο και επείγοντα χαρακτήρα της, ανάγκασε τις κυβερνήσεις να απαντήσουν με νέες πολιτικές και μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας. Αρχικά, οι Ελληνικές κυβερνήσεις στην εποχή από τη μεταπολίτευση έως την έλευση της οικονομικής κρίσης ακολούθησαν μέχρι το 1983, το μοντέλο Bismarck, στο οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτήθηκαν κυρίως από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Boutsioli, 2010) Μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, η πρόθεση ήταν να χρηματοδοτηθεί κυρίως μέσω φόρων (ακολουθώντας το Beveridge μοντέλο). Το ακολουθούμενο από τότε Βρετανικό υπόδειγμα υπόδειγμα Beveridge συνοδεύτηκε με στοιχεία από το σύστημα Shemasko. Το σύστημα Beveridge

βασίζεται σε ένα Εθνικό σύστημα υγείας που καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του ασφαλισμένου πληθυσμού, όπως στην περίπτωση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Βρετανίας. Στην περίπτωση της εφαρμογής στην Ελληνική πραγματικότητα, οι προσθήκες στοιχείων από το σύστημα Shemasko, οι οποίες πρόσφεραν παροχές υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους και μη, ακόμα και στις περιπτώσεις των απόρων ή των ατόμων που απώλεσαν της ασφάλισή τους. Τα συστήματα υγείας τύπου Shemasko βασίζονται στην ενιαία κρατική οργάνωση και στην κρατική χρηματοδότηση και αναπτύχθηκαν στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες, αντιμετώπισαν όμως το πρόβλημα όμως περιορισμένων πόρων που εμφανίζεται σε αυτήν την περίπτωση και που οδηγεί στην ανάγκη ιεράρχησης των προτεραιοτήτων (Κυριόπουλος, Αθανασάκη & Πάβη, 2012).

## **6.4 Ανασκόπηση πολιτικών για την υγεία στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (2010-2014)**

### *6.4.1 Πολιτικές υγείας στις χώρες της Ε.Ε.*

Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται σε διάφορες χώρες κατά την οικονομική κρίση δεν είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Στο σύγχρονο οικονομικό περιβάλλον όπου οι ενέργειες της μιας χώρας επηρεάζουν γρήγορα ορισμένες άλλες χώρες, οι πολιτικές που επιλέγουν να εφαρμόσουν οι κυβερνήσεις επηρεάζονται από την εφαρμογή των πολιτικών στις υπόλοιπες χώρες. Η συγκριτική πολιτική είναι χρήσιμη διότι εξετάζει τις επιδράσεις των πολιτικών στις πολιτικές άλλων χωρών αλλά και την ομαδοποίηση των πολιτικών σε κατηγορίες στις οποίες εντάσσονται οι χώρες που τις έχουν εφαρμόσει. Σύμφωνα με τους Karanikolos et al. (2013) οι πολιτικές υγείας που έχουν εφαρμοστεί σε ορισμένες χώρες της ΕΕ έχουν εφαρμοστεί με τρία κοινά χαρακτηριστικά :

- τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας
- την προσβασιμότητα του πληθυσμού σε νοσοκομειακές μονάδες και
- τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι πολιτικές που έχει επιλέξει να εφαρμόσει κάθε χώρα, προκειμένου να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση, φαίνονται στον πίνακα 6.7. Στον πίνακα αυτόν έχουν ομαδοποιηθεί οι χώρες που εφαρμόζουν μια κοινή πολιτική υγείας προσανατολισμένη στη μείωση του κόστους. Αναφέρεται επίσης η τεκμηρίωση της παρέμβασης και οι διαπιστωθείσες επιδράσεις της παρέμβασης.

**Πίνακας 6.7 Αλλαγές Πολιτικών Υγείας για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης**

Όνομασία Χώρας ή ομάδας χωρών	Περιγραφή παρέμβασης στο κόστος υγείας	Τεκμηρίωση της παρέμβασης	Διαπιστωθείσες επιδράσεις της παρέμβασης
<b>Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ιταλία, Λιθουανία, Σλοβακία</b>	χώρες της Ευρώπης είχαν ανταποκριθεί στην χρηματοπιστωτική κρίση με λήψη μέτρων πριν την οικονομική κρίση με διάφορους τρόπους	καλύτερα προετοιμασμένες χώρες από άλλες λόγω των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής που εγκρίθηκαν πριν από την κρίση.	άντληση πόρων από αντικυκλικές πολιτικές, όπως η εκμετάλλευση των αποθεματικών χρηματοπιστωτικών που προορίζονταν για την υγεία ή σύνδεση των κρατικών εισφορών για οικονομικά ανενεργές ομάδες στα κέρδη τα προηγούμενα χρόνια
<b>Βέλγιο, Δανία</b>	Προστασία προϋπολογισμών για την υγεία	Οριοθέτηση ποσοστού επί του ΑΕΠ κάτω από το οποίο δεν πέφτουν οι δαπάνες υγείας	Συγκράτηση των προϋπολογισμών υγείας σε εκ των προτέρων καθορισμένα επίπεδα
<b>Ηνωμένο Βασίλειο</b>	Προστασία προϋπολογισμών για την υγεία	«κατάψυξη» των δαπανών υγείας ώστε να μην πραγματοποιηθεί μεταβολή	Οι πραγματικές δαπάνες έκαναν μείωση, σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της Κυβέρνησης
<b>Αυστρία Λετονία Πολωνία Σλοβενία</b>	Μείωση κόστους δαπανών υγείας	Η μείωση κόστους εφαρμόστηκε ιδιαίτερα στους τομείς των νοσοκομείων και των φαρμακευτικών δαπανών	ενίσχυσε τη θέση τους στις διαπραγματεύσεις τιμών με φαρμακευτικές εταιρίες
<b>Ελλάδα Λετονία Πορτογαλία, Σλοβενία</b>	Επιτάχυνση αναδιάρθρωσης των νοσοκομειακών τομέων	Αύξηση της αποδοτικότητας μέσω της αποφυγής της σπατάλης πόρων και επίτευξη οικονομικών κλίμακας	Μικρή επιτυχία των μεταρρυθμίσεων
<b>Κύπρος, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λιθουανία, Πορτογαλία, Ρουμανία – Αγγλία, Σλοβενία</b>	Μείωση των μισθών των επαγγελματιών υγείας ή πάγωμα των μισθών	Άμεση περιστολή των δαπανών με την εξοικονόμηση πόρων	Επιδείνωση των ανισοροπιών μεταξύ των αμοιβών διάφορων κατηγοριών εργαζομένων ή μεταξύ των αμοιβών δημοσίου και ιδιωτικού τομέα
<b>Ολλανδία, Μολδαβία</b>	Μείωση του πληθυσμού που καλύπτεται από το κράτος σε θέματα υγείας	Μείωση δαπανών με απομάκρυνση της παρέμβασης για ορισμένες πράξεις (γονιμοποίηση και φυσιοθεραπεία)	Μικρές αλλαγές στις δαπάνες παροχών υγείας.
<b>Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία</b>	Μείωση της κάλυψης με θέσπιση ή αύξηση των τελών χρήσης για ορισμένες υπηρεσίες υγείας	Κριτήριο η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας παράλληλα με την αύξηση κόστους ιδιαίτερα για τις ευπαθείς ομάδες	Η αξιολόγηση αυτών των μεταρρυθμίσεων στην πρόσβαση στην περίθαλψη και στα αποτελέσματα υγείας δεν είναι ακόμα δυνατή
<b>Φιλανδία. Ηνωμένο Βασίλειο</b>	Αύξηση φόρων σε αγαθά τα οποία επηρεάζουν την Υγεία (τσιγάρα, αλκοόλ)	Η αύξηση φόρων θα επηρεάσει τη ζήτηση και έτσι θα μειωθούν οι ασθένειες.	Αναμενόμενη συσχέτιση με την ελάττωση υπηρεσιών υγείας λόγω μείωσης των νοσημάτων

Πηγή : (βασισμένο σε Karanikolos et al., 2013)

Από τις μελέτες συνάγεται ότι η Ελληνική πολιτική υγείας ακολουθεί τις πολιτικές των χωρών της νότιας Ευρώπης ή άλλων χωρών οι οποίες βρίσκονται σε σχετικά χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης σε σχέση με τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Έτσι, οι εφαρμοσθείσες πολιτικές είναι η επιτάγχυνση της αναδιάρθρωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η μείωση ή το πάγωμα των μισθών για τους εργαζόμενους.

Στον πίνακα 6.8 φαίνονται οι Πολιτικές Υγείας σε επιλεγμένες χώρες στην Οικονομική Κρίση (βασισμένο σε Correia, 2015 : 1602). Οι χώρες που αναφέρονται είναι η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Κύπρος. Αναφέρονται οι πολιτικές που πέρασαν από την κυβερνητική ατζέντα και τα αποτελέσματα τους σχετικά με την εφαρμογή τους ή μη. Με βάση τις συγκρίσεις του πίνακα εντοπίζονται ομοιότητες στις Πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί σε τρεις από τις χώρες του νότου που έπληξε έντονα η οικονομική κρίση (Ελλάδα, Πορτογαλία, Κύπρος), όπως η μετακίνηση του Ιατρικού Προσωπικού εντός της Υγειονομικής Περιφέρειας αλλά και διαφορές στην επίτευξη των αποτελεσμάτων.



**Πίνακας 6.8 Πολιτικές Υγείας σε επιλεγμένες χώρες στην Οικονομική Κρίση**

Κύρια πεδία της μεταρρύθμισης		Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
Μισθοί	Συγκρότηση Ατζέντας	Γενικές περικοπές μισθών δημοσίων υπαλλήλων (& επαγγελματιών υγείας)	1.Αύξηση του αριθμού των Γενικών Ιατρών πληρωτέων με τις επιδόσεις 2.μείωση των δαπανών	Γενικές περικοπές μισθών δημοσίων υπαλλήλων. Αξιολόγηση απόδοσης για τη σταδιοδρομία.
	Αποτελέσματα	Επετεύχθη	1.Επετεύχθη 2.Επετεύχθη.Οι μισθοί στο ΕΣΥ μειώθηκαν περισσότερο από ότι είχαν αρχικά συμφωνηθεί.	Σε εξέλιξη.
Προσβασιμότητα	Συγκρότηση ατζέντας	1. Επέκταση χρόνου εργασίας σε νοσοκομεία 2. Σχέδιο Ανθρωπίνων πόρων (μετακίνηση εντός της Περιφέρειας) 3. Μείωση του αριθμού των Ιατρών	1. Σχέδιο ανθρωπίνων πόρων (μετακίνηση εντός της περιφέρειας) 2. Εξειδίκευση και συγχώνευση Νοσοκομείων	1.Εξειδίκευση και συγκέντρωση των νοσοκομείων 2.Σχέδιο Ανθρωπίνων πόρων. 3. Επέκταση χρόνου και βάρδιας εργασίας. Μη πληρωμή υπερωριών. 4. Μείωση του αριθμού επαγγελματιών δημοσίας υγείας.
	Αποτελέσματα	1.Επετεύχθη 2.Δεν επετεύχθη 3.Επετεύχθη.Δύο φορές μείωση πάνω από την προβλεπόμενη.	1.Δεν επετεύχθη. Πληθυσμός χωρίς Γενικό Ιατρό εξακολουθεί να είναι υψηλός 2.Επετεύχθη	1. Σε εξέλιξη 2. Σε εξέλιξη 3. Σε εξέλιξη 4.Επετεύχθη
Λήψη αποφάσεων	Συγκρότηση Ατζέντας	1.Παρακολούθηση από λογιστικά Γραφεία της λειτουργίας Νοσοκομείων 2. Συνταγογράφηση γενοσήμων φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση και αξιολόγηση	1. Σύστημα τυποποίησης και αξιολόγησης Ιατρών 2. Η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση καλύπτεται από δημόσιους πόρους. 3.Συνταγογράφης γενόσημων ή χαμηλού κόστους φαρμάκων	1.Υλοποίηση νέων κλινικών κατευθυντηρίων γραμμών για πιο δαπανηρές ασθένειες. 2. Δίνει στους παθολόγους το κλειδί πρόσβασης στο σύστημα δημόσιας υγείας
	Αποτελέσματα	1.Εν μέρει επετεύχθη 2.Επετεύχθη. Απαιτήθηκε συμπληρωματικά ένας προϋπολογισμός για κάθε Ιατρό	1.Επετεύχθη.πρόσθετα βελτιώσεις λογισμικού και ενδονοσοκομειακά φάρμακα. 2.Επετεύχθη 3.Επετεύχθη	1. Σε εξέλιξη. Συνέχιση κατευθυντηρίων γραμμών και οδηγιών ελέγχου. 2. Επετεύχθη

Πηγή : βασισμένο σε Correia, 2015

Στην περίπτωση της Κύπρου ορισμένες Πολιτικές είναι σε εξέλιξη και δεν έχουν αποτιμηθεί. Παρατηρούμε ένα παράδειγμα της εφαρμογής της συγκριτικής πολιτικής κατά την εφαρμογή Πολιτικής Υγείας κατά την εξέλιξη της Οικονομικής κρίσης, η οποία συγκριτική πολιτική είναι μια σύγχρονη μέθοδος για την υιοθέτηση παρομοίων πολιτικών που επιχειρούν να θεραπεύσουν ένα πρόβλημα, όπως η Οικονομική Κρίση.

#### *6.4.2 Κατηγοριοποίηση πολιτικών υγείας στην οικονομική κρίση*

Οι πολιτικές υγείας τις οποίες σχεδίασαν και εφάρμοσαν οι Ελληνικές κυβερνήσεις κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, έρχονται σε συμφωνία με τη γενικότερη πολιτική για το ίδιο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με τις ευρύτερες πολιτικές που ακολουθήθηκαν στην Ελλάδα, το 2010 το Υπουργείο Υγείας ξεκίνησε την εφαρμογή πολιτικών για την αναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας. Ξεκινώντας την προσπάθεια αυτή, οι Ελληνικές κυβερνήσεις ήρθαν αντιμέτωπες με την τότε υφιστάμενη κατάσταση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Έως τότε, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιλάμβανε ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών με μια τριμερή δομή: ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας που χρηματοδοτείτο από φόρους, πολλαπλά δημόσια ταμεία ασθενείας που βασίζονταν σε επαγγέλματα και μια ανεξέλεγκτη ιδιωτική κερδοσκοπική αγορά φροντίδας υγείας. Τηρώντας τις απαιτήσεις του ΔΝΤ και της Ευρωζώνης, το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας υιοθέτησε ένα ευρύ φάσμα πολιτικών που μπορούν να συνοψιστούν σε τρεις κύριες κατηγορίες:

- 1) μέτρα λιτότητας,
- 2) περιορισμοί πρόσβασης στα δημόσια νοσοκομεία
- 3) ενίσχυση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Αυτές οι αμφισβητούμενες και προσανατολισμένες προς την αγορά «μεταρρυθμίσεις» στην Ελλάδα ακολούθησαν τις πρότυπες προδιαγραφές που είχαν προηγουμένως ευνοήσει η Παγκόσμια Τράπεζα και το ΔΝΤ σε πολλές άλλες χώρες του λιγότερο αναπτυγμένου κόσμου. Αυτό που διαπιστώθηκε από τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα, ήταν ότι οι αυξανόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω των συνεπειών της οικονομικής κρίσης και η αυξανόμενη ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες σε σχέση με τις ιδιωτικές που προκλήθηκαν λόγω της οικονομικής στενότητας, συγκρούστηκαν με τη λιτότητα και την ιδιωτικοποίηση των πολιτικών, με αποτέλεσμα την έκθεση της υγείας του πληθυσμού σε μεγαλύτερους κινδύνους (Kondilis et al., 2013).

Σύμφωνα με τους Kaitelidou & Kouli (2012) οι πολιτικές υγείας στην οικονομική κρίση εντάσσονται σε τρεις κατηγορίες :

- 1) τις πολιτικές οικονομικών συνεισφορών στο σύστημα υγείας,
- 2) στις πολιτικές για την ποσότητα και την ποιότητα φροντίδας.
- 3) στις πολιτικές που επηρεάζουν το κόστος της δημόσιας χρηματοδοτούμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Αυτές οι πολιτικές, με τη σειρά τους εφαρμόζονται ακολουθώντας ορισμένες στρατηγικές ανά κάθε πολιτική. Πιο συγκεκριμένα, οι πολιτικές οικονομικών συνεισφορών στο σύστημα υγείας εφαρμόστηκαν μέσω της μείωσης Δαπανών για υγεία κατά 5% του ΑΕΠ, μέσω της μείωσης δαπανών Κοινωνικής Ασφάλισης για την Υγεία και μέσω της αύξησης των τελών χρήσης για να αυξηθούν τα έσοδα δημοσίων Μονάδων Υγείας. Οι πολιτικές για την ποσότητα και την ποιότητα φροντίδας υιοθετήθηκαν μέσω της συγχώνευσης οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ), μέσω της αύξησης παροχής φροντίδας (εισαγωγών) στις Δημόσιες Δομές του Συστήματος Υγείας και μέσω της αφαίρεσης δαπανηρών εξετάσεων οι οποίες γίνονται πλέον με ιδιωτική δαπάνη. Τέλος, οι πολιτικές που επηρεάζουν το κόστος της Δημόσιας χρηματοδοτούμενης Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εφαρμόστηκαν μέσω των περικοπών των μισθών των δημοσίων επαγγελματιών υγείας, μέσω της μείωσης του κόστους των Ιατρικών και ιδιαίτερα των Φαρμακευτικών Προϊόντων, την αποδοχή της χρήσης γενοσήμων και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, καθώς και της μείωσης κόστους Προμηθειών Υγείας (Φαρμακευτικά Προϊόντα, Ορθοπεδικές προμήθειες, Ιατρικά αναλώσιμα, αναλώσιμα χημικών παραγόντων), όπως φαίνεται στον πίνακα 6.9 (Βασισμένο σε Kaitelidou & Kouli, 2012).

**Πίνακας 6.9**

**Πολιτικές Υγείας και οι αντίστοιχες Στρατηγικές αυτών**

Πολιτικές Υγείας	Στρατηγικές που απορρέουν από τις Πολιτικές Υγείας		
Πολιτικές οικονομικών συνεισφορών στο σύστημα υγείας	Μείωση Δαπανών για υγεία κατά 5% του ΑΕΠ	Μείωση δαπανών Κοινωνικής Ασφάλισης για την Υγεία	Αύξηση των τελών χρήσης για να αυξηθούν τα έσοδα δημοσίων Μονάδων Υγείας
Πολιτικές για την ποσότητα και την ποιότητα φροντίδας	Συγχώνευση Οργανισμών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ)	Αύξηση παροχής φροντίδας (εισαγωγών) στις Δημόσιες Δομές του Συστήματος Υγείας	Αφαίρεση δαπανηρών εξετάσεων οι οποίες γίνονται πλέον με ιδιωτική δαπάνη.
Πολιτικές που επηρεάζουν το κόστος της Δημόσιας χρηματοδοτούμενης Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης	Περικοπές των μισθών των Δημοσίων Επαγγελματιών Υγείας	Πολιτικές για τη μείωση του κόστους των Ιατρικών και ιδιαίτερα των Φαρμακευτικών Προϊόντων – Γενόσημα – Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	Μείωση κόστους Προμηθειών Υγείας (Φαρμακευτικά Προϊόντα, Ορθοπεδικές προμήθειες, Ιατρικά αναλώσιμα, αναλώσιμα χημικών παραγόντων).

Πηγή : (Βασισμένο σε Kaitelidou & Kouli, 2012)

Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν στον τομέα υγείας σε ορισμένες περιπτώσεις χαρακτηρίστηκαν ως επιτυχημένες ενώ σε άλλες περιπτώσεις ως μη επιτυχημένες. Στον πίνακα 6.10 φαίνονται τα επιτεύγματα και οι αστοχίες της Ελληνικής Πολιτικής Υγείας στην αρχή της οικονομικής κρίσης (βασισμένο σε Κυριόπουλος, Αθανασάκη και Πάβη, 2012). Ορισμένες υποθέσεις που έγιναν από τους πολιτικούς δρώντες προκειμένου να εφαρμοστούν οι πολιτικές μεταρρυθμίσεις, αποδείχτηκαν ορθές ή εσφαλμένες ανά περίπτωση. Στην περίπτωση που αποδείχτηκαν ορθές, βελτίωσαν την υφιστάμενη κατάσταση, ενώ σε αυτές που αποδείχτηκαν εσφαλμένες, επιδείνωσαν την υφιστάμενη κατάσταση.

**Πίνακας 6.10**

**Επιτεύγματα και αστοχίες της Ελληνικής Πολιτικής Υγείας στην αρχή της Οικονομικής Κρίσης**

<b>Βασικά σημεία της πολιτικής υγείας</b>	<b>Τα προαπαιτούμενα της εφαρμογής των πολιτικών</b>	<b>Το επίτευγμα της μεγέθυνσης των εισροών</b>	<b>Η αστοχία της πενιχρότητας των αποτελεσμάτων</b>	<b>Η άρση των αντινομιών</b>
Το σύνθημα «δωρεάν και ίση υγεία για όλο το λαό	Το οργανωτικό και διοικητικό σχήμα υγείας καθορίζεται από τη φύση και το χαρακτήρα των ανταλλαγών	Μετατροπή των υγειονομικών υπηρεσιών σε μεγάλη βιομηχανία ιατρικής περίθαλψης	Οι επιδόσεις με βάση θεμελιώδη κριτήρια της πολιτικής υγείας (αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, ισότητα) δεν είναι επαρκή	Θέμα πολιτικής φύσης, που συνδέεται με το ρόλο του κράτους και την αρτιότητα των προτάσεων και επιδιώξεων του πολιτικού συστήματος
Συνδυασμός Βρετανικού υποδείγματος Beveridge και Σοσιαλιστικού Shemasko	Τήρηση προϋποθέσεων : α. δομή διμερούς μονοπωλίου β. κεντρικό διοικητικό σχήμα γ. κεντρικός προγραμματισμός δ. συγκεντρωτική λήψη αποφάσεων ε. κεντρική χρηματοδότηση ζ. κλειστοί προϋπολογισμοί	Επιτεύγματα: α. μεγέθυνση των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων β. διατήρηση και συμπλήρωση της ασφαλιστικής κάλυψης γ. επαρκές και πυκνό σύστημα διανομής δ. μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων	Η ιατρική αποτελεσματικότητα, όπως εκφράζεται από τους δείκτες επίδοσης, όπως η αποτρεπτή θνησιμότητα από όλα τις αιτίες, παρά τη θετική εξέλιξη της, κυρίως της θεραπεύσιμης, δεν είναι ικανοποιητική	Η συγκρότηση μιας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας είναι μη αληθής και μη ρεαλιστική πρόταση αλλά συνιστά πρόταση ρητορικής και πολιτικού βολонταρισμού ή απόπειρα φανταστικής μετάθεσης του πραγματικού πολιτικού προβλήματος υγείας
Αδυναμία εναρμόνισης με την ελεύθερη επιλογή και το μηδενικό κόστος χρόνου	Δεν υφίστανται οι προϋποθέσεις για τη συγκρότηση εθνικής υπηρεσίας υγείας και το σύστημα υγείας μετατοπίζεται από την πλήρως ελεγχόμενη αγορά	Συμπληρωματικά: α. βαθμός ελευθερίας επιλογής των χρηστών β. δυνατότητες έκφρασης των προτιμήσεων των χρηστών γ. επαρκής πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δ. βαθμός ικανοποίησης	Η αποτρεπτή θνησιμότητα δεν παρουσιάζει αισθητή βελτίωση (εν αντιθέσει, ακόμα και επιδείνωση) τα τελευταία χρόνια για ομάδες νοσημάτων μείζονος σημασίας όπως τα νεοπλάσματα του πνεύμονα του μαστού του τραχήλου της μήτρας.	Η δομή χρηματοδότησης του ΣΥ είναι σημαντική. α. χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία (υπόδειγμα Beveridge), β. χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (υπόδειγμα Bismark)
Συνδέεται με το πολιτικό και ψυχολογικό κλίμα της μεταπολίτευσης	Δεν υφίστανται λόγω της εξέλιξης του υγειονομικού τομέα και των πολιτικών επιλογών	Η υψηλή ιδιωτική δαπάνη διασφαλίζει (με ανισοτιμία) ελεύθερη πρόσβαση, μικρό κόστος χρόνου και πολλαπλές επιλογές	Περιορισμένη αποδοτικότητα στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία λόγω της μονοπωλιακής τους θέσης και αντιοικονομίες κλίμακας και φάσματος.	Η Εθνική Πολιτική Υγείας την περίοδο της Μεταπολίτευσης χαρακτηρίζεται από κανονιστική προσέγγιση με αυξημένο ιδεολογικό φορτίο
Προσκρούει στο νόμο σπανιότητας των πόρων			Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε βάρος τμημάτων πληθυσμού με χαμηλή εκπαίδευση	Αναγκαία η μετάβαση σε ορθολογική και θετικιστική προσέγγιση της Πολιτικής Υγείας

Πηγή : βασισμένο σε Κυριόπουλος, Αθανασάκη και Πάβη, 2012

Η μη τήρηση ορισμένων προαπαιτούμενων για την εφαρμογή, οδήγησε σε αποτυχία των πολιτικών μεταρρυθμίσεων. Για παράδειγμα, το σύνθημα που εξαγγέλθηκε από τους πολιτικούς δρώντες, της «δωρεάν και ίσης υγείας για όλο το λαό», οδήγησε στη μετατροπή των υγειονομικών υπηρεσιών σε μεγάλη υπηρεσία ιατρικής περίθαλψης και σε πενιχρές επιδόσεις με βάση θεμελιώδη κριτήρια της πολιτικής υγείας, όπως το κριτήριο της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας.

#### *6.4.3 Πολιτική Υγείας Κυβέρνησης Γεωργίου Παπανδρέου (2009-2011)*

Από το πρώτο έτος της Ελληνικής Οικονομικής Κρίσης, η Ελληνική Κυβέρνηση ξεκίνησε να εφαρμόζει νέα Πολιτική Υγείας προσανατολισμένη στις περικοπές δαπανών. Ο περιορισμός αυτός των δαπανών ανταποκρινόταν στην εκπλήρωση ενός από τους βασικούς όρους του μνημονίου, ο οποίος ήταν η δαπάνη για τη δημόσια υγεία να περιοριστεί στο 6% επί του ΑΕΠ. Αυτή η πολιτική εφαρμόστηκε μετά από τη διαπίστωση ότι παρόλο που η κυβέρνηση δαπανούσε περίπου 10 % του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας, η παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν μη αποτελεσματική (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Η αναποτελεσματικότητα αυτή αποδόθηκε από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας στην ανορθολογική οργάνωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας και οργανώθηκαν μεταρρυθμίσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα νοσοκομειακά συστήματα με παράλληλη προσπάθεια περιορισμού του κόστους (Houston et al., 2011). Αυτή η πολιτική εξειδικεύτηκε ως εξής (Kentikelenis & Papanicolas, 2012):

- στον περιορισμό όλων των κρατικών δαπανών για την υγεία και συγκεκριμένα στην συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων
- στη συλλογή λεπτομερών στοιχείων για την παρακολούθηση της λειτουργίας των νοσοκομείων
- στη μείωση των φαρμακευτικών εξόδων
- στην υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης την εφαρμογή θετικών και αρνητικών βελτιωμένων καταλόγων φαρμάκων
- στην υιοθέτηση συστήματος τιμών αναφοράς
- στην εφαρμογή νέων μηχανισμών αγορών
- στην εφαρμογή νέων μηχανισμών προμηθειών και
- στην υλοποίηση κεντρικών αγορών ιατρικών προμηθειών.

Επίσης, η κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου σχεδίασε και υλοποίησε πολιτικές για την βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Συγκεκριμένα, σχεδίασε και υλοποίησε ένα νέο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο προέβλεπε το διαχωρισμό των ταμείων υγείας από τη διοίκηση των συντάξεων, τη συγχώνευση των ταμείων υγείας για να απλοποιηθεί το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα και τη συγκέντρωση όλων των δραστηριοτήτων υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι υλοποιηθείσες πολιτικές υγείας της κυβέρνησης αυτής, επίσης περιελάμβαναν τα εξής (Economou, 2010):

- τη δημιουργία νέων συστημάτων διαχείρισης των φαρμάκων που ευνοούν τη μεγαλύτερη χρήση των φαρμάκων κοινόχρηστης ονομασίας, συμπεριλαμβανομένου ενός νέου συστήματος για την ηλεκτρονική παρακολούθηση των ιατρικών συνταγών.
- Ολοκλήρωση του προγράμματος μηχανοργάνωσης νοσοκομείων, την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης προϋπολογισμού των νοσοκομείων και τη μεταρρύθμιση του συστήματος τη διαχείριση, τη λογιστική (συμπεριλαμβανομένης της λογιστικής σε δεδουλευμένη βάση διπλής εισόδου) και τα συστήματα χρηματοδότησης.
- Μεγαλύτερη δημοσιονομική και λειτουργική κατάσταση την εποπτεία των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης από το Υπουργείο Οικονομικών, δημοσίευση των ελεγμένων λογαριασμών και βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης.

Σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των αυξημένων εξόδων και εφαρμογής των πολιτικών λιτότητας, η κυβέρνηση προχώρησε στις πολιτικές λιτότητας και ιδιαίτερα στις περικοπές των κεφαλαίων κοινωνικής ασφάλισης. Τα κεφάλαια κοινωνικής ασφάλισης αποτελούσαν την περιουσία με την οποία τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης θα χρηματοδοτούσαν τις υποχρεώσεις των ταμείων αυτών έναντι των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων, συμπεριλαμβανομένων και των χρημάτων που προορίζονταν για την υγεία. Ελλείψει κατάλληλης τεχνογνωσίας και επαρκούς περιουσιακής εκμετάλλευσης τα κεφάλαια των ασφαλιστικών ταμείων προέρχονταν από τις εισφορές των ασφαλισμένων. Χρήματα τα οποία είχαν πληρωθεί από τους εργαζόμενους και προορίζονταν για τον τομέα υγείας, παρακρατήθηκαν και διατέθηκαν προκειμένου να εξοφληθούν οι αυξημένες υποχρεώσεις του κράτους και στην περικοπή του ελλείμματος. Αυτό το γεγονός προκάλεσε μια μη αναμενόμενη επιβάρυνση στον τομέα υγείας (Economou et al., 2013).

Η κυβέρνηση εφήρμοσε μια πολιτική εκσυγχρονισμού αμοιβής νοσοκομείων η οποία εντάσσεται στις πολιτικές οικονομικής συνεισφοράς στο σύστημα υγείας, μέσω της οργάνωσης και της

εφαρμογής της αμοιβής με κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια (KEN ή DRG). Σχηματίστηκε ένας κατάλογος, που περιείχε όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες για 700 KEN και υποβλήθηκε στο Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και εγκρίθηκε το Μάιο 2010. Εκδόθηκε μια ΚΥΑ για την εφαρμογή των KEN και οι κυβερνητικές υπηρεσίες εργάστηκαν για την εφαρμογή τους. Τακτοποιήθηκε η αντιστοίχιση των KEN με τη διεθνή στατιστική ταξινόμηση νοσημάτων και σχετικών προβλημάτων υγείας (ICD-10). Η Ελληνική ταξινόμηση ολοκληρώθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με τη συνδρομή 25 ειδικευόμενων ιατρών από όλες τις ειδικότητες των νοσοκομείων. Το Σεπτέμβριο 2011, πραγματοποιήθηκε η πρώτη εφαρμογή KEN πιλοτικά σε 20 νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η τιμολόγηση των KEN, λαμβάνοντας υπόψη τις τεχνικές προδιαγραφές των υπάρχοντων λογιστικών συστημάτων και των υπολογιστικών συστημάτων των νοσοκομείων ξεκίνησε τον Οκτώβριο 2011. (Polyzos et al., 2013).

Η κυβέρνηση ακολούθησε πολιτική συγχωνεύσεων και περιορισμού του κόστους, υλοποιώντας μια νέα πολιτική στο σύστημα υγείας για την λειτουργία ενός νέου ταμείου υγείας, με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η δημιουργία του οργανισμού αυτού συνέβη το Μάρτιο 2011 (Λειτουργήσε το Ιούνιο 2011) και αποτέλεσε σημαντική μεταστροφή προς ένα νέο ασφαλιστικό σύστημα υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ ενεργούσε πλέον ως ο μόνος αγοραστής των φαρμάκων και όλων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονταν από το ΕΣΥ για όλους τους ασφαλισμένους. Συμπεριέλαβε τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας, τα οποία από την προηγούμενη διοίκηση του Υπουργείου Εργασίας πέρασαν στη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας. Η συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων φορέων κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία κάλυπταν τους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα, τους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους, τους δημοσίους υπαλλήλους συγχωνεύτηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Τα ταμεία αυτά τροποποίησαν τα ασφαλιστικά τους πακέτα ώστε να παρέχουν κοινές υπηρεσίες υγείας. Με τον τρόπο αυτόν, ο ΕΟΠΥΥ κάλυπτε πλέον το μεγαλύτερο μέρος των υπαλλήλων, των εργατών και των αυτοαπασχολούμενων. Η τυποποίηση που προήλθε από την ομογενοποίηση των πακέτων υπηρεσιών υγείας, αντιμετώπισε τις προηγουμένως μακροχρόνιες ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Ένα πρόβλημα που παρέμεινε, ήταν η μη παροχή δημοσίων οδοντιατρικών υπηρεσιών για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Επίσης, ο ΕΟΠΥΥ ήταν επιφορτισμένος με τη διαχείριση της ΠΦΥ, έναν ρόλο που πριν δεν υπήρχε. Η διαχείριση ΠΦΥ αφορούσε όλα τα περιστατικά πρωτοβάθμιας ή περιπατητικής φροντίδας, τους φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, με τον ευρύτερο στόχο να μειωθούν οι πιέσεις για περιπατητική και επείγουσα φροντίδα σε δημόσια νοσοκομεία. Το ρόλο αυτό ο ΕΟΠΥΥ τον διατήρησε ως το 2014. Επίσης, ο ΕΟΠΥΥ



επιφορτίστηκε με τη σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές μονάδες υγείας για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ή περιπατητικής φροντίδας υγείας. Αυτοί οι ιδιώτες πάροχοι υγείας εξοφλούνταν από τον ΕΟΠΥΥ βάσει αμοιβής για την παρεχόμενη υπηρεσία (Economou et. al, 2017).

Στα πλαίσια της εφαρμογής πολιτικής προσανατολισμένης στη μείωση του κόστους από την κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου, μειώθηκαν κατά το έτος 2010, οι μισθοί σε όλο το προσωπικό υγείας, δηλαδή στους ιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό και διοικητικό προσωπικό. Η περικοπή αυτή ήταν της τάξης του 12% τον Ιανουάριο 2010 και επιπλέον 8% τον Ιούνιο 2010. Καταργήθηκαν όλα τα επιδόματα στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης.

Οι περικοπές μισθών ήταν των εξής τριών τύπων:

- Οριζόντιες περικοπές από αυξήσεις φόρων και ειδική εισφορά αλληλεγγύης
- Περικοπές μέσω ενός νέου ενοποιημένου συστήματος μισθών για όλους τους υπαλλήλους
- Περικοπές μισθών στο ειδικό μισθολόγιο των ιατρών

Όμως, ο προγραμματισμός για την παραγωγικότητα βάσει απόδοσης δεν πραγματοποιήθηκαν λόγω έλλειψης αξιολόγησης και στοχοθεσίας (Economou et al., 2015). Οι πολιτικές περιορισμού του μισθολογικού κόστους, μείωσαν το μισθό των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών κατά ένα ποσοστό της τάξης του 40%, με ισοδύναμη αλλαγή του επαγγελματικού προσανατολισμού των νέων και εγκατάλειψη του επαγγέλματος. Αυτές οι πολιτικές αναδιαμόρφωσαν το σύστημα υγείας και τις επαγγελματικές προοπτικές των αποφοίτων των σχολών υγείας και οδήγησαν στην αλλαγή του τοπίου του τομέα υγείας στην Ελλάδα κατά την εξέλιξη της οικονομικής κρίσης (Kaitelidou & Kouli, 2012).

Κατά τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης εφαρμόστηκε κατά κόρον η πολιτική υγείας που αφορούσε στη μείωση των εργαζομένων υγείας, μέσω της συνταξιοδότησης και της εθελουσίας εξόδου ενός αρκετά μεγάλου αριθμού εργαζομένων στις μονάδες υγείας. Καθώς είχε διαπιστωθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό στις Ελληνικές Μονάδες υγείας ήταν πλεονάζον, ή πολλές φορές αλληλοκαλυπτόμενο όσον αφορά τις θέσεις εργασίας, αποφασίστηκε να ελαττωθεί το προσωπικό μέσω της εφαρμογής μιας νέας πολιτικής υγείας που αφορούσε τις αποχωρήσεις προσωπικού. Για το λόγο αυτό νομοθετήθηκαν κίνητρα ώστε να πεισθεί το προσωπικό να συνταξιοδοτηθεί, ή να αποχωρήσει από την εργασία του, λαμβάνοντας κάποια αποζημίωση ή να αποζημιώνεται για το χρονικό διάστημα που μεσολαβούσε από την αποχώρηση του έως την συνταξιοδότηση του. (Σαρίδη, 2014). Επιπλέον μέτρα περιορισμού του κόστους αποτέλεσαν η μη ανανέωση συμβάσεων ορισμένου χρόνου του έκτακτου προσωπικού και η μείωση των επιπέδων αντικατάστασης

προσωπικού που έβγαινε στη σύνταξη με βάση τον κανόνα μίας πρόσληψης για κάθε πέντε αποχωρήσεις. (Economou et al., 2015).

Στα πλαίσια εκσυγχρονισμού των διαδικασιών προμηθειών, η επιτροπή προμηθειών υγείας (ΕΠΥ), η οποία είχε ιδρυθεί και πρωτολειτούργησε επί της προηγούμενης κυβερνήσεως, εξελίχθηκε και λειτούργησε πιο ουσιαστικά. Ένα νέο Διοικητικό Συμβούλιο, που διορίστηκε το Μάρτιο του 2010, ανέλαβε να λειτούργησει ουσιαστικά την υπηρεσία αυτή. Η λειτουργία της ΕΠΥ σκόπευε να θέσει υπό κοινή εποπτεία τη διαχείριση προμηθειών των νοσοκομείων όσον αφορά τους χρόνους παράδοσης, τη διαχείριση ληγμένων υλικών και την μαζική διενέργεια προμηθειών. Επιπλέον, η ΕΠΥ ανέλαβε τα εξής έργα (Kastanioti et al., 2013) :

- Συμφωνίες – πλαίσιο, οι οποίες είναι συμφωνίες μεταξύ μιας ή περισσότερων αναθετούσων αρχών και ενός ή περισσότερων προμηθετών, προκειμένου να καθοριστούν οι όροι των συμβάσεων.
- Δυναμικό σύστημα αγορών, δηλαδή ηλεκτρονική υποβολή με συγκεκριμένο τρόπο από όλους τους προμηθετές νοσοκομείων των προδιαγραφών, ώστε να επιτευχθεί η αύξηση του ανταγωνισμού και ο εξορθολογισμός των δημοσίων αγορών.
- Κοινό λεξιλόγιο προμηθειών (CPV), με εφαρμογή της νέας ονοματολογίας αναφοράς που εφαρμόζεται σε δημόσιες συμβάσεις.

Η συνεισφορά της ΕΠΥ, αφορούσε την υλοποίηση μιας σειράς πρωτοβουλιών πολιτικής σχετικά με την προμήθεια ιατροτεχνολογικών προϊόντων και φαρμακευτικών προϊόντων.

Όσον αφορά τις προμήθειες, εφαρμόστηκε και εκεί πολιτική ελέγχου τιμών μέσω ενός μηχανισμού που ονομάστηκε παρατηρητήριο τιμών. Το παρατηρητήριο τιμών ιδρύθηκε το Μάιο του 2010 με το Ν. 3846/2010. Σε αυτό, συγκρίνονται οι τιμές των κοινών προϊόντων και υπηρεσιών μεταξύ των νοσοκομείων. Σημαντικοί στόχοι στη λειτουργία του, απετέλεσαν η επίτευξη διαφάνειας στις τιμές, ο έλεγχος του κόστους και ο επηρεασμός των αποφάσεων κάλυψης καθορίζοντας το ανώτατο όριο για τις προσφορές. Τα δεδομένα για τις τιμές εισάγονται από κάθε νοσοκομείο μέσω μιας διαδικτυακής εφαρμογής και στη συνέχεια υποβάλλονται σε επεξεργασία με ομάδες ειδικών τεχνοκρατών, πριν ανακοινωθούν για χρήση από τα νοσοκομεία (Kastanioti et al., 2013).

Το Υπουργείο Υγείας, προκειμένου να προχωρήσει σε περιορισμό του κόστους μέσω της αναβάθμισης των προμηθειών υγείας, υιοθέτησε την εφαρμογή του Προγράμματος Προμηθειών Υγείας (ΠΠΥ). Το ΠΠΥ ήταν ένα ομοιόμορφο πρόγραμμα στο οποίο οι πάροχοι υγειονομικής περιθαλψής υπέβαλλαν τα αιτήματά τους για προμήθειες και αποσκοπούσε στον περιορισμό του

κόστους μέσω της ομαδοποίησης των προμηθειών και την επίτευξη χαμηλών τιμών. Η διαδικασία περιελάμβανε τον καθορισμό προϊόντων, υπηρεσιών και φαρμάκων ανά κωδικό CPV, έγκριση των προμηθειών του επόμενου έτους, των αποδεκτών τιμών μονάδας, των μεγίστων ποσοστών, του χρόνου και μεθόδων παράδοσης και πληρωμής (Kastanioti et al., 2013).

Μια νέα πρωτοβουλία για την ανάπτυξη του χάρτη υγείας και πρόνοιας μαζί με μία φόρμουλα για την κατανομή των πόρων υγείας, τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για δημογραφικά και επιδημιολογικά προφίλ και συναφείς υπηρεσίες ξεκίνησε το 2010 από την Κυβέρνηση Παπανδρέου. Ανακοινώθηκε τον Ιούλιο 2011 ένα σχέδιο μείωσης του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών από 35000 σε 33000 και μείωση του αριθμού των κλινικών και των εξειδικευμένων μονάδων από 2000 σε λιγότερες από 1700, με τις 300 να συγχωνεύονται και άλλες 40 να μεταφέρονται. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων μειώνονταν σε 83 και ο αριθμός των διευθυντών και αναπληρωτών διευθυντών μειωνόταν από 175 σε 145. Αυτές οι αλλαγές σκόπευαν να μειώσουν τα έξοδα κατά 75 εκατομμύρια και κατά 150 εκατομμύρια ευρώ έως το 2014 και το 2015 αντίστοιχα (Economou et al., 2017). Για τη διαμόρφωση του νέου χάρτη απαιτήθηκε να ολοκληρωθούν θεσμικές παρεμβάσεις από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης. Οι αλλαγές χρήσης ορισμένων μικρών νοσοκομείων βοήθησαν στην ορθότερη κατανομή των υπηρεσιών υγείας και την κατεύθυνση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε αυτές που είχε μεγαλύτερη ανάγκη ο πληθυσμός. Τέτοιες αλλαγές χρήσης ήταν:

- Το παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής μετετράπη σε ΚΥ Αστικού Τύπου (Ραφήνας)
- Το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης και το Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων (Λοιμωδών) Θεσσαλονίκης μετετράπησαν σε ΚΥ αστικού τύπου
- Το Γενικό Νοσοκομείο Κρεστενών μετετράπη σε Γ.Ν. - Κέντρο Υγείας αγροτικού τύπου.
- Το Νοσοκομείο Νεάπολης μετετράπη σε Κέντρο Αποκατάστασης

Η πολιτική της κυβέρνησης είχε σαν αποτέλεσμα να συγχωνευτούν τα 181 νοσοκομεία σε 83, συμπεριλαμβανομένων 5 νοσοκομείων του ΙΚΑ και 2 νοσοκομείων ειδικού σκοπού (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012). Επίσης, διατέθηκαν 500 νοσοκομειακά κρεβάτια στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προκειμένου να αυξηθούν τα κρατικά έσοδα. Αντί για την πρόληψη ιατρών σε νοσηλευτικά ιδρύματα, οι ιατροί της ΠΦΥ εφημέρευαν σε νοσοκομεία μια μέρα την εβδομάδα. Τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και του ΕΣΥ συγχωνεύτηκαν. Αυτά τα μέτρα είχαν ως στόχο τη μείωση του κόστους και την συνεπακόλουθη αύξηση της αποδοτικότητας (Economou et al., 2015).

Η εισαγωγή των πληροφοριακών συστημάτων απετέλεσε ένα βήμα για την παρακολούθηση των μονάδων και την έγκαιρη παρέμβαση σχετικά με το σχεδιασμό και την υλοποίηση ενεργειών για την βελτιστοποίηση της λειτουργίας τους. Το πιο σημαντικό από τα πληροφοριακά συστήματα ήταν το σύστημα ESY.net το οποίο εισήχθη το 2011. Το σύστημα ESY.net απετέλεσε μια διαδικτυακή εφαρμογή καταχώρησης οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων, πληροφόρησης και εξαγωγής αναφορών και συγκριτικών στοιχείων ανά νοσοκομείο και ανά ΥΠΕ. Τα στοιχεία που αποστέλλονταν αποτελούσαν δείκτες αξιολόγησης των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, διαμορφώνοντας έτσι ένα σύγχρονο εργαλείο ηλεκτρονικής διακυβέρνησης (Καστανιώτη & Πολύζος, 2016). Η εισαγωγή των πληροφοριακών συστημάτων περιελάμβανε επίσης, τη λειτουργία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες, τη λειτουργία ενιαίου πληροφορικού συστήματος για την υποστήριξη των επιχειρησιακών λειτουργιών μονάδων υγείας του ΕΣΥ, τη λειτουργία συστήματος διαχείρισης και επιχειρησιακής ευφυΐας ΕΣΥ και την έναρξη λειτουργίας παρατηρητηρίου τιμών. Επίσης εφαρμόστηκε το Πληροφοριακό Σύστημα e-dary για την εκκαθάριση υποβολών προμηθευτών ανοικτής περιθάλψης. Το e-dary δημιουργήθηκε το 2011 και κάλυπτε τις υπηρεσίες, το κόστος και τις διοικητικές λειτουργίες των παρόχων ιδιωτικού τομέα. Από το 2012 κάλυπτε και τους συμβελημένους ιατρούς με τον ΕΟΠΥΥ για τα αιτήματα διαγνωστικών ιατρικών υπηρεσιών (Vassilakopoulou & Marmaras, 2013).

Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης απετέλεσε μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια της Κυβέρνησης Παπανδρέου για την αποφυγή αυξημένων εξόδων. Με το Ν. 3892/10, ο οποίος εφαρμόστηκε το 2011 εισήχθη το σύστημα καταχώρησης και εκτέλεσης Ιατρικών Συνταγών και παραπεμπτικών εξετάσεων με σκοπό την αποφυγή εξετάσεων που εντείνουν την τεχνητή ζήτηση, επιβαρύνουν τα έξοδα και επιδεινώνουν την υγεία των ασθενών (Βουλή των Ελλήνων, 2010). Επιπλέον σύμφωνα με τις νέες διατάξεις, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση των φθηνότερων γενοσήμων έγινε πλέον υποχρεωτική, χωρίς να μπορεί να υποκατασταθεί. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αφορούσε το ποσοστό του 50% του όγκου των φαρμακευτικών προϊόντων που χρησιμοποιούνταν στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας και που θα αποτελούνταν από γενόσημα, εφόσον αυτά ήταν διαθέσιμα στο εμπόριο (Tripsa et al., 2013). Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επεδίωξε να αποτελέσει ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό εργαλείο για τον έλεγχο των διαδικασιών συνταγογράφησης του Ελληνικού συστήματος υγείας. Η εφαρμογή του οδήγησε στην συνταγογράφηση του μεγαλύτερου μέρους των συνταγών ηλεκτρονικά και στη επίτευξη διαφάνειας στη συνταγογράφηση (Pangalos, Asimakopoulos & Pagkalos, 2013).

Οι φαρμακευτικές αγορές αποτελούσαν έναν κύκλο δραστηριοτήτων ο οποίος χαρακτηριζόταν από υπέρογκες χρεώσεις φαρμάκων, επικράτηση πρωτότυπων φαρμάκων και υπερσυνταγογράφηση. Τα φαινόμενα αυτά είχαν αυξήσει κατά πολύ τη φαρμακευτική δαπάνη. Η κυβέρνηση Παπανδρέου, αντιλαμβανόμενη το μέγεθος του προβλήματος κατέβαλε σημαντικές προσπάθειες προκειμένου να επιτύχει τη μείωση των δημοσίων δαπανών στις φαρμακευτικές αγορές. Οι Vandoros & Stargardt (2013) εντόπισαν πολιτική μείωσης των δαπανών των φαρμακευτικών αγορών που συνίστατο στα εξής μέτρα :

- πολιτική μείωσης τιμών φαρμάκων
- εισαγωγή νέου επικαιροποιημένου καταλόγου επιλογής
- μείωση στα περιθώρια κέρδους φαρμακείων και χονδρεμπόρων φαρμάκων και
- λήψη προσφορών για τιμές νοσοκομειακών φαρμάκων.

Μετά τη συμφωνία με το ΔΝΤ, την ΕΕ και την ΕΚΤ, η κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου εισήγαγε διάφορα πολιτικά μέτρα με στόχο τον περιορισμό του κόστους. Το μνημόνιο έθεσε ως στόχο την εξοικονόμηση 2 δις. Ευρώ από φαρμακευτικά προϊόντα, εκ των οποίων 1 δις. Ευρώ μέσα στο έτος 2011. Η απαίτηση αυτή αντιστοιχούσε σε μείωση του κόστους των φαρμακευτικών προϊόντων κατά 1% του ΑΕΠ. Κατά το έτος 2011, επαναφέρθηκε θετικός κατάλογος για τα φάρμακα που επιτρεπόταν να χορηγηθούν με έμφαση στα φθηνά γενόσημα φάρμακα (Kaitelidou & Kouli, 2012). Στο χώρο της παρακολούθησης των Φαρμακευτικών Προϊόντων, επανιδρύθηκε το Μητρώο του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας (ΕΚΑΠΤΥ), θυγατρικής εταιρίας του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ). Στις λειτουργίες του ΕΚΑΠΤΥ συμπεριλαμβάνονταν η επαλήθευση της πιστοποίησης του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης και η επαλήθευση της πιστοποίησης CE στις ιατρικές συσκευές, στην επιθεώρηση και δοκιμή συσκευών και στις ψηφιακές συσκευές (Vandoros & Stargardt, 2013).

Τα στοιχεία για την χρησιμοποίηση φαρμάκου στην Ελλάδα ήταν διαθέσιμα πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης από τον ΟΟΣΑ, σε αντίθεση με τα στοιχεία νοσηλείας. Τα στοιχεία αυτά έδειχναν υψηλές τιμές για τα γενόσημα φάρμακα, οι οποίες ανέρχονταν στο 90% της τιμής των πρωτότυπων φαρμάκων, έλλειψη πολιτικών για την προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων και επιμονή των ιατρών στη συνταγογράφηση πρωτότυπων φαρμάκων. Αυτά τα χαρακτηριστικά οδήγησαν σε περιορισμένα κίνητρα με αποτέλεσμα τη μη εισαγωγή των γενοσήμων στην αγορά (Goranitis, Siskou & Liaporoulos, 2014). Η κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου, προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αυτό, εφάρμοσε μια πολιτική, σύμφωνα με την οποία τουλάχιστον το 40% των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων σε δημόσια νοσοκομεία έπρεπε να είναι γενόσημα. Με

την επίτευξη χαμηλών τιμών μέσω διαγωνισμών, επετεύχθη η εισαγωγή γενοσήμων στην Ελληνική αγορά φαρμάκου (Kaitelidou & Kouli, 2012). Επίσης, η κυβέρνηση εφάρμοσε μια πολιτική ελέγχου τιμών για τα γενόσημα, τόσο σε επίπεδο τιμών εκ του εργοστασίου όσο και σε επίπεδο χονδρικής και λιανικής πώλησης, προχωρώντας στον καθορισμό ανώτατων τιμών γενικής χρήσης για τα φάρμακα αυτά (Vogler, 2012). Όλα τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνταν στα νοσοκομεία τιμολογούνταν πλέον με βάση την υποχρεωτική χρήση ενός ορισμένου ποσοστού γενοσήμων φαρμάκων (Karanikolos et al., 2013)

Η αλλαγή αυτή πολιτικής με τις προαναφερόμενες πολιτικές που όλες χαρακτηρίζονται ως πολιτικές λιτότητας, μείωσαν τα έξοδα του δημοσίου συστήματος υγείας στις συνθήκες στις οποίες τα οικονομικά του κράτους ήταν πολύ περιορισμένα λόγω της οικονομικής κρίσης. Ολοένα και περισσότερο, τα Ελληνικά δημοσιονομικά επέτασαν τη μείωση των δαπανών στο δημόσιο σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα να επισημαίνεται ο κίνδυνος από την εφαρμογή της λιτότητας στη δημόσια υγεία και η αναζήτηση μεθόδων προκειμένου η λιτότητα να μην γίνει επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία. Αναμφίβολα οι πολιτικές υγείας, όπως και οι γενική πολιτική βασίζεται στην αύξηση της αποδοτικότητας και στη συγκράτηση του κόστους, προκειμένου με περιορισμένους πόρους να επιτυγχάνεται το βέλτιστο αποτέλεσμα, που είναι και το ζητούμενο στην περίπτωση της αποδοτικότητας (Vandoros & Stargardt, 2013).

Στον πίνακα 6.11 φαίνονται οι διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας στην έναρξη της οικονομικής κρίσης στις οποίες προχώρησε η κυβέρνηση Παπανδρέου, ευθύς μετά την ανάληψη των καθηκόντων της κατά το τέλος του έτους 2009 και κατά το έτος 2010. Οι περισσότερες διατάξεις που ψηφίστικαν κατά το διάστημα αυτό, αφορούσαν τη μείωση του μισθολογικού κόστους, την αναδιοργάνωση του συστήματος προμηθειών, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την αναδιάρθρωση υπηρεσιών υγείας. Με τα μέτρα που πήρε η Κυβέρνηση στο διάστημα αυτό, επιχείρησε να μειώσει το κόστος του τομέα υγείας και με τον τρόπο αυτό, το δημόσιο έλλειμμα και το δημόσιο χρέος της Ελλάδας.

### Πίνακας 6.11

#### Διατάξεις για τον Τομέα Υγείας στην έναρξη της οικονομικής κρίσης (έτος 2009-10) – κυβέρνηση Παπανδρέου.

Ονομασία διάταξης	Έτος Εφαρμογής	Περιγραφή
N. 3808/09	2010	Καθορισμός μέγιστων αποδοχών Ιατρικού προσωπικού (μισθολογικές περικοπές).
N. 3833/10	2010	Προστασία της εθνικής οικονομίας – Επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης. Μέτρα για τη μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και εισοδηματική πολιτική.
N. 3845/10	2010	Περικοπές επιδομάτων και δώρων.
N.3846/10	2010	Θεσπίζεται το παρατηρητήριο τιμών και ο ηλεκτρονικός διαγωνισμός προμηθειών και υπηρεσιών. Νέο πλαίσιο προμηθειών υγείας και νοσοκομειακού φαρμάκου.
N.3867/10	2010	Θέσπιση Δυνατότητας διενέργειας διαγωνισμών χωρίς έγκριση από την αρμόδια ΥΠΕ έως το ποσό των 45000€. Υποχρέωση αναγραφής κατώτερης τιμής για τις προμήθειες και υπηρεσίες ιατροτεχνολογικών προϊόντων .
N.3868/10	2011	Βελτίωση της οργανωτικής δομής των φορέων του Υπουργείου Υγείας. Ρύθμιση ολόημερης λειτουργίας των Νοσοκομείων, κίνητρα κάλυψης αναγκών περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων διοίκησης των Υγειονομικών Περιφερειών και των Νοσοκομείων, Θέσπιση Συμβουλίων Διαβούλευσης, Διαφάνειας & Λογοδοσίας και Περιφερειακών Συμβουλίων Προγραμματισμού Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας σε Δήμους και Περιφέρειες. Ρύθμιση 28 αρμοδιοτήτων του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.).
N. 3892/10	2011	Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.
Υ4α/Γ.Π. 147661/10	2011	Ολόημερη λειτουργία νοσοκομείων (απογευματινά ιατρεία).
Υ4α/Γ.Π. οικ. 151359/10	2011	Εφαρμογή της προαιρετικής ολόημερης λειτουργίας των Νοσοκομείων. Καταγραφή εσόδων στο ταμείο του νοσοκομείου και εγγραφή σε μοναδιαίο λογαριασμό.

Στον πίνακα 6.12 φαίνονται οι διατάξεις που ψήφισε η κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου κατά το έτος 2011. Οι διατάξεις αυτές είναι προσανατολισμένες στην έντονη μείωση των εξόδων, μέσω του περιορισμού στις παροχές, στις εξυπηρετούμενες ομάδες και στη χορήγηση φαρμάκων. Επίσης, είναι προσανατολισμένες και στην αύξηση των εσόδων, όπως αυτών από την ενοικίαση νοσηλευτικών κλινών και την επιβολή εξετάστρων και νοσηλείων. Οι περισσότερες διατάξεις που ψηφισε η κυβέρνηση Γεωργίου Παπανδρέου είναι οικονομικού χαρακτήρα και εφαρμόστηκαν κατ' απαίτηση του μνημονίου το οποίο εψήφισε η κυβέρνηση αυτή. Ο περιορισμός του κόστους μέσω της μείωσης των εξόδων και της αύξησης των εσόδων, αποτέλεσε ζήτημα μεγάλης σημασίας για την κυβέρνηση, προκειμένου να διαχειριστεί τα οικονομικά της χώρας κατά έναν αποδοτικό τρόπο.

**Πίνακας 6.12**

**Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας στην έναρξη της οικονομικής κρίσης (έτος 2011) –  
κυβέρνηση Παπανδρέου**

Ονομασία διάταξης	Έτος Εφαρμογής	Περιγραφή
Υ4α/οικ. 1329/11	2011	Αμοιβή (εξέταστρο) στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων του ΕΣΥ και κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας.
N. 3918/11	2012	Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. Ρυθμίσεις θεμάτων προμηθειών και υπηρεσιών. Συμφωνίες πλαίσιο, προγραμματισμός προμηθειών, διαδικασίες. Ποινές για σχετικές παραβάσεις.
N. 3919/11	2012	Απελευθέρωση κλειστών επαγγελματιών. Ίσχυσε για τις ιδιωτικές δομές ΠΦΥ και για την κατάργηση των περιορισμών στην ελεύθερη μετακίνηση ιατρών στην Ελληνική επικράτεια.
ΚΥΑ Υ4α/οικ.165114/11	2011	Καθορισμός αμοιβής εξεταστρον των προσερχόμενων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στα Κέντρα Υγείας
Αριθμ. ΔΥΤ3α/οικ.32294/11		Κατάλογος φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς κοινωνικής ασφάλισης.
Απόφαση Υ4α/οικ.84627/11	2012	Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους.
Υ4α/οικ.85649/11	2011	Κοινή Υπουργική Απόφαση «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ».
Υ4α/οικ 92976/11	2011	Διαχείριση φαρμάκου για τον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στα κρατικά Νοσοκομεία και την αύξηση της ανάλωσης των γενοσήμων εκτός πατέντας.
Υ4α/οικ 93443/11	2011	Διευκρινήσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας σε Αλλοπαδούς και Ασφάλιστους (περιορισμός πρόσβαση σε όλους τους μη νομίμους πρόσφυγες πλην υπερεπειγόντων περιστατικών).
ΚΥΑ ΔΥΤ3α/Γ.Π. 95872/11	2011	Διαδικασία Εφαρμογής συστήματος τιμών αναφοράς για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Διαδικασία κατάρτισης καταλόγου και τύπος για τον υπολογισμό της τιμής.
Αριθμ. Υ4α/οικ 93320/11	2011	Έγκριση σύναψης συμβάσεων Νοσοκομείων του ΕΣΥ με Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες. Παραχώρηση 556 κλινών δημοσίων νοσοκομείων σε ιδιωτικές εθνικές και διεθνείς ασφαλιστικές εταιρείες.
N. 4024/11	2011	Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο - βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015.
N. 4025/11	2012	Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κέντρα αποκατάστασης, αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις. συγχώνευση μονάδων φροντίδας, κατάργηση νομικών προσώπων, ένταξη κέντρων αποθεραπείας στο ΕΣΥ, διατάξεις για το φάρμακο.
Απόφ. Φ.90380 /25916/3294/11	2011	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
Απόφαση Υ4α/οικ.84627/11	2012	Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους.
Υ4α/οικ.85649/11	2011	Κοινή Υπουργική Απόφαση «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ».

N. : Νόμος, Π.Δ. : Προεδρικό Διάταγμα



Οι μεταρρυθμίσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν υπό την πιεστική κατάσταση που η οικονομική κρίση επέβαλε και υπό τις απαιτήσεις των δανειστών για τη λήψη μέτρων τα οποία θα εκμηδένιζαν τις αναποδοτικότητες του Ελληνικού συστήματος υγείας.

Οι ασκηθείσες πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Παπανδρέου, αποτέλεσαν μια πρώτη απάντηση πολιτικής στην εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και εφαρμόστηκαν υπό τις πιέσεις των Ευρωπαϊκών Οργάνων και των δανειστών της Ελλάδος. Οι πολιτικές αυτές και ιδίως οι πολιτικές λιτότητας όμως δημιούργησαν ορισμένα προβλήματα στη Ελληνικό σύστημα υγείας και στους λήπτες υπηρεσιών υγείας, τα οποία χρειάστηκε να αντιμετωπιστούν από την ίδια ή τις διάδοχες κυβερνήσεις με συμπληρωματικές πολιτικές που είχαν σαν σκοπό να θεραπεύσουν τα αρνητικά αποτελέσματα των προηγούμενων. Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης εντάθηκε το φαινόμενο η υγεία να αντιμετωπίζεται όχι ως δημόσιο αγαθό, αλλά ως εμπόρευμα. Μια από τις κύριες επιδράσεις του φαινομένου αυτού, ήταν η αύξηση των άτυπων πληρωμών των ασθενών και απετέλεσε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του συστήματος υγείας. Πράγματι, οι άτυπες πληρωμές οδηγούν σε μείωση των κανονικών πληρωμών και της αποτίμησης τους στο σχεδιασμό πολιτικών για ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Οι λόγοι που ωθούν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας να χρησιμοποιούν τις άτυπες πληρωμές είναι ο φόβος ότι η αντιμετώπιση που θα έχουν δεν θα είναι η κανονική χωρίς τη χρήση των άτυπων πληρωμών (σε ποσοστό 36% των ασθενών, όπως δηλώθηκε στη σχετική έρευνα) και η άμεση αναζήτηση της άτυπης πληρωμής από τον Ιατρό που διενέργησε την εξέταση (σε ποσοστό 20%) (Ιωακείμογλου, 2010). Ένα άλλο πρόβλημα που διαπιστώθηκε στο σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, και ελήφθη υπόψη κατά τη χάραξη μεταγενέστερων πολιτικών υγείας, ήταν η αύξηση των ατόμων που δεν αναζητούν ιατρική φροντίδα, παρόλο που οι ενοχλήσεις και τα συμπτώματα των ατόμων αυτών. Στην οικονομική κρίση τα προβλήματα υγείας αυξάνονται. Η δυσκολία πρόσβασης στην ιατρική φροντίδα όμως, την οποία έχει επιφέρει η οικονομική κρίση με την αύξηση των άτυπων πληρωμών, τη μείωση των δομών παροχής υγείας και την ουσιαστική κατάργηση της ΠΦΥ είχαν ελαττώσει κατά πολύ την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας από τα άτομα που την έχουν ανάγκη (Kentikelenis et al., 2011).

Παρατηρήθηκε επίσης ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά την υγεία του πληθυσμού. Η αρνητική αυτή επίδραση ερμηνεύεται μέσω της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην αύξηση της ανεργίας του πληθυσμού, η οποία με τη σειρά της μειώνει το βιοτικό επίπεδο, αποθαρρύνει από τις επισκέψεις στους ιατρούς και επιδρά αρνητικά σε παράγοντες όπως η υγιεινή διατροφή και το κάπνισμα (Stuckler et al., 2009). Ακόμη, διαπιστώνεται μια διαφοροποίηση στη απόκριση του

συστήματος υγείας μεταξύ διαφόρων χωρών που αντιμετώπισαν την οικονομική κρίση με διαφορετικό τρόπο. Οι χώρες που υιοθέτησαν και εφάρμοσαν τις πολιτικές λιτότητας, αντιμετώπισαν επιπτώσεις και μεγάλη πίεση στα συστήματα υγείας τους. Μεταξύ των επιπτώσεων, οι πιο σημαντικές ήταν οι αυτοκτονίες και η επέλαση μολυσματικών ασθενειών. Στις χώρες αυτές συγκαταλέγονται η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία. Χώρες που απέρριψαν τις πολιτικές λιτότητας, όπως η περίπτωση της Ισλανδία, δεν αντιμετώπισαν αυτού του είδους τις επιπτώσεις και την αυξημένη πίεση στα συστήματα υγείας ούτε και μείωση των νοσηλευτικών παροχών, οι οποίες διατηρήθηκαν στα προηγούμενα επίπεδα (Karaniolos et al., 2013). Η επιλογή από την Ελληνική κυβέρνηση Παπανδρέου των πολιτικών λιτότητας υπήρξε καθοριστική επιλογή για την εμφάνιση τέτοιων αρνητικών για τη ζωή και την υγεία επιδράσεων. Επίσης, διαπιστώθηκε μια κατακόρυφη αύξηση των νοσηλείων σε δημόσια νοσοκομεία μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Η αύξηση αυτή, επιβάρυνε τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες συρρικνώθηκαν κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, θέτοντας σε ενδεχόμενο κίνδυνο την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού (Kaitelidou & Kouli, 2012).

#### *6.4.4 Πολιτική υγείας κυβέρνησης Παπαδήμου(2011-2012)*

Η κυβέρνηση Παπαδήμου συνεχισε την πολιτική λιτότητας στον τομέα υγείας,την οποία είχε ξεκινήσει η προηγούμενη κυβέρνηση. Ορισμένα από τα μέτρα που πήρε για την εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας ήταν η πλήρης ανάπτυξη του συστήματος Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (KEN ή DRG). Τα συστήματα πληρωμών με βάση τη διάγνωση (DRG) αποτελούσαν μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στον νοσοκομειακό τομέα Πανευρωπαϊκά, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Τα DRG είναι μια σύνθεση ταξινομήσεων με βάση τα ιατρικά οικονομικά κριτήρια και έχουν καταστεί σταδιακά βασικά μέσα χρηματοδότησης των νοσοκομείων στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η Ελλάδα ήταν μία εκ των τελευταίων ευρωπαϊκών χωρών που ξεκίνησαν αυτήν την προσπάθεια. Η κυβέρνηση Παπαδήμου πραγματοποίησε την εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (KEN ή DRG), αν και η εισαγωγή τους είχε πραγματοποιηθεί νομοθετικά από την προηγούμενη κυβέρνηση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012). Με την ανάπτυξη της αμοιβής των νοσοκομείων μέσω KEN, η κυβέρνηση επιχείρησε να εκσυγχρονίσει το σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων με βάση το παραγόμενο έργο και να περιορίσει το κόστος. Κατά το τελευταίο δίμηνο του 2011, ομάδες εργασίας ολοκλήρωσαν τις απαιτούμενες διαδικασίες παραμετροποίησης και προσαρμογής για το σύστημα KEN. Τέτοιες διαδικασίες ήταν η παραγωγή ονομασιών για τα KEN, οι τιμές των KEN

και ο καθορισμός της διάρκειας διαμονής των ασθενών. Όμως, η σημασία αυτής της μεταρρύθμισης στην αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας είχε τεθεί υπό συζήτηση υπό το πρίσμα της κρίσης που αντιμετώπιζε η Ελληνική οικονομία. Αν και τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια αντιμετώπισαν έναν αριθμό προβλημάτων, ωστόσο συνέβαλαν στην αποδοτικότερη και ορθολογικότερη κατανομή των πόρων (Polyzos et al., 2013).

Η κυβέρνηση αυτή ασχολήθηκε με την συνέχιση και την υλοποίηση πολιτικής της προηγούμενης κυβέρνησης για την ολοκλήρωση της συγχώνευσης των ασφαλιστικών ταμείων σε έναν κεντρικό οργανισμό για την ασφάλιση των ασφαλιζομένων ατόμων. Ο οργανισμός αυτός ήταν ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), η ίδρυση του οποίου είχε ψηφιστεί από την προηγούμενη κυβέρνηση, αλλά δεν είχαν ολοκληρωθεί οι ενέργειες για τη λειτουργία του. Ο ΕΟΠΥΥ συμπεριέλαβε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και ανέλαβε την υποχρέωση σταδιακά να πραγματοποιεί εκκαθαρίσεις νοσηλίων προς τα νοσοκομεία με βάση τις υποβολές νοσηλίων που πραγματοποιούσαν τα νοσοκομεία. Ο ΕΟΠΥΥ ενεργούσε πλέον ως ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους ασφαλισμένους (Economou et al., 2017).

Η κυβέρνηση Παπαδήμου επέκτεινε την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ενώ ορισμένοι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούσαν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση από το 2010, οι περισσότεροι την χρησιμοποίησαν από το Μάρτιο του 2012 και μετά (Krania et al., 2013). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έγινε υποχρεωτική συμπεριλαμβανόμενων τουλάχιστον το 90% των ιατρικών δραστηριοτήτων που καλύπτονται από τα ταμεία ασφάλισης υγείας (φάρμακα, παραπομπές, διαγνωστικά, χειρουργικές εξετάσεις). Η υποχρεωτική χρήση της πραγματοποιήθηκε με νομοθετική ρύθμιση το Μάρτιο 2012, οπότε και επεβλήθηκε η συναγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και όχι τη μάρκα. Με βάση ένα συμπληρωματικό μέτρο που προβλεπόταν από το δεύτερο μνημόνιο, η μέγιστη τιμή των γενοσήμων φαρμάκων δεν μπορούσε να υπερβεί το 40% της τιμής του αντίστοιχου πρωτοτύπου, διάταξη η οποία μπορούσε πλέον να ελεγχθεί άμεσα με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. (Kaitelidou & Kouli, 2012). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση παρείχε τη δυνατότητα συνταγογράφησης ορισμένου μόνου αριθμού συνταγών ανά Ιατρό και ανά κατηγορία. Με αυτή τη δυνατότητα και με την ταυτόχρονη εφαρμογή συστήματος ελέγχου, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση παρείχε στο Υπουργείο Υγείας τη δυνατότητα αποτελεσματικού ελέγχου επί των συνταγών, ώστε αυτές να μην προκαλούν υπερβολική επιβάρυνση για τα ασφαλιστικά ταμεία (Economou et al., 2017). Ωστόσο, περίπου οι μισοί επαγγελματίες υγείας

πίστευαν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν διευκόλυνε το έργο τους, παρόλο που αναγνώριζαν τα οφέλη της για το σύστημα υγείας (Krania et al., 2013).

Η κυβέρνηση Παπαδήμου επίσης εισήγαγε ορισμένα μέτρα εφαρμογής λογιστικών συστημάτων και παρακολούθησης νοσοκομείων με σκοπό τον εκσυγχρονισμό του συστήματος και την συγκράτηση του κόστους. Η κατάσταση την οποία βρήκε η κυβέρνηση στην έναρξη της θητείας της αφορούσε το γεγονός ότι τα λογιστικά συστήματα και τα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων είχαν εναρμονιστεί σε μεγάλο βαθμό με την κωδικοποίηση ιατρικών προμηθειών και φαρμακευτικών προϊόντων με το Παγκόσμιο σύστημα ονοματολογίας GMDN και τον κώδικα ονοματολογίας του ΕΟΦ, αλλά υπήρχαν ακόμα υστερήσεις από νοσοκομεία, οι οποίες δυσκόλευαν την εφαρμογή ενιαίων λογιστικών κανόνων και προτύπων (Kastanioti, et al., 2013). Επίσης, σαν αποτέλεσμα της εισαγωγής των λογιστικών συστημάτων και της λογιστικής εποπτείας των Logistics προμηθειών στα δημόσια νοσοκομεία, είχε ήδη επιτευχθεί μείωση των δαπανών ήδη κατά 20% (Dervenis, Kastanioti & Polyzos, 2012). Προκειμένου να εκσυγχρονιστούν οι λογιστικές διαδικασίες, από την κυβέρνηση αποφασίστηκε κατά την έναρξη του 2012 η εισαγωγή ενός διπλογραφικού λογιστικού συστήματος σε όλα τα νοσοκομεία, το οποίο τελικά υλοποιήθηκε με αργούς ρυθμούς (Econoμου, 2017). Αυτό το διπλογραφικό σύστημα λογιστικής εισήχθη τον Ιανουάριο 2012 και αποτέλεσε μια σημαντική βελτίωση για τη σύγκριση τιμών μεγεθών τα οποία εισάγονταν από διαφορετικές εισόδους εντός του συστήματος και έπρεπε να συμφωνούν μεταξύ τους για να οριστικοποιηθούν τα λογιστικά αποτελέσματα (Liaropoulos et al., 2012). Τοποθετήθηκαν λογιστικές εταιρείες στα νοσοκομεία για την επίβλεψη των διαδικασιών λογιστικής διπλής εισόδου, την επίβλεψη των δαπανών και των πληρωμών των υποχρεώσεων (Surmachevska, 2012).

Στον τομέα της συγχώνευσης των νοσοκομείων, η κατάσταση ήταν ότι με εξαίρεση ελάχιστες περιπτώσεις συγχώνευσης μικρών μονάδων στα κύρια νοσοκομεία στα οποία ανήκαν, οι νοσοκομειακές συγχωνεύσεις δεν είχαν εφαρμοστεί στην Ελλάδα λόγω εκτεταμένης κοινωνικής και πολιτικής πίεσης των ομάδων συμφερόντων (Flokou, Aletras & Niakas, 2017). Η κυβέρνηση αυτή συνέχισε να εργάζεται στην κατεύθυνση που είχε προγραμματιστεί από την προηγούμενη κυβέρνηση, όσον αφορά τις συγχωνεύσεις των μονάδων υγείας. Οι κρατικές περικοπές ανάγκασαν τα νοσοκομεία να συγχωνευτούν περεταιίρω (Anagnostopoulou et al., 2014). Το Μάιο 2012 πραγματοποιήθηκε συγχώνευση τεσσάρων νοσοκομείων στην Αθήνα και πέντε νοσοκομείων στη Θεσσαλονίκη. Τα νοσοκομεία τα οποία αφορούσε η συγχώνευση αυτή ήταν τα εξής : το 1ο Νοσοκομείο του ΙΚΑ εντάχθηκε στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, το Ογκολογικό νοσοκομείο του ΙΚΑ εντάχθηκε στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», το Νοσοκομείο του ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

εντάχθηκε στο νοσοκομείο «Άγιος Παύλος», το 3<sup>ο</sup> νοσοκομείο του ΙΚΑ εντάχθηκε στην Πολυκλινική Αθηνών και το 7ο Θεραπευτήριο του ΙΚΑ στο νοσοκομείο «Αγία Όλγα».

Η κυβέρνηση Παπαδήμου συνέχισε την πολιτική εισαγωγής γενοσήμου φαρμάκου, γενικεύοντας την περικοπή εξόδων στο χώρο του φαρμάκου. Πέραν της περικοπής εξόδων φαρμάκου, εισήχθησαν ρήτρες περί μείωσης των τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων αυτόματα με την ημερομηνία λήξης της πατέντας τους. Επίσης, θεσπίστηκε η υποχρέωση των Ιατρών να συνταγογραφούν φάρμακα με βάση την ονομασία της δραστικής ουσίας αυτών και όχι της εμπορικής ονομασίας αυτών, με σκοπό να μειωθεί το κόστος των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων (Αντωνοπούλου, 2014). Επίσης, η κυβέρνηση αναπροσαρμοζε τις τιμές φαρμάκων ανά τρίμηνο, σε μια προσπάθεια περιορισμού του κόστους. Η αναπροσαρμοζόμενη τιμή του φαρμάκου προέκυπτε από τη μέση τιμή του φαρμάκου στην αγορά φαρμάκου. Το ποσοστό κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών αναπροσαρμόστηκε σε τιμή 15%. Άλλη πολιτική μείωσης του κόστους φαρμάκου πραγματοποιήθηκε μέσω της εφαρμογής του clawback, ενός συστήματος περιορισμού των κερδών σε περίπτωση μη αναμενόμενης εμπορικής πορείας και του rebate, ένα συστήματος έκπτωσης που εφαρμόζεται σε μια υπερβολικά καλή πορεία πωλήσεων ενός προϊόντος. Το clawback ήταν ένας μηχανισμός αυτόματων τριμηνιαίων εκπτώσεων για τις πληρωμές από τη φαρμακευτική βιομηχανία έχουν εφαρμοστεί εάν οι φαρμακευτικές δαπάνες υπερέβαιναν κάποια προκαθορισμένα ανώτατα όρια. Εάν ο στόχος της μη υπέρβασης δεν επιτυγχανόταν κατά το τέλος του έτους, τότε αυτομάτως θα ενεργοποιούνταν το clawback για να επιστραφεί ένα μέρος των χρημάτων στα νοσοκομεία που θα είχαν πραγματοποιήσει την υπέρβαση (Economou et al., 2015). Επίσης, καθιερώθηκε το rebate (επιστροφή) ενός ορισμένου ποσοστού της τιμής του φαρμάκου. Το rebate χρησιμοποιήθηκε για να εξασφαλιστεί ότι τα όρια του προϋπολογισμού δεν θα υπερβαίνονταν εξαιτίας μιας υπερβολικής φαρμακευτικής δαπάνης. Ορίστηκε ένα ανώτατο όριο προϋπολογισμού για τις φαρμακευτικές δαπάνες για το 2012. Το όριο αυτό ήταν θεσμοθετημένο με έναν τρόπο ο οποίος δεν επέτρεπε την υπέρβαση του, προκειμένου να αποφευχθούν οι υπερβάσεις δαπανών προϋπολογισμού φαρμάκου. (Economou et al, 2015). Στην πράξη τα συστήματα αυτά χρησιμοποιήθηκαν από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας προκειμένου να επιβάλλουν αναγκαστικές εκπτώσεις στους προμηθευτές των φαρμάκων (Vandoros & Stargardt, 2013). Οι αλλαγές στα επίπεδα κατανομής κόστους, οι μειώσεις των τιμών και η γενική υποκατάσταση είναι μερικά από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν μετά το δεύτερο τρίμηνο του 2012. Τα μέτρα για τη μείωση των τιμών ήταν οι αλλαγές στα επίπεδα συμμετοχής, η επανεκτίμηση τιμών, η χρήση γενόσημων φαρμάκων και η εφαρμογή θετικού καταλόγου με μέση τιμή ταξινομούμενη από το Ανατομικό θεραπευτικό

χημικό σύστημα ταξινόμησης. Κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπαδήμου συνέβησαν οι εξής αλλαγές στις διαδικασίες τιμολόγησης φαρμάκου : Κατά το Φεβρουάριο 2012 επανεκτίμηση των επιπέδων κατανομής κόστους με αύξηση σε ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων, ενώ κατά τον Μάρτιο 2012 ο καθορισμός της έναρξης λειτουργίας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η μερική εφαρμογή της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία (η οποία γενικεύτηκε εντός τριών μηνών) και η επανεκτίμηση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων (Siskou et al., 2014).

Οι διατάξεις που ψηφισε και εφάρμοσε η κυβέρνηση Παπαδήμου για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της διακυβερνήσεως της Ελλάδας από αυτήν, φαίνονται στον πίνακα 6.13.

**Πίνακας 6.13**

**Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας στην έναρξη της οικονομικής κρίσης – κυβέρνηση Παπαδήμου.**

Ονομασία διάταξης	Έτος Εφαρμογής	Περιγραφή
Απόφαση Υ4α/οικ. 131443/11	2012	Τροποποίηση απόφασης για τη διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους
Αριθ. Πρωτ.: Υ3β/Γ.Π./οικ.141282/11	2012	Κατάργηση περιορισμών στην άσκηση ιατρικών και συναφών επαγγελματιών, μονάδων χρόνιας αιμοκάθαρσης, μονάδες ΠΦΥ, εργαστήρια αισθητικής, μονάδες αδυνατίσματος, οδοντοτεχνικά εργαστήρια, οπτικά είδη, εργαστήρια φυσικοθεραπείας.
Αριθμ. Υ4α/οικ.138286/12	2012	Κοστολόγηση Ιατρικών Πράξεων (με μείωση τιμών).
Αριθμ. ΓΥ5α/12	2012	Προσωρινή αναστολή Εφαρμογής κοινών υπουργικών αποφάσεων για τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια και το ημερήσιο νοσήλαιο.
Αριθμ. ΔΥΤ3(α)/οικ. ΓΥ/148/12	2012	Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και στους άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης.
Αριθμ. ΔΥΤ3(α)/οικ. ΓΥ/149/12	2012	Εφαρμογή συνταγογράφησης με Δραστική Ουσία
Αριθμ. ΓΥ 24 <sup>α</sup> /2012	2012	Ταινία γνησιότητας των φαρμάκων.
Αριθμ. ΔΥΤ3(α)/οικ.ΓΥ/151	2012	Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων
Αριθμ. ΔΥΤ3α/οικ.Γ.Υ.154/12	2012	Φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων
Αριθμ. Φ.42000/οικ.2555/353/12	2012	Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου.
Αριθμ. Υ4α/οικ.Γ.Υ.155/12	2012	Καθολική και Υποχρεωτική Εφαρμογή των Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων Συνταγογράφησης.
Απόφ. Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869/12	2012	Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
ΥΑ ΔΥΤ3(α) /οικ. ΓΥ/149/12	2012	Εφαρμογή συνταγογράφησης με Δραστική Ουσία
Υ4α/3822011	2011	Εφαρμογή συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία. Θεραπευτικά πρωτόκολλα. Έναρξη ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Φάρμακα υψηλού κόστους σε χαμηλή τιμή
Απόφ. αριθ. Φ.90380/5383/738 /11	2011	Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Φ.90380/25916/3294/3.11.2011 (Β' 2456) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
Απόφ. Υ3β/Γ.Π./οικ.24948		Καθορισμός δικαιολογητικών, διαδικασίας, όρων και προϋποθέσεων για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας των ιατρείων, πολυιατρείων, οδοντιατρείων και πολυοδοντιατρείων.
Εγκύκλιος Υ4α/οικ. 45610	2012	Διευκρινίσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας σε Αλλοδαπούς και Ανασφάλιστους.
N. 4052/12	2012	Εφαρμοστικός Νόμος Μνημονίου στην Υγεία Περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διατάξεις περί νοσοκομείων και ενιαίων ΝΠΔΔ. Θέματα ΕΣΠΑ. Αναδιοργάνωση Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία.

Η πολιτική της κυβέρνησης Παπαδήμου επιχείρησε να συνεχίσει την πολιτική υγείας της κυβέρνησης Παπανδρέου και να ολοκληρώσει τη μεταρρύθμιση που είχε επιχειρηθεί με τη λήψη και την εφαρμογή μιας σειράς μέτρων. Ωστόσο, στο τέλος της διακυβέρνησης Παπαδήμου, μια σειρά από δυσμενείς διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας πραγματοποιήθηκαν. Η πρόσβαση του κοινού στο σύστημα υγείας έβαινε μειούμενη και αυτό το γεγονός θα μπορούσε να αυξήσει το βάρος των οικογενειακών προϋπολογισμών. Η παροχή υπηρεσιών υγείας υφίστατο τον κίνδυνο υποβάθμισης και το ιδιωτικό κεφάλαιο υγείας αυξανόταν υπέρογκα χωρίς επαρκή παρακολούθηση. Τα υψηλά επίπεδα ανεργίας μπορούσαν να μειώσουν τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων, οδηγώντας σε μεγαλύτερα ελλείμματα και μείωση της χρηματοδότησης του τομέα υγείας (Kaitelidou & Kouli, 2012).

#### *6.4.5 Πολιτική Υγείας Κυβέρνησης Σαμαρά (2012-2014)*

Η Κυβέρνηση Σαμαρά σχεδίασε και υλοποίησε μια νέα πολιτική υγείας την οποία χαρακτήρισε ως ολοκληρωμένη Εθνική πολιτική. Η κυβέρνηση σκόπευε με την εφαρμογή αυτής της πολιτικής, η οποία είχε ως επιμέρους πολιτικές τη μείωση του κόστους, τον εκσυγχρονισμό του συστήματος και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών να συμβάλει στο να καταστεί η Υγεία ένα καθολικό δικαίωμα για τους πολίτες. Το Υπουργείο Υγείας προώθησε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την θεσμοθέτηση της ελεύθερης επιλογής Ιατρού για τους ασθενείς. Στα πλαίσια εφαρμογής της νέας Εθνικής πολιτικής, προωθήθηκε η σύνταξη υγειονομικού χάρτου της χώρας, η προώθηση του ρόλου της ΠΦΥ ως επιλογή για την περεταίρω παραπομπή των ασθενών, η κατασκευή ηλεκτρονικών φακέλων και στο χώρο του φαρμάκου, η γενίκευση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων (Δίκαιος & Μίχας, 2014).

Η κυβέρνηση Σαμαρά υλοποίησε τις πολιτικές υγείας στην κατεύθυνση της επίτευξης της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας και την αύξηση της αποδοτικότητας του. Η συγκράτηση του κόστους ήταν ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της πολιτικής υγείας της κυβέρνησης αυτής. Οι κυριότερες πολιτικές υγείας τις οποίες σχεδίασε και εφάρμοσε η κυβέρνηση Σαμαρά ήταν οι εξής (Economou et al., 2015) :

- Θεσμοθετήθηκαν περιορισμοί όσον αφορά τα συστήματα πρόσβασης και ιδιωτικοποίησης που αφορούσαν την εισαγωγή αμοιβών για υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών των δημόσιων νοσοκομείων,



- Δρομολογήθηκε το κλείσιμο και τη συγχώνευση κλινών από δημόσιους νοσοκομειακούς φορείς και τη σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για υπηρεσίες που παρασχέθηκαν από δημόσια νοσοκομεία.
- Η ολοκλήρωση της δημιουργίας του νέου δημόσιου ταμείου ασθενείας, το οποίο συγχώνευσε τα 4 μεγαλύτερα ταμεία ασθενείας στη χώρα, οδήγησε σε ουσιαστικές μειώσεις των παροχών υγείας για την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και σε αυξημένες αποζημιώσεις για φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις.
- Περιορίστηκαν οι περιορισμοί στα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπως οι νομοθετικοί έλεγχοι σχετικά με την επέκταση της υποδομής αυτών των νοσοκομείων. Όλοι οι περιορισμοί σχετικά με την ίδρυση εργαστηρίων, ιατρικών κέντρων και μονάδων αιμοκάθαρσης από τους επιχειρηματίες.
- Οι τιμές των ασφαλιστικών ταμείων των κοινωνικών ασφαλιστικών φορέων για ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες αυξήθηκαν σημαντικά, με βάση ένα νεοεισαχθέν πρόγραμμα διαγνωστικών συναφών ομάδων.

Από τις πολιτικές χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων, εφαρμόστηκαν οι πολιτικές περιστολής των δαπανών, οι οποίες συνεχίστηκαν με την ολοκλήρωση και εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων ή KEN (2013). Αυτό το νέο σύστημα, επεδίωκε να λάβει υπόψη τις αστοχίες του προηγούμενου συστήματος όσον αφορά το γεγονός ότι το προηγούμενο σύστημα είχε εφαρμοστεί βιαστικά. Αποτέλεσμα αυτής της γρήγορης εφαρμογής ήταν ότι το παλαιό σύστημα KEN δεν κάλυπτε τις νοσηλείες σε όλη τους την έκταση και ακόμη, δεν κάλυπτε ένα ποσό για τους νοσηλευόμενους ασθενείς οι οποίοι παρέμεναν δικαιολογημένα παραπάνω ημέρες από αυτές που προβλεπόταν από τα KEN ήταν εκτός των προβλεπόμενων υπολογιζόμενων ορίων. Το επιπλέον αυτό ποσό έπρεπε να αποζημιωθεί από τα ασφαλιστικά ταμεία η από τους ίδιους τους ασθενείς. Για το λόγο αυτό, το νέο σύστημα KEN διόρθωσε τις ατέλειες αυτές και επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί στη συνέχεια για τον καθορισμό των προϋπολογισμών των νοσοκομείων (Economidou et al., 2015). Το σύστημα KEN εφαρμόστηκε ως μια παραλλαγή του Αυστραλιανού αντίστοιχου συστήματος, και αντικατέστησε το σύστημα ημερησίων νοσηλίων το οποίο ήταν εντελώς παρωχημένο. Με μια σειρά Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων και με την ψήφιση του Ν. 4118/2013 ενισχύθηκε η εφαρμογή των KEN ενώ παράλληλα έγινε προσπάθεια εφαρμογής τους σε μεγάλη έκταση στον Ελληνικό τομέα υγείας (Economidou et al, 2017). Η κυβέρνηση μέσω του Υπουργού Υγείας Γεωργιάδη υπέγραψε συμφωνία με τον ΠΟΥ ώστε να υποστηριχθεί συμβουλευτικά το σύστημα υγείας για τη διαδικασία εφαρμογής των νοσηλίων αυτών. Επιχειρήθηκε να κατασκευαστούν

αλγόριθμοι που θα κατηγοριοποιούσαν το κόστος νοσηλείας και θα αντιστοιχούσαν σε πραγματικές συνθήκες νοσηλείας (Polyzos et al., 2013, Νιάκας, 2013).

Η κυβέρνηση Σαμαρά επιχείρησε εκ νέου να εφαρμόσει πολιτική για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας με έμφαση στην αναδιάρθρωση του δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Με το Ν. 4238/2014 (Ελληνική Δημοκρατία, 2014) ιδρύθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο απετέλεσε μέρος του ΕΣΥ και εντάχθηκε στις Διοικήσεις των ΥΠΕ. Με τον τρόπο αυτό, τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, τα Κέντρα Υγείας των αγροτικών περιοχών με τα υπαγόμενα σε αυτά αγροτικά ιατρεία σταμάτησαν να υπάγονται ιεραρχικά στα νοσοκομεία των νομών, όπως γινόταν προηγουμένως και ξεκίνησαν να υπάγονται στις ΥΠΕ. Το γεγονός αυτό δημιούργησε γραφειοκρατικά προβλήματα στη συνεργασία ΚΥ με τα νοσοκομεία. Έτσι, ξεκίνησε μια νέα λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ως πάροχος υπηρεσιών υγείας και όχι μόνο ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Ο σκοπός της πολιτικής αυτής ήταν να παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας μέσω από ένα ομογενοποιημένο δίκτυο σε όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως. Η θέσπιση του νέου συστήματος ΠΦΥ απέβλεπε στη συνεχή λειτουργία και στην ύπαρξη ενός συστήματος παραπομπής από τους πρωτοβάθμιους ιατρούς στα νοσοκομεία (Economou et al., 2013). Με τη μεταρρύθμιση αυτή, ο ΕΟΠΥΥ ολοκλήρωσε τη μετατροπή του σε μονοπώλιο, ως μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας και επιπλέον, απαλλάχτηκε από το ρόλο της διοίκησης της ΠΦΥ, η οποία πέρασε στις κατά τόπους ΥΠΕ. Στη μεταρρύθμιση εντάχθηκαν και άλλα μέτρα, όπως η δυνατότητα των Γενικών Ιατρών των Υγείας της ΠΦΥ, των περιφερειακών ιατρείων και των ΥΠΕ να αναλαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού ή ατομικού ιατρού για έναν πληθυσμό έως 1000 άτομα επ' αμοιβή, πέραν του μισθού τους. (Polyzos et al., 2014). Παράλληλα, θεσμοθετήθηκε ο Οικογενειακός Γιατρός στην ΠΦΥ για όλους τους πολίτες, καθώς και η ύπαρξη ιατρικού φακέλου ασθενούς, η οποία εντάχθηκε στα εξελισσόμενα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων. Η αναδιάρθρωση ΠΦΥ πέραν της τυπικής υπαγωγής στην ΥΠΕ, υλοποιήθηκε με πολύ αργά βήματα και χωρίς άμεσα αποτελέσματα κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά.

Μια πολιτική υγείας που ακολουθήθηκε από την κυβέρνηση Σαμαρά, ήταν αυτή της θεραπευτικής προσέγγισης αστοχιών και προβλημάτων που είχε δημιουργήσει η πολιτική λιτότητας της προηγούμενης κυβέρνησης Παπανδρέου. Δεδομένου ότι η απότομη άνοδος της ανεργίας οδήγησε μεγάλο αριθμό ατόμων (περίπου 2,5 εκατομμύρια) να χάσουν την κάλυψη υγείας τους, εφαρμόστηκε πολιτική προκειμένου να καταπολεμηθεί το συγκεκριμένο πρόβλημα. Το Σεπτέμβριο 2013 ελήφθησαν μέτρα προκειμένου να καλυφθούν άτομα που είχαν χάσει την κάλυψη τους, επιτρέποντας τους να αποκτήσουν πρόσβαση μόνο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και μόνο για

περίοδο τεσσάρων μηνών. (Economidou et al., 2017). Επίσης, με Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις, κατά το έτος 2014, επιχειρήθηκε να δοθεί η δυνατότητα σε άτομα που δεν είχαν κανένα ασφαλιστικό ταμείο και δεν είχαν πρόσβαση λόγω απορίας, να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης (Economidou, 2015). Μετά τη διαπίστωση της επέλασης μολυσματικών ασθενειών, η οποία έλαβε χώρα λόγω των περικοπών λιτότητας (όπως η αύξηση των μολύνσεων HIV λόγω των περικοπών συρίγγων), η κυβέρνηση αποφάσισε δια του Υπουργού Υγείας Α. Γεωργιάδη την υλοποίηση ενός προγράμματος υποχρεωτικού ελέγχου νοσημάτων σε αλλοδαπούς και περιθωριακές ομάδες. Η πολιτική αυτή κατηγορήθηκε για ανηθικότητα και ως έχουσα ένα αρνητικό κοινωνικό προσανατολισμό, αλλά και ως αντιπαραγωγική, δεδομένου ότι αποθάρρυνε τα μέλη των περιθωριακών ομάδων από την εθελοντική πραγματοποίηση ιατρικού ελέγχου.

Λίγο αργότερα, με την ψήφιση του Ν. 4316/2014 (Ελληνική Δημοκρατία, 2014b), η κυβέρνηση θεσμοθέτησε το Εθνικό Παρατηρητήριο Άνοιας, την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και της περιγεννητικής φροντίδας, σε μια προσπάθεια να εφαρμοσθεί μια πολιτική η οποία θα ευθυγράμμιζε το Ελληνικό σύστημα υγείας με τις προσαρμογές στις σύγχρονες διεθνείς εξελίξεις διάγνωσης και θεραπείας. Η ίδρυσή του παρατηρητηρίου άνοιας ανταποκρίνεται σε μία μείζονα επιλογή της κυβέρνησης να χαρακτηί μια μακροχρόνια εθνική στρατηγική αντιμετώπισης της άνοιας, κατά τα διεθνή πρότυπα, βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα και προβλέψεις, ειδικά για την περίπτωση της Ελλάδας. Η θεσμοθέτηση των περιγεννητικών κέντρων και των μονάδων απλής, ενδιάμεσης και αυξημένης φροντίδας νεογνών, εισήγαγε την υποχρεωτική παρακολούθηση των εγκυμοσυνών υψηλού κινδύνου και την υποχρεωτική διενέργεια των τοκετών υψηλού κινδύνου στα περιγεννητικά κέντρα, την ανάπτυξη δημοσίων περιγεννητικών κέντρων σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες και τη διασύνδεσή τους με όλες τις μονάδες υγείας της Υγειονομικής Περιφέρειας. Επίσης, την κατάρτιση πενταετούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης, τη διαμόρφωση μηχανισμού παρακολούθησης της περιγεννητικής φροντίδας και τη σύσταση στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας διαρκούς Επιτροπής για την περιγεννητική φροντίδα. Στον ίδιο νόμο ρυθμίστηκαν θέματα κυρώσεων για περιπτώσεις υπερσυνταγογράφησης, η λειτουργία ηλεκτρονικών φαρμακείων προκειμένου να εκπληρωθούν οι υποχρεώσεις της Χώρας για αυστηρούς κανόνες φαρμακοεπαγρύπνησης και η ανάγκη ιχνηλασιμότητας των φαρμάκων, οι διατάξεις πρόσληψης νοσοκομειακών φαρμακοποιών και θέματα υπηρεσίας αγροτικών ιατρών (Βουλή των Ελλήνων, 2014).

Η διαδικασία προμηθειών των νοσοκομείων μεταβλήθηκε κατά το έτος 2014 και ταυτόχρονα ξεκίνησαν να εκπονούνται σύγχρονοι ισολογισμοί. Εδόθη ιδιαίτερη έμφαση στην ύπαρξη ολοκληρωμένων ισολογισμών με την ανάθεση σε εταιρείες λογιστών και ορκωτών ελεγκτών λογιστών και η ορθολογική κατανομή των πόρων ετέθη σε προτεραιότητα για τις διοικήσεις των νοσοκομείων (Goranitis, Siskou & Liaropoulos, 2014). Οι κεντρικές διαδικασίες υποβολής προσφορών για την προμήθεια νοσοκομειακών φαρμακευτικών προϊόντων ήταν ένα σημαντικό μέτρο για το ΕΣΥ (Kentikelenis et al., 2014). Η προμήθεια των νοσοκομειακών υλικών σχεδιάστηκε να πραγματοποιηθεί σε περιφερειακό επίπεδο, μέσω της ανάπτυξης περιφερειακών προγραμμάτων για αγαθά και υπηρεσίες. Τα προγράμματα αυτά επρόκειτο να εγκριθούν για να υλοποιηθούν από την ΕΠΥ, η οποία ήταν η υπεύθυνη αναθέτουσα αρχή για την ανάθεση τους και ο μηχανισμός διαγωνισμού για κάθε τύπο προμήθειας. Η κυβέρνηση Σαμαρά επίσης υλοποίησε το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα το οποίο είχε αρχίσει να εφαρμόζεται από την προηγούμενη κυβέρνηση και κινήθηκε στην κατεύθυνση της μηχανοργάνωσης, ολοκλήρωσης και ενοποίησης συστημάτων τεχνολογίας πληροφοριών και συγκέντρωσης πληροφοριών, η οποία όμως δεν πρόλαβε να υλοποιηθεί κατά τη διάρκεια της δικής της διακυβέρνησης (Economou et al., 2015).

Η κυβέρνηση Σαμαρά εφήρμοσε πολιτική κινήτρων στο χώρο του Φαρμάκου για τις Φαρμακοβιομηχανίες, προκειμένου να προχωρήσουν στην κατασκευή γενοσήμων φαρμάκων. Εφαρμόστηκαν πολιτικές που θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν τη συνταγογράφηση και την κατανάλωση γενοσήμων φαρμάκων, όπως η συνταγογράφηση διεθνών μη ιδιοκτησιακών ονομάτων και η γενική αντικατάσταση πρωτοτύπων με γενόσημα, οι οποίες δεν είχαν προχωρήσει έως το 2012 με τρόπο που να εγγυάται την αποτελεσματικότητα της προώθησης των φαρμάκων αυτών (Goranitis, Siskou & Liaropoulos, 2014). Με τον τρόπο αυτό, εδόθη η δυνατότητα να πραγματοποιηθεί η προώθηση γενοσήμων φαρμάκων στο σύστημα υγείας και ενδεχομένως σε πολύ χαμηλότερες τιμές από τα πρωτότυπα. Επίσης, εξασφαλίστηκε η διάθεση όλων των γενοσήμων φαρμάκων σε τιμή το ανώτερο έως 60% της τιμής των αντίστοιχων πρωτοτύπων (Economou et al., 2015). Επίσης αντιμετωπίστηκε το ζήτημα της πληρωμής της διαφοράς τιμής από τους ασφαλισμένους μεταξύ των γενοσήμων και των συνταγογραφούμενων πρωτοτύπων. Αυτό αποτελούσε μια τροποποίηση της προηγούμενης κυβέρνησης που έδινε την δυνατότητα στους ιατρούς να συνταγογραφούν με βάση την εμπορική ονομασία και ο ασφαλισμένος ήταν υποχρεωμένος να λάβει το συγκεκριμένο φάρμακο πληρώνοντας τη διαφορά της τιμής από το αντίστοιχο γενόσημο (Vandoros & Stargardt, 2013).

Η κυβέρνηση επιχείρησε τη μείωση των τιμών των φαρμάκων προκειμένου να επιτευχθεί περεταίρω μείωση της δαπάνης φαρμάκου. Η μείωση των τιμών φαρμάκων πραγματοποιήθηκε μέσω της εφαρμογής των ανώτατων τιμών για εγκεκριμένα φάρμακα, την υποβολή προσφορών για αγορά φαρμακευτικών προϊόντων με βάση τη δραστική ουσία και την ανάπτυξη μιας εκτεταμένης νοσοκομειακής λίστας νοσοκομειακών φαρμακευτικών ουσιών για τις οποίες η ΕΠΥ εξέδωσε ενοποιημένους διαγωνισμούς για τις συμβάσεις προμηθειών (Economou et al., 2015). Επίσης, η κυβέρνηση προώθησε στον τομέα φαρμάκου μια αντισταθμιστική πολιτική για την αποκατάσταση του ομαλού εφοδιασμού νοσοκομείων και ιδιωτών ασθενών με τα χορηγούμενα φάρμακα, προκειμένου να ελαχιστοποιήσει τις συνέπειες από τη μείωση των φαρμάκων που κυκλοφορούσαν στην αγορά φαρμάκου. Η μείωση αυτή ακολούθησε τη μείωση της διάθεσης των φαρμάκων από τις φαρμακοβιομηχανίες συνεπεία των μειώσεων τιμών (Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας, 2012).

Στον θέμα της συνταγογράφησης, διαπιστώθηκε ότι μια αλληλεπίδραση μεταξύ των ιδωτικών μονάδων υγείας και των ιατρών είχε οδηγήσει το Ελληνικό σύστημα υγείας να κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην ύπαρξη μηχανημάτων μαγνητικής και αξονικής τομογραφίας. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού, αποφασίστηκε η επιβολή μηνιαίων ανώτατων ορίων για τη συνταγογράφηση διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων για τους ιατρούς που συνάπτοντο με τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης, αποφασίστηκε να ληφθούν μέτρα περιστολής δαπανών, μετά τη διαπίστωση ότι ιατροί συνταγογραφούσαν υπερβολικά για εξετάσεις που χρησιμοποιούσαν ακριβή απεικονιστική τεχνολογία (Economou et al., 2017). Ένα ακόμα από τα μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση Σαμαρά προκειμένου να επιτύχει την μείωση του κόστους και τη συνεπακόλουθη αύξηση της αποδοτικότητας από τον Ιούλιο του 2012, ήταν η υποχρεωτική χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλες τις ιατρικές δραστηριότητες (φάρμακα, παραπομπές, διαγνωστικά, χειρουργική επέμβαση) σε όλες τις εγκαταστάσεις του ΕΣΥ (Economou et al., 2015).

Στον πίνακα 6.14 φαίνονται οι διατάξεις που ψηφίστηκαν και εφαρμόστηκαν για το σύστημα υγείας από την κυβέρνηση Σαμαρά.

### Πίνακας 6.14

#### Διατάξεις για τη λειτουργία των Υπηρεσιών Υγείας στην οικονομική κρίση – κυβέρνηση Σαμαρά

Ονομασία διάταξης	Έτος Εφαρμογής	Περιγραφή
N. 4093/12	2012	Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016. Διαδικασίες συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία.
Απόφ. ΕΜΠ5/12	2012	Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας ΕΟΠΥΥ
ΔΥΓ3(α)/οικ. 104744/12 ΔΥΓ3(α)/οικ./ 19389/12	2012	Διαδικασία εφαρμογής συστήματος τιμών αναφοράς για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων
N. 4132/13	2013	Θέματα συμψηφισμού οφειλών φαρμακευτικών έναντι νοσοκομείων, αποκλειστικές νοσοκόμες, εξόφληση οφειλών ΕΟΠΥΥ, εξόφληση οφειλών νοσοκομείων, προϋπολογισμοί, επιστροφές ΕΟΠΥΥ
Υ4α/οικ.120068/13	2013	Εφαρμογή των 25 Ευρώ κατά την εισαγωγή στα νοσοκομεία
Υ4α/19063/13	2013	Περιορισμός πρόσβασης ανασφάλιστων αλλοδαπών
Αριθ. οικ. 113429 /13	2013	Διατάξεις τιμολόγησης και συνταγογράφησης φαρμάκων
N. 4208/13	2013	Αποζημιώσεις ΕΟΠΥΥ, επιτροπή διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ, οφειλές ΕΟΠΥΥ για φάρμακα.
N. 4238/14	2014	Σύσταση Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) μέσω του οποίου παρέχονται ισότιμα υπηρεσίες σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση
N. 4270/14	2014	φαρμακευτική περίθαλψη και σε ασφαλισμένους που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα και δεν δικαιούνται υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης από οποιοδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης
ΚΥΑ 56432/14	2014	Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών
Αποφ. 61771/14	2014	Διατάξεις τιμολόγησης φαρμάκων
Απόφ.62494 /14	2014	Καθορισμός ορίων συνταγογράφησης φαρμάκων
Εγκύκλιος 232/14	2014	Είσπραξη 1 Ευρώ ανά συνταγή που εκτελείται από φαρμακοποιό.

Η κυβέρνηση Σαμαρά δέχτηκε έντονη κριτική για τις πολιτικές υγείας τις οποίες εφάρμοσε κατά τη διάρκεια της θητείας της. Οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους (λιτότητα) στη υγεία της κυβέρνησης αυτής, κατηγορήθηκαν ότι δεν ήταν επαρκώς στοχοθετημένες και ότι οι περικοπές των δαπανών δεν αφορούσαν συγκεκριμένες δαπάνες οι οποίες είχε διαπιστωθεί με σαφήνεια ότι είχαν αυξηθεί κατά πολύ στην περίοδο πριν την οικονομική κρίση, αλλά ότι συλλήβδην αφορούσαν όλες

τις κατηγορίες δαπανών. Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά κατηγορήθηκαν επίσης ότι σχεδιάστηκαν με βάση ελλιπή δεδομένα τα οποία δεν είχαν συγκεντρωθεί αντιπροσωπευτικά και ότι σαν αποτέλεσμα αυτού του ελλιπούς σχεδιασμού ήταν το γεγονός της μη αποτελεσματικότητας των πολιτικών υγείας. Η κυβέρνηση επεδίωξε να επιτύχει γρήγορη δημοσιονομική προσαρμογή με έναν εύκολο τρόπο. Έτσι, η ανάγκη να πραγματοποιηθούν ουσιαστικές και αποτελεσματικές δημοσιονομικές ρυθμίσεις αγνοήθηκε και το δικαίωμα των ατόμων να έχουν ίση πρόσβαση στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση παραμελήθηκε (Goranitis, Siskou & Liaropoulos, 2014). Επίσης, η κυβέρνηση αυτή κατηγορήθηκε για διαπλοκή. Ιδίως στην περίπτωση του νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν» το οποίο προσέφερε υπηρεσίες υγείας με εξαιρετικά μεγάλες εκπτώσεις τιμών σε μέλη της πολιτικής και καλλιτεχνικής ελίτ. Με τροπολογία του Υπουργού Υγείας Βορίδη, είχε προβλεφτεί η μεταβίβαση της αδειάς του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε περίπτωση πλειστηριασμού, όπως και έγινε με εταιρεία συμφερόντων του ομίλου Πειραιώς.

#### *6.4.6 Αποτίμηση των πολιτικών υγείας στην οικονομική κρίση*

Η δημόσια υγεία επλήγη βαθύτατα από την παρούσα οικονομική κρίση, η οποία εισήχθη στην Ελλάδα από την παγκόσμια οικονομική κρίση (Economou et al., 2015) και αποτελεί την πιο βαθιά οικονομική κρίση ήδη από την εποχή της μεταπολίτευσης ως σήμερα. Η ανεξέλεγκτη αύξηση δαπανών είναι μία ακόμη από τις αιτίες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης (Kastanioti et al., 2013). Οι συνέπειες στη δημόσια υγεία επήλθαν ως αποτέλεσμα των πρωτογενών συνεπειών στην κοινωνικοοικονομική ζωή, όπως η παρουσία της εργασιακής ανασφάλειας, η αύξηση της φτώχειας, η μείωση των εισοδημάτων και η αύξηση της ανεργίας. Οι επιπτώσεις αυτές οδήγησαν σε μια σειρά από σοβαρές συνέπειες όπως η αύξηση των ψυχικών και σωματικών ασθενειών. Τα μέτρα λιτότητας τα οποία εφαρμόστηκαν σε μια σειρά από χώρες της ΕΕ, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με σκοπό να περιοριστούν τα κόστη, έπληξαν τις παροχές και τις υπηρεσίες του τομέα υγείας (Correia, Dussault & Pontes, 2015 : 1600 - 605). Όπως είναι ευρέως γνωστό, τα αυστηρά μέτρα λιτότητας επηρεάζουν σημαντικά το σύστημα υγείας στο οποίο εφαρμόζονται. Οι πολιτικές λιτότητας στο κάθε σύστημα υγείας υλοποιούνται με τη δραστική περικοπή δαπανών. Η περικοπή αυτή όμως, επιδρά άμεσα στο επίπεδο λειτουργίας και στην επάρκεια της δομής των δημοσίων μονάδων υγείας. Οι πολιτικές λιτότητας προκαλούν ελλείμματα στους προϋπολογισμούς υγείας, έλλειψη σε βασικές ιατρικές προμήθειες και φάρμακα και μείωση προσωπικού καθώς οι συνταξιοδοτήσεις, οι εθελούσιες αποχωρήσεις και οι μετατάξεις αυξάνονται (Ifanti et al., 2013). Τα

νέα οικονομικά δεδομένα και οι δυσμενείς συνθήκες που εμφανίζονται κατά τη σύγχρονη οικονομική κρίση, περιορίζουν δραματικά τις δυνατότητες επαρκούς χρηματοδότησης. Μια σειρά από επιπλέον παράγοντες όπως η ανεξέλεγκτη διείσδυση και χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και η γήρανση του πληθυσμού οδηγούν στην ανάγκη για αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές, με δεδομένες τις ανάγκες που προκαλούν οι μειωμένοι πόροι, επικεντρώνονται στον έλεγχο κόστους και στη βελτίωση της εξεύρεσης επαρκών πόρων για την υγεία (Φαρμακάς, 2016).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας παρουσίαζε σοβαρά δομικά προβλήματα κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Τα προβλήματα αυτά διακρίνονταν σε δομικά, οργανωσιακά και σε προβλήματα παροχής υπηρεσιών. Το σύστημα υγείας είχε επιπλέον να αντιμετωπίσει αυξημένα προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία οφείλονταν κατά κύριο λόγο στην αύξηση της ανεργίας. Η σχέση μεταξύ της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της οικονομικής κρίσης απεδείχθη κατά τη διάρκεια της Ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μια μεγάλη αύξηση των αυτοκτονιών και του αυτοκτονικού ιδεασμού ήλθε να επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση. Στον τομέα των επιδημιών παρατηρήθηκε επέλευση επιδημιών όπως η μόλυνση από το ιό HIV και η αύξηση προβλημάτων υγείας σχετιζόμενων με τα ναρκωτικά και άλλες ουσίες. Αυτές οι επιπτώσεις επιβάρυναν το σύστημα υγείας το οποίο ήδη είχε αρχίσει να υποχρηματοδοτείται (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Η ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση του συστήματος υγείας που υπήρχε πριν την οικονομική κρίση, ήλθε να επιβαρυνθεί ακόμη περισσότερο από την οικονομική κρίση, η οποία ανέστειλε οποιαδήποτε ουσιαστική προσπάθεια για δικαιοσύνη, εξασφάλιση παροχών ευρείας βάσεως και ολοκλήρωση του συστήματος. Το Ελληνικό σύστημα υγείας παρέμεινε ως ένα μείγμα ολοκληρωμένων, συμβασιοποιημένων και ανταποδοτικών μοντέλων που περιλάμβαναν στοιχεία τόσο του Ιδιωτικού όσο και του Δημοσίου Τομέα και διαφορετικά οργανωτικά σχήματα. Η ΠΦΥ θα μπορούσε να είναι η απάντηση σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον στο οποίο εμφανίζεται η πολιτική και κοινωνικοοικονομική κρίση, ωστόσο στις συνθήκες της Ελληνικής οικονομικής κρίσης οι πολιτικές των κυβερνήσεων ακολουθούν διχαστικά διλήμματα τα οποία δεν οριοθετούν ένα συγκεκριμένο δρόμο για την ανάπτυξη της ΠΦΥ ως αντίδοτο στην κρίση υγείας (Kousoulis, Angeloroulou & Lionis, C., 2013). Η πρόσβαση στις υπηρεσίες γινόταν με βάση την ιθαγένεια και την επαγγελματική κατάσταση. Το σύστημα χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό, τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές πληρωμές. Σε αντίθεση με τον αρχικό του σχεδιασμό, το Σύστημα Υγείας είχε εξελιχθεί σε κατακερματισμένο (Goranitis, Siskou &



Liaporoulos, 2014), με την άνιση πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας με σκοπό την παροχή αντικρουόμενων κινήτρων για τους παρόχους και την αύξηση του Κόστους.

Πολλές έρευνες όμως απέρριψαν τις ανησυχίες περί τραγωδίας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας συνεπεία των Κυβερνητικών Πολιτικών, υποστηρίζοντας, ότι «δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι έχει επηρεάσει την υγεία» ή ότι οι περικοπές του προϋπολογισμού ήταν «θετικό αποτέλεσμα βελτίωσης της αποτελεσματικότητας της δημοσιονομικής διαχείρισης». Οι Tapia, Granados & Ionides (2017) υποστήριξαν ότι «μια τραγωδία της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα φαίνεται υπερβολικά υπερβολική». Πολλές από τις αναλύσεις βασίζονται σε μελέτες που υποδηλώνουν ότι η οικονομική ύφεση μπορεί να ωφελήσει την υγεία, αν και άλλοι ερευνητές υποστήριξαν ότι η κατάσταση είναι μάλλον πιο περίπλοκη, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο οι κυβερνήσεις ανταποκρίνονται, με θετικές και αρνητικές συνέπειες (Mc Kee & Stuckler, 2016).

Η διαδικασία πολιτικής για την υγεία κατά την οικονομική κρίση πρέπει να εξεταστεί στις συνθήκες της προϋπάρχουσας κατάστασης στον τομέα υγείας, αλλά και τις ευρύτερες οικονομικές συνθήκες της χώρας κατά την οικονομική κρίση, οι οποίες επηρεάστηκαν από τους δανειστές. Η οικονομική κρίση κατέληξε σε διεθνή οικονομική βοήθεια και προκάλεσε τρία μνημόνια συνεργασίας που επηρέασαν πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα υγείας. Στον πίνακα 6.15 συνοψίζονται οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που έχουν πραγματοποιηθεί από το 2010 και μετά συνεπεία των πολιτικών υγείας υπό την επίδραση της οικονομικής κρίσης (Economou et al., 2017).

Στον πίνακα 6.16 συνοψίζονται οι πολιτικές υγείας και οι μεταρρυθμίσεις υγείας των κυβερνήσεων κατά την περίοδο ενδιαφέροντος. Η περίοδος διαιρείται σε δύο κατηγορίες. Η μία είναι η περίοδος πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η οποία περιλαμβάνει την κυβέρνηση Καραμανλή. Η άλλη είναι η περίοδος μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η οποία περιλαμβάνει τις κυβερνήσεις Παπανδρέου, Παπαδήμου και Σαμαρά.

## Πίνακας 6.15

### Βασικές μεταρρυθμίσεις Ελληνικού τομέα υγείας

#### Βασικές μεταρρυθμίσεις από το 2010

Έτος(η)	Περιεχόμενο
<b>Διαχείριση</b>	
2010	Αλλαγή της διοικητικής διάρθρωσης, δημιουργία 13 περιφερειών για την αντικατάσταση 76 νομαρχιών και μείωση του αριθμού των δήμων σε 325 από πάνω από χίλιους [E]
<b>Χρηματοδότηση</b>	
2010	Το ανώτατο όριο για τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία καθορίστηκε στο 6% του ΑΕΠ, το οποίο μεταφράστηκε σε εκτεταμένες περικοπές σε φαρμακευτικές δαπάνες, καθώς και σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, σε μισθούς προσωπικού κλπ. [ΟΠΠ]
2011-2015	Εισαγωγή των τελών χρήσης για επισκέψεις εξωτερικών ασθενών και έκτακτης ανάγκης, οι οποίες αργότερα καταργήθηκαν [ΟΠΠ]
<b>Ασφάλεια υγείας</b>	
2011	Ίδρυση του συστήματος ΕΟΠΥΥ (σύστημα ασφάλισης ασθενείας ενός οργανισμού πληρωμών) και τυποποιημένο πακέτο παροχών [ΟΠΠ]
2016	Νομοθεσία για την παροχή συνολικής ασφάλισης υγείας στους ανέργους και τις ευάλωτες ομάδες [E]
2017	Ίδρυση του ΕΦΚΑ [ΟΠΠ]
<b>Διαχείριση και παράδοση υπηρεσιών υγείας</b>	
2010-2012	Μεταρρυθμίσεις στη νοσοκομειακή λογιστική: η εισαγωγή ενός λογιστικού διπλογραφικού συστήματος, τακτική δημοσίευση των ελεγμένων ισολογισμών, αναθεώρηση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης, χρήση ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης για ιατρικές προμήθειες [ΟΠΠ]
2011-2017 σε εξέλιξη	Αναδιάρθρωση νοσοκομείων [E και ΟΠΠ]
2013	Εισαγωγή και ανάπτυξη των νοσοκομειακών πληρωμών μέσω συστήματος DRG [ΟΠΠ]
2014	Δημιουργία ΠΕΔΥ και μεταφορά αρμοδιοτήτων για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα ΥΠΕ [ΟΠΠ]
2015- σε εξέλιξη	Δημιουργία πρωτοβάθμιας φροντίδας δύο βαθμίδων με λειτουργία περιορισμένης εισόδου [E]
<b>Φαρμακευτικές δαπάνες</b>	
2010 2014	Ανώτατο όριο για τις φαρμακευτικές δαπάνες, στο οποίο οι δαπάνες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 2,44 δισ. Ευρώ το 2013, 2 δισ. Ευρώ και € 1,94 δισ. το 2015-2017 [ΟΠΠ]
2010-2012	Βασικά μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών και περιλαμβάνουν: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ανώτατο όριο στις δημόσιες δαπάνες για εξωτερικά ιατρικά φάρμακα στο 1% του ΑΕΠ έως το 2014</li> <li>• ανάπτυξη του υποχρεωτικού συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς και παρακολούθηση των ιατρών για συνταγογραφική συμπεριφορά.</li> <li>• υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία (διεθνής μη προστατευόμενη ονομασία).</li> <li>• νέο σύστημα τιμολόγησης αναφοράς για τη μείωση των τιμών των φαρμάκων.</li> <li>• προώθηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, υποχρεωτική γενική υποκατάσταση από φαρμακεία.</li> <li>• εισαγωγή νέων θετικών και αρνητικών καταλόγων φαρμάκων.</li> <li>• μείωση των εμπορικών περιθωρίων των φαρμακοποιών και των χονδρεμπόρων.</li> <li>• εφαρμογή μηχανισμών επαναφοράς (rebate).</li> </ul> Αυξημένη κατανομή κόστους για τα φαρμακευτικά προϊόντα, η οποία καθορίζεται στο 25% της αξίας του φαρμάκου και σε 10% έως 0% για χρόνια ασθένειες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες.

Σημειώσεις: E : Εθνική μεταρρύθμιση. ΟΠΠ : απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις από το Οικονομικό Πρόγραμμα Προσαρμογής (Μνημόνιο).

Πηγή : Economou et al., 2017

**Πίνακας 6.16 Πολιτικές υγείας και μέτρα στην οικονομική κρίση**

		Κυβέρνηση Καραμανλή		Κυβέρνηση Παπανδρέου	Κυβέρνηση Παπαδήμου	Κυβέρνηση Σαμαρά		
<b>Πολίτι</b>	<b>πολιτικές υγείας</b>	Μείωση γραφειοκρατικής δομής		Πολιτική λιτότητας	Πολιτική λιτότητας	Μείωση κόστους		
		Εθελοντικοί οργανισμοί		Μείωση μισθοδοσίας Μειώσεις προσωπικού	Ενοποίηση ταμείων	Εκσυγχρονισμός συστημάτων		
		Αύξηση αποδοτικότητας		Περιορισμοί πρόσβασης	Επέκταση πληροφοριακών συστημάτων	Βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών		
		Μείωση τιμών φαρμάκου		Ιδιωτικοποίηση	Λιτότητα φαρμάκου	Αναδιάρθρωση ΠΦΥ		
		Ορθολογική διαχείριση Προϋπολογισμών		Συγχωνεύσεις οργανισμών	Μειώσεις προσωπικού	Συγχωνεύσεις μονάδων		
		Πρόληψη και προαγωγή υγείας		Περιορισμός τιμών φαρμάκου	Μειώσεις προσωπικού			
		Εκσυγχρονισμός πλαισίου προμηθειών		Αναδιάρθρωση κοινωνικής ασφάλισης				
<b>Χρηματοδο</b>	<b>χρηματοδοτικά</b>	ΣΔΙΤ κλινικών	Περιοπέες χρηματοδοτήσεων	Συγχώνευση ταμείων υγείας	Περεταίρω μέτρα συγχώνευσης ταμείων	Εισαγωγή εισιτηρίου για εισαγωγές		
		Εισαγωγή ΚΕΝ		Περιοπέες κεφαλαίων ασφάλισης	Επέκταση ΚΕΝ			
				Χρεώσεις χρηστών	Υποβολή νοσηλείων ΕΟΠΥΥ			
<b>Μέτρα</b>	<b>διαχειριστικά</b>	Εκσυγχρονισμός Δημοσίων συμβάσεων	Δημοσίευση διαγωνισμών	Μηχανοργάνωση νοσοκομείων Απλοποίηση διαγωνισμών	Υλοποίηση ΕΟΠΥΥ	Συγχώνευση μονάδων υγείας	Υποχρεωτικός έλεγχος νοσημάτων	
		Επιτροπή προμηθειών	Ίδρυση μητρώων προμηθειών	Monitoring νοσοκομείων Πληροφοριακά συστήματα	Εφαρμογή νέων Πληροφοριακών συστημάτων	Συμβάσεις με ιδιώτες ασφαλιστές	Υπαγωγή ΠΦΥ στις ΥΠΕ	
		Λογιστική αναδιάρθρωση	Μείωση ΥΠΕ	Δημιουργία ΕΟΠΥΥ	Λειτουργία ΕΠΥ	Βελτίωση Monitoring	Κίνητρα επέκτασης ιδιωτικού τομέα	Άνοια και περιγεννητική
		Δράσεις διαδημοτικών δικτύων	Ηλεκτρονική ταυτότητα ασθενούς	Συμβούλια λογοδοσίας αυτοδ/σης	Δημιουργία ΠΠΥ		Πρόσβαση ανασφάλιστων στην ΠΦΥ	
		Μείωση τιμών φαρμάκου	Παρατηρητήριο τιμών	Συστήματα διαχείρισης φαρμάκων		Γενόσημα φάρμακα	Γενίκευση γενόσημων φαρμάκων	
<b>Κόστους - φαρμακευτικά</b>	Κεντρική εποπτεία συμβάσεων φαρμάκων	Ηλεκτρονική συνταγογράφηση clawback		Ανά τρίμηνο αναπροσαρμογή τιμής rebate	Κίνητρα εναντίον έλλειψης φαρμάκων			
	Περιορισμοί φαρμάκων	Επικαιροποίηση καταλόγου επιλογής						
	Λιτότητα προσωπικού	Μητρώο φαρμάκων ΕΚΑΠΤΥ	Μείωση προσωπικού	Συνταγογράφηση με βάση την ουσία				

Οι πολιτικές υγείας και οι μεταρρυθμίσεις υγείας έχουν καταταγεί με βάση τη χρονολογική σειρά εμφάνισης τους και την περίοδο διακυβέρνησης στην οποία πρωτοεφαρμόστηκαν. Οι πολιτικές και οι μεταρρυθμίσεις αυτές έχουν συνοψιστεί από την προηγηθείσα ανάλυση σχετικά με τις πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο ενδιαφέροντος.

Παρά τις εφαρμοσθείσες πολιτικές υγείας που στόχευαν στη θεραπεία των διαρθρωτικών προβλημάτων υγείας, τα προβλήματα αυτά παρέμεναν. Τα προβλήματα αυτά θα μπορούσαν να θεραπευτούν με πολιτικές που θα πραγματοποιούσαν κατάλληλες επεμβάσεις. Οι Kanavos & Souliotis (2017: 359-360), διεπίστωσαν κενά και ανεπάρκειες στο Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, διεπίστωσαν τρεις στρατηγικούς τομείς που απαιτούσαν επείγουσα επέμβαση για να βελτιωθούν σημαντικοί στόχοι, όπως η ισότητα, η αποδοτικότητα και η οικονομική βιωσιμότητα. Οι τρεις αυτοί στρατηγικοί τομείς ήταν

- 1) ο χρηματοδοτικός μηχανισμός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και η ανάπτυξη μηχανισμών σύναψης συμβάσεων και αποζημίωσης,
- 2) η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και
- 3) η αναθεώρηση της φαρμακευτικής πολιτικής.

Σύμφωνα με το Σουλιώτη (2019 : 127), για να πραγματοποιηθεί η μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο χώρο της Υγείας, απαιτείται η ανάληψη μεταρρυθμιστικής πρωτοβουλίας από το πολιτικό σύστημα, η οποία δεν έχει υπάρξει ακόμα. Η πολιτική αυτή πρωτοβουλία πρέπει να απαλλαγεί από τις επιφυλάξεις για την επίδραση του πολιτικού κόστους. Το αίτημα για την πραγματοποίηση των μεταρρυθμίσεων με αγνόηση του πολιτικού κόστους, αποτελεί άλλωστε απαίτηση των ιδίων των πολιτών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 7.1 Πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα διεθνώς

##### 7.1.1 Πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα στις χώρες του ΟΟΣΑ

Οι πολιτικές υγείας που ασκούνται από τις κυβερνήσεις, στοχεύουν κυρίως στον περιορισμό του κόστους και στην καλύτερη αξιοποίηση των πόρων που δαπανώνται. Η επίτευξη της αποδοτικότητας είναι ένα σημαντικό στοιχείο της πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης. Στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των ανεπτυγμένων χωρών, τα νοσοκομεία απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών για την υγεία. Για το λόγο αυτό, υπάρχει μεγάλη ανάγκη να διασφαλιστεί η αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, οι σημαντικοί πόροι που τους δίνονται, είτε από το κράτος είτε από τους πολίτες, θα πρέπει να αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, έτσι ώστε τα νοσοκομεία να μπορούν να επιτύχουν τον πρωταρχικό τους στόχο, που είναι η βελτίωση και η παροχή καλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε όλους. Με άλλα λόγια, η κάλυψη των πολλών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης με περιορισμένους οικονομικούς πόρους συνεπάγεται ότι αυτοί οι πόροι πρέπει να χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά (Boutsioli, 2010).

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, πριν και κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης εφαρμόστηκαν μεταρρυθμίσεις με τη λήψη μέτρων για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας. Αν και κάθε χώρα του ΟΟΣΑ έχει τις δικές της ιδιαιτερότητες στον τομέα υγείας που απαιτούν και εξειδικευμένη αντιμετώπιση, ωστόσο οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά και ένα από τα σημαντικότερα είναι η αύξηση της αποδοτικότητας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές ήταν έντονα προσανατολισμένες στην αύξηση της αποδοτικότητας. Ο τρόπος με τον οποίον οι μεταρρυθμίσεις επιδίωξαν την αύξηση της αποδοτικότητας, ήταν ο περιορισμός του κόστους. Ο περιορισμός του κόστους εφαρμόστηκε σε διαφορετικές περιπτώσεις με την περικοπή της αποζημίωσης, με τη μεταρρύθμιση του συστήματος ΠΦΥ, με την αναδιάρθρωση της περίθαλψης και της φροντίδας και την προώθηση του συντονισμού περίθαλψης. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές φαίνονται στον πίνακα 7.1 (Ozcan & Khushalani, 2017).

### Πίνακας 7.1

#### Μεταρρύθμιση της υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ μεταξύ 2000 και 2012

Χώρα	Έτος υλοποίησης μεταρρύθμισης	Περιγραφή της μεταρρύθμισης
<b>Αυστρία</b>	2005	Αλλαγή των μηχανισμών αποζημίωσης προκειμένου να προωθηθεί ο περιορισμός του κόστους και ο συντονισμός της περίθαλψης
<b>Καναδάς</b>	Από το 2000	Αλλαγή του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της παράδοσης ολοκλήρωση του συστήματος, προκειμένου να προωθηθεί το κόστος συγκράτηση και ο συντονισμός φροντίδας
<b>Χιλή</b>	2005	Αύξηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τους ασθενείς με χρόνιες ασθένειες
<b>Δανία</b>	2007	Συγκέντρωση και εκσυγχρονισμός του νοσοκομειακού τομέα. Αύξηση του ρόλου των δήμων στην παροχή φροντίδας υγείας. Βελτίωση του συντονισμού σε διάφορα επίπεδα του δημοσίου τομέα και των τομέων πολιτικής.
<b>Εσθονία</b>	2000	Βελτίωση της υποδομής νοσηλείας και μακροχρόνιας περίθαλψης και της ποιότητας.
<b>Γερμανία</b>	2004	Αύξηση του επιμερισμού του κόστους για τους δικαιούχους των κοινωνικών ασφάλισης υγείας και προώθηση του συντονισμού περίθαλψης.
<b>Ιαπωνία</b>	2006	Προώθηση του συντονισμού φροντίδας, προώθηση της ποιοτικής φροντίδας και περιορισμό του κόστους
<b>Μεξικό</b>	2001	Επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης στις μη εξυπηρετούμενες ομάδες.
<b>Ολλανδία</b>	2006	Εισαγωγή διαχειριζόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστών και των ασφαλιστικών εταιρειών με σκοπό την προώθηση της συγκράτησης του κόστους
<b>Νορβηγία</b>	2001, 2002 και 2009	Πολλαπλές μεταρρυθμίσεις για βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της νοσοκομειακής φροντίδας, προκειμένου να προωθηθεί ο συντονισμός της περίθαλψης και ο περιορισμός του κόστους.
<b>Πορτογαλ</b>	2005	Μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την προώθηση της φροντίδας, τον συντονισμό και τον περιορισμό του κόστους.
<b>Σλοβακία</b>	2005	Εξασφάλιση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας και η αποκέντρωση των νοσοκομείων
<b>Τουρκία</b>	2003	Οργάνωση και επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, αναδιοργάνωση των μηχανισμών πληρωμής, παροχή κινήτρων για ποιότητα μέσω αμοιβής εκτέλεσης, εξασφάλιση μεγαλύτερης αυτονομίας και ευελιξίας για την παροχή υπηρεσιών υγείας από νοσοκομεία και μέσω συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.
<b>Ηνωμένες Πολιτείες</b>	2010	Επέκταση κάλυψης ασφάλισης υγείας στις μη εξυπηρετούμενες ομάδες, αλλαγή μοντέλων αποζημίωσης, προώθηση του συντονισμού περίθαλψης και περιορισμό κόστους.

Πηγή : βασισμένο σε Ozcan & Khushalani, 2017

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές ήταν προανατολισμένες εκτός των άλλων και στη μείωση του κόστους και τη συνεπακόλουθη αύξηση της αποδοτικότητας. Ο περιορισμός του κόστους είναι κοινό χαρακτηριστικό όλων των μεταρρυθμίσεων, αλλά και παράλληλα επιδιώκεται η σταθεροποίηση ή η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να βελτιωθεί ο λόγος των εκροών προς τις εισροές.

### *7.1.2 Ομαδοποίηση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα*

Οι Wenzl, Naci & Mossialos, E. (2017) μελέτησαν τις πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την οικονομική κρίση σε έξι χώρες της ΕΕ (Γαλλία, Ισπανία, Ολλανδία, Δανία, Ιταλία, Πορτογαλία) οι οποίες είχαν επίδραση στο κόστος του τομέα υγείας για το κράτος. Οι πολιτικές που ασκήθηκαν ομαδοποιούνται με βάση την αύξηση ή τη μείωση που προκαλούν σε ορισμένα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας, όπως για παράδειγμα στην κάλυψη του πληθυσμού. Οι ασκούμενες πολιτικές κινούνται σχεδόν πάντα προς την κατεύθυνση της αύξησης ή της μείωσης ενός μεγέθους. Με τον τρόπο αυτό επιδρούν με έναν συγκεκριμένο τρόπο στην αύξηση ή τη μείωση της αποδοτικότητας. Ορισμένες από αυτές τις πολιτικές είχαν επίδραση στη μείωση του κόστους (όπως η ελάτωση του ωφελούμενου πληθυσμού) και επομένως αύξησαν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, ενώ άλλες εξυπηρετούσαν άλλους σκοπούς και οδήγησαν στην αύξηση του κόστους. Οι πολιτικές των χωρών αυτών της ΕΕ που επέδρασαν θετικά ή αρνητικά στο κόστος του συστήματος υγείας και επομένως στην αποδοτικότητα του, φαίνονται στον πίνακα 7.2.

Αυτές οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν στις χώρες της ΕΕ, στη συνέχεια κατηγοριοποιήθηκαν σε 21 ομάδες. Ορισμένες από τις εφαρμοσθείσες πολιτικές αποτέλεσαν άμεσες απαντήσεις στην οικονομική κρίση, ιδίως στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι οποίες επηρεάστηκαν σοβαρότερα από την κρίση, ενώ άλλες πολιτικές συνέβαλαν στη συνέχιση και στην ενοποίηση των υφιστάμενων μεταρρυθμίσεων. Οι περισσότεροι από τους τύπους δημόσιας πολιτικής, σχετίζονταν με αλλαγές στη κάλυψη και την προσβασιμότητα της δημόσιας χρηματοδότησης, με περιορισμένες αλλαγές στα υποκείμενα της πληρωμής για υπηρεσίες υγείας, αλλά πιο εκτεταμένες αλλαγές στα υποκείμενα της λήψης υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ των υπολοίπων, κάποιες αλλαγές αφορούσαν στις χρεώσεις των χρηστών, δηλαδή στο ύψος κάλυψης, κάποιες σε αλλαγή πληρωμής ή μείωση αποζημίωσης του παρόχου, κάποιες σε αλλαγές στη δομή του παρόχου και κάποιες στην αλλαγή παροχής υπηρεσιών ή ποιότητας υπηρεσιών. Στην εικόνα 7.1 απεικονίζονται τα αποτελέσματα των πολιτικών των εφαρμοσμένων σε χώρες της ΕΕ ως προς την αποδοτικότητα και την ισότητα (βασισμένο σε Wenzl, Naci & Mossialos, E., 2017).

Οι πολιτικές κάλυψαν έξι από τους επτά τομείς του συστήματος υγείας στη Δανία, τη Γαλλία, τις Κάτω Χώρες και την Ισπανία και πέντε τομείς στην Ιταλία και την Πορτογαλία. Οι περισσότερες πολιτικές πιθανόν αντιπροσωπεύουν περιορισμό του κόστους και εμπίπτουν στα αριστερά τεταρτημόρια. Ωστόσο, ορισμένες πολιτικές έχουν πιθανώς οδηγήσει σε αύξηση του κόστους και ταυτόχρονη αύξηση της παραγωγής και των κεφαλαίων χρηματοδότησης. Αν και ορισμένες πολιτικές μπορεί να είναι αναποτελεσματικές μακροπρόθεσμα προκαλώντας καθυστερημένες αυξήσεις του κόστους, η ανάλυσή μας εντοπίζει σαφώς αναποτελεσματικές πολιτικές που είναι πιθανό να μειώσουν την παραγωγή ενώ θα αυξήσουν βραχυπρόθεσμα το κόστος.

Ο υψηλότερος αριθμός των εφαρμοσμένων πολιτικών στην ΕΕ διαπιστώθηκε στις Κάτω Χώρες, καλύπτοντας όλα τα τεταρτημόρια απόδοσης εκτός από αυτά στην κάτω δεξιά περιοχή. Στη Δανία, οι περισσότερες πολιτικές αποσκοπούσαν στη μείωση του κόστους, με παράλληλα ουδέτερη επίδραση ή ελαφρά μείωση στην παραγωγή. Με αυτόν τον τρόπο οι επιδράσεις των Δανέζικων πολιτικών στην αποδοτικότητα είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Οι πολιτικές αλλαγές επίσης στοχεύουν επίσης στη βελτίωση της ποιότητας και της εκτεταμένης κάλυψης των προληπτικών παρεμβάσεων στους ευάλωτους πληθυσμούς. Στη Γαλλία, ορισμένα πολιτικά μέτρα είναι πιθανό να αυξήσουν την ποιότητα, όπως οι βασισμένες στην αξία χρεώσεις των χρηστών και η επέκταση της παροχής υπηρεσιών υγείας μετά από αξιολόγηση (HTA) και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα, όπως η αντικατάσταση της εσωνοσοκομειακής με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Επίσης έχουν εφαρμοστεί πολιτικές όπως της αύξησης των τελών χρήσης καθώς και η επέκταση των συστημάτων προστασίας σε πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος. Οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έλαβαν πολιτικά μέτρα που εντάσσονται σε όλα τα τεταρτημόρια εκτός του κάτω δεξιά (αυτό της μείωσης της αποδοτικότητας). Η Αγγλία, όπου υιοθετήθηκαν οι λιγότερες πολιτικές από τις υπόλοιπες χώρες, οι οποίες κάλυψαν τέσσερις από τους επτά τομείς του συστήματος υγείας, φαίνεται σαν εξαίρεση, διότι ούτε έχουν αναφερθεί πολιτικές που θα μπορούσαν να αυξήσουν το κόστος ούτε, αντίθετα με άλλες χώρες, εισήχθησαν πρόσθετα τέλη χρήσης.



Πίνακας 7.2 Περίληψη και κατηγοριοποίηση των πολιτικών που εφαρμόζονται από το 2008 σε έξι Ευρωπαϊκές χώρες

Ο τομέας του συστήματος υγείας επηρεάζεται	Τύπος Επίδρασης	Επίδραση στο Κόστος	Περιγραφή του τύπου πολιτικής	Χώρες
Κάλυψη πληθυσμού και πρόσβαση σε υπηρεσίες	Αύξηση κάλυψης	+	1. Διεύρυνση της κάλυψης για ανασφάλιστους πληθυσμούς ή ευάλωτες ομάδες	Γαλλία, Ισπανία
	Μείωση κάλυψης πληθυσμού	-	2. Περιορισμός της κάλυψης για τις ευάλωτες ομάδες (π.χ. μη μόνιμοι κάτοικοι, μη κοινοτικοί πολίτες, μετανάστες χωρίς έγγραφα, κ.λπ.)	Ισπανία
			3. Περιορισμός των κριτηρίων επιλεξιμότητας για μακροχρόνια περίθαλψη, με αποτέλεσμα την de facto μείωση της πληθυσμιακής κάλυψης	Ολλανδία
Κάλυψη υπηρεσιών	Αύξηση κάλυψης υπηρεσιών	+	4. Ad-hoc επέκταση της κάλυψης για πρόσθετες υπηρεσίες	Γαλλία, Ολλανδία, Ιταλία
	Μείωση κάλυψης υπηρεσιών	-	5. Αύξηση των προϋπολογισμών για τη δημόσια υγεία ή επέκταση των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας (έλεγχος, πρόληψη)	Δανία, Γαλλία, Πορτογαλία
			6. Περιορισμοί ad hoc ή γενικοί περιορισμοί στην κάλυψη των υπηρεσιών	Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία
			7. Μείωση των προϋπολογισμών δημόσιας υγείας ή κατάργηση των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας (έλεγχος, πρόληψη)	Δανία, Κάτω Χώρες
			8. Μείωση της προσφοράς και της προσβασιμότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Ισπανία
			9. Μείωση της προσφοράς νοσοκομειακής περίθαλψης (κλείσιμο, μείωση των κλινών, συγχωνεύσεις)	Δανία, Ισπανία, Κάτω Χώρες, Ιταλία, Πορτογαλία
			10. Μείωση της προσφοράς ή της χρηματοδότησης της μακροχρόνιας περίθαλψης	Κάτω Χώρες, Ιταλία
	Αλλαγή του μείγματος υπηρεσιών	-	11. Αύξηση της προσφοράς και της προσβασιμότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υποκατάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης	Αγγλία, Γαλλία, Ολλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία
	Αλλαγές με βάση την αξία	+/-	12. Εισαγωγή του προγράμματος HTA (αξιολόγησης) για τον καθορισμό της κάλυψης (όλοι οι τύποι παροχών, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών)	Ισπανία
			13. Εισαγωγή του προγράμματος HTA για τον ορισμό της κάλυψης φαρμάκων ή / και συσκευών	Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία
14. Χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα HTA για τον εντοπισμό υπηρεσιών για αποεπένδυση			Ισπανία, Γαλλία,	
Ύψος κάλυψης και πρόσβασης σε υπηρεσίες	Μείωση τελών χρήσης	+	<i>Κατάργηση ή μείωση των χρεώσεις χρήσης για:</i>	
			15. Νοσοκομειακή ή / και εξειδικευμένη φροντίδα	Δανία, Ολλανδία, Ιταλία
			16. Πρωτοβάθμια περίθαλψη (στην Ολλανδία, διαβουλευσεις πρωτοβάθμιας	Ολλανδία

Ο τομέας του συστήματος υγείας επηρεάζεται	Τύπος Επίδρασης	Επίδραση στο Κόστος	Περιγραφή του τύπου πολιτικής	Χώρες
			περίθαλψης που αποκλείονται από δικαίωμα έκπτωσης, χρεώσεις για ψυχική υγεία αναστρέψιμες το 2014)	
			17. Μείωση ή κατάργηση των τελών χρήσης για ευάλωτους πληθυσμούς	Δανία, Γαλλία
	Αύξηση εξαιρέσεων χρεώσεων	+	18. Διεύρυνση των εξαιρέσεων των χρεώσεων για τους ευάλωτους πληθυσμούς (π.χ. με βάση την ηλικία, το εισόδημα, την κατάσταση απασχόλησης, την κατάσταση υγείας) ή τη μείωση των εξαιρέσεων για τους πλουσιότερους πληθυσμούς	Γαλλία, Ισπανία, Ολλανδία, Πορτογαλία
	Αύξηση χρεώσεων χρήσης	-	<i>Εισαγωγή ή αύξηση τελών χρήσης για:</i>	
			19. Νοσοκομειακή ή / και εξειδικευμένη φροντίδα	Δανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Ιταλία, Πορτογαλία
			20. Πρωτοβάθμια φροντίδα (μόνο στην Ολλανδία, ψυχική υγεία)	Ολλανδία, Πορτογαλία
			21. Φάρμακα ή / και συσκευές	Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία
			22. Φροντίδα μακράς διάρκειας	Ολλανδία
			23. Οδοντιατρική φροντίδα	Δανία
			24. Εισαγωγή / αύξηση συνολικών εκπτώσεων (για όλα τα επίπεδα φροντίδας και τύπους υπηρεσιών)	Ολλανδία
	Μείωση των εξαιρέσεων χρεώσεων χρήσης	-	25. Εισαγωγή ή αύξηση των τελών χρήσης για ευάλωτους πληθυσμούς ή κατάργηση εξαιρέσεων	Δανία
Πληρωμές και τιμές των παρόχων υγείας	Αύξηση των τιμών των παρόχων	+	26. Αύξηση της χρηματοδότησης ή των τιμών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Ολλανδία (2010)
	Μείωση των τιμών των παρόχων	-	27. Μείωση ή πάγωμα της χρηματοδότησης ή των τιμών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Ολλανδία (2008)
			28. Μείωση των νοσοκομειακών δαπανών με ανώτατα όρια του προϋπολογισμού ή μεταρρυθμίσεις του συστήματος πληρωμών	Γαλλία, Ολλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία
			29. Μειώστε τις δαπάνες νοσοκομείων μέσω περικοπών τιμών	Δανία, Αγγλία, Γαλλία, Ολλανδία
			30. Αύξηση ανταγωνισμού μεταξύ των πληρωτών	Ολλανδία
Μείωση των εισοδημάτων των εργαζομένων στον	-	31. Θέση σε ισχύ μέτρα για τον έλεγχο των εισοδημάτων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (περικοπές μισθών ή αμοιβών για υπηρεσίες, παγώσεις ή επιβραδύνσεις, αυξημένες κοινωνικές εισφορές, αυξανόμενες βάρδιες	Δανία, Ισπανία, Αγγλία, Γαλλία, Ολλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία	

Ο τομέας του συστήματος υγείας επηρεάζεται	Τύπος Επίδρασης	Επίδραση στο Κόστος	Περιγραφή του τύπου πολιτικής	Χώρες
	τομέα της υγείας		υπερωριών κ.λπ.)	
	Μείωση των τιμών της τεχνολογίας υγείας	-	33. Γενική υποκατάσταση	Ισπανία, Γαλλία, Ολλανδία, Πορτογαλία
			34. Μείωση των τιμών των ναρκωτικών ή των συσκευών μέσω άμεσων περικοπών ή έμμεσων πολιτικών (π.χ. αυξημένος ανταγωνισμός, κεντρική προμήθεια, διαγωνισμός, τιμολόγηση αναφοράς κ.λπ.)	Δανία, Αγγλία, Ισπανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία
Δομή και προμήθειες του παρόχου	Περικοπή πάνω από το όριο	-	35. Μείωση διοικητικών προϋπολογισμών ή προσωπικού	Δανία, Αγγλία, Ολλανδία, Πορτογαλία
			36. Κεντροποίηση της προμήθειας ιατρικών προμηθειών	Αγγλία, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία
	Μείωση του αριθμού προσωπικού του παρόχου υγείας	-	37. Εισαγωγή των ελέγχων των επιπέδων προσωπικού των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (περικοπές, πάγωμα των προσλήψεων, μη ανανέωση των προσωρινών συμβάσεων κ.λπ.)	Αγγλία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία
	Αλλαγή του μίγματος δεξιοτήτων	-	38. Ενίσχυση του ρόλου των νοσοκόμων να υποκαταστήσουν τους γιατρούς με νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα	Ολλανδία, Πορτογαλία
	Περικοπή επενδύσεων κεφαλαίου	-	39. Μείωση ή καθυστέρηση των χρηματοδοτούμενων από το κοινό επενδύσεων κεφαλαίου στα νοσοκομεία	Δανία, Αγγλία, Ισπανία, Ολλανδία

Πηγή : βασισμένο σε Wenzl, Naci & Mossialos, E., 2017

Οι πολιτικές στην Αγγλία φαίνεται να έχουν επικεντρωθεί για τη μείωση των τιμών και των εισοδημάτων των προμηθευτών, μείωση του διοικητικού κόστους των οργανισμών και αύξηση αποτελεσματικότητας από την αντικατάσταση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

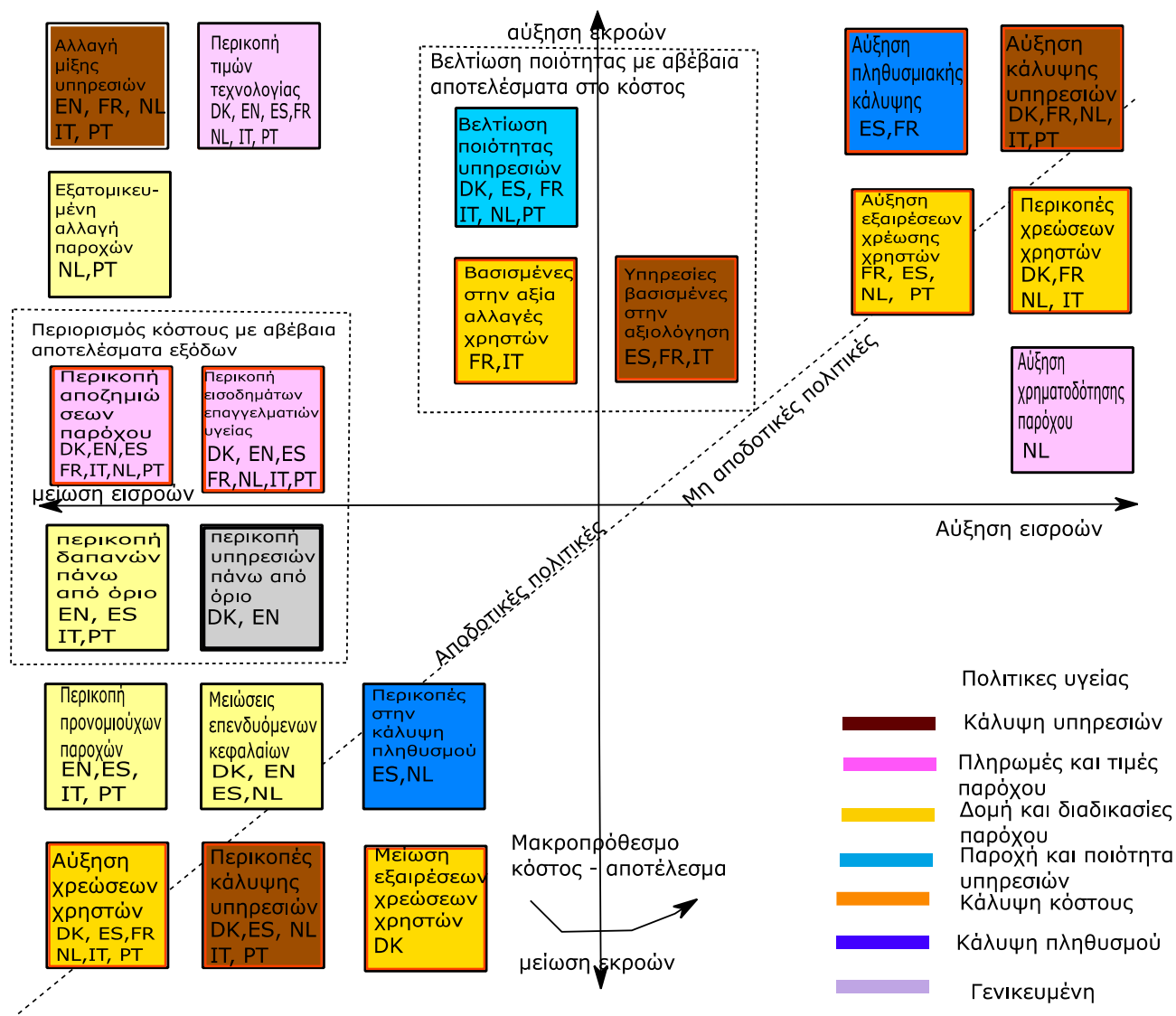
Δεκατέσσερις τύποι πολιτικής που σχετίζονται με την κάλυψη μείωσαν την έκταση της παροχής των υπηρεσιών. Περιορισμοί κάλυψης για ευάλωτες ομάδες, όπως οι μετανάστες στην Ισπανία είναι πιθανό να έχουν ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στην ισότητα. Ωστόσο, τρεις τύποι πολιτικών αύξησαν την κάλυψη για τους ευάλωτους πληθυσμούς είτε μέσω διεύρυνσης στις ομάδες πληθυσμού που ήταν προηγουμένως ανασφάλιστες, είτε μέσω αφαίρεσης των τελών χρήσης, είτε μέσω της επέκτασης των χρηστών που ήταν εξαιρέσιμοι. Το εννοιολογικό πλαίσιο αυτό που αναπτύχθηκε, βοηθά στην αποτύπωση και την κατηγοριοποίηση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα και στην ισότητα. Στην οικονομική κρίση, οι εφαρμοσθείσες πολιτικές υγείας απευθύνονται περισσότερο στο κόστος συγκράτησης από ότι πριν.

Μέτρα που εντάσσονται στις πολιτικές περιορισμού του κόστους μπορεί να είναι σχετικά εύκολο να εφαρμοστούν, με παράλληλη διατήρηση της προσβασιμότητας υπηρεσιών, αυξάνοντας την απόδοση. Η μείωση του κόστους, με πολιτικές που εμποδίζουν την κάλυψη και την πρόσβαση, μπορεί να περιορίσει την ισότητα και να έχει αρνητικές επιδράσεις στην αποδοτικότητα μακροπρόθεσμα.

Η αύξηση της αποδοτικότητας επιτυγχάνεται με την εφαρμογή των μελετών αποδοτικότητας, τον περιορισμό των εισροών και τη συγχώνευση των μονάδων. Οι συγχωνεύσεις επιτυγχάνουν οικονομία κλίμακος και φάσματος και εξορθολογισμό της θεραπευτικής δραστηριότητας, όμως οι συγχωνεύσεις προκαλούν ανισότητα στην πρόσβαση δεδομένου ότι οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας που πριν είχαν άμεση πρόσβαση κοντά στον τόπο κατοικίας τους αναγκάζονται να μεταβαίνουν μακριά από τον τόπο κατοικίας τους προκειμένου να τους παρασχεθούν οι υπηρεσίες σε άλλη μονάδα υγείας. Οι αποφασίζοντες οι οποίοι χαράσσουν πολιτική προτιμούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα προκειμένου να συγκρατηθούν τα κόστη και να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες υγείας από το να εξασφαλίσουν την ίση πρόσβαση και για αυτό το λόγο η συγχώνευση των μονάδων υγείας πραγματοποιείται σε περιόδους κρίσης χωρίς να προκρίνεται το κριτήριο της ισότητας πρόσβασης (Nikolentzos et al., 2015).

Εικόνα 7.1

Τα αποτελέσματα των πολιτικών των εφαρμοσμένων σε χώρες της ΕΕ ως προς την αποδοτικότητα και την ισότητα



Πηγή : βασισμένο σε Wenzl, Naci & Mossialos, E., 2017

Σύμφωνα με τους Kaitelidou et. al. (2012), η αποδοτικότητα στον τομέα υγείας μπορεί να βελτιωθεί εάν λάβουν χώρα οι απαιτούμενες αλλαγές. Συνθήκες που προκαλούνται από την οικονομική κρίση, όπως η συνταξιοδότηση μεγάλου αριθμού επαγγελματιών υγείας ή οι μειώσεις μισθών που εντείνουν τις μισθολογικές ανισορροπίες στους επαγγελματίες υγείας και υπονομεύουν την ποιότητα και την αποδοτικότητα, πρέπει να εντοπίζονται και να θεραπεύονται με την εφαρμογή των καταλλήλων πολιτικών. Οι υπεύθυνοι χαρακτες πολιτικής, πρέπει να εξετάζουν εναλλακτικά μη οικονομικά μέτρα που μπορούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα με το ίδιο προσωπικό. Τέτοια

μέτρα αποτελούν διαχείριση ομάδος και διαχείριση έργων, σαφείς περιγράμματα θέσεων εργασίας, ανάπτυξη επαγγελματικών προτύπων και κωδίκων δεοντολογίας και ορθή αντιστοιχία της αντιστοίχισης δεξιοτήτων με τα πραγματικά καθήκοντα. Ο εξορθολογισμός των διοικητικών εξόδων, η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών με βάση την πραγματική ζήτηση, και η παροχή φιλικών προς τον πολίτη υπηρεσιών θα μπορούσαν να έχουν θετικό αποτέλεσμα.

Οι Chilingirian & Sherman (1990, 2011) θεωρούν την αποδοτικότητα της διοίκησης όπως την παραγωγή νοσοκομειακής περίθαλψης, διαγνωστικών / θεραπευτικών υπηρεσιών και θεραπευτικών προγραμμάτων ικανοποιητική, όταν χρησιμοποιούνται οι λιγότεροι πόροι. Σε αυτό το πλαίσιο, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής νοσοκομείων πρέπει να δημιουργήσουν και να εφαρμόσουν πολιτικές για τον έλεγχο της εργασίας, των ιατρικών προμηθειών και όλων των σχετικών δαπανών νοσηλευτικής, εντατικής φροντίδας, επείγουσας περίθαλψης και βοηθητικών υπηρεσιών, χωρίς να θυσιάζεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς. Οι Fragkiadakis et al. (2016) επισημαίνουν, ότι σε όλο τον κόσμο, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υπόκεινται σε αυξανόμενη πίεση για βελτίωση με τον έλεγχο των δαπανών χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η πρόσβαση σε αυτά. Αυτό έχει γίνει ιδιαίτερα σημαντικό μετά την εκδήλωση της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, η οποία οδήγησε σε αυστηρότερους δημόσιους προϋπολογισμούς που επηρέασαν επίσης την υγειονομική περίθαλψη.

## **7.2 Ελληνικές πολιτικές υγείας και αποδοτικότητα**

### *7.2.1 Η επίδραση των πολιτικών στην αποδοτικότητα πριν την οικονομική κρίση*

Κατά τη διάρκεια της περιόδου προ της οικονομικής κρίσης, οι Ελληνικές Κυβερνήσεις επιχείρησαν να πραγματοποιήσουν σημαντικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες περιλάμβαναν μέτρα που στόχευαν στην αύξηση της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας μέσω κυρίως της γραφειοκρατικής ελάφρυνσης. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αποτελούν συνέχεια των διαρκών μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στο χώρο της Υγείας που πραγματοποιούνταν μετά την αλλαγή του πολιτεύματος (1974). Τα μέτρα που ελήφθησαν στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων αυτών εστίασαν στη μείωση του κόστους λειτουργίας των μονάδων υγείας, μέσω κυρίως στη μείωση των δαπανών προμηθειών, την εφαρμογή νέων τεχνολογιών πληροφορικής και χρήση πληροφοριακών συστημάτων. Με αυτόν τον τρόπο επιδιώχθηκε να μειωθούν οι εισροές και έτσι να αυξηθεί η αποδοτικότητα (Parageorgiou et al., 2014). Με τις διατάξεις του Υπουργείου Υγείας που εφαρμόστηκαν στην περίοδο πριν την οικονομική κρίση, καθορίστηκαν μέτρα για την εφαρμογή συστήματος προμηθειών, απλοποίηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών και μεταρρυθμίσεων που επιδρούν στην αποδοτικότητα

μονάδων υγείας ιδίως ως προς την εφαρμογή Τεχνολογιών Πληροφορικής και Πληροφοριακών Συστημάτων. Η εισαγωγή συστήματος προμηθειών και η πραγματοποίηση ηλεκτρονικού διαγωνισμού προμηθειών και Υπηρεσιών, θεωρήθηκε ότι σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές θα προσέφερε στην αύξηση της αποδοτικότητας μέσω της μείωσης του κόστους.

Τα ηλεκτρονικά μητρώα προϊόντων και υπηρεσιών καθώς και τα ηλεκτρονικά μητρώα προμηθευτών και παρόχων θεωρήθηκε επίσης ότι θα μείωναν τις εισροές και θα εξοικονομούσαν πόρους που τελικά θα αύξαναν την αποδοτικότητα των μονάδων υγείας. Τα κλινικά συστήματα και τα διοικητικά συστήματα που εφαρμόστηκαν στα Νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της μελετούμενης περιόδου (και που αργότερα χρησιμοποιήθηκαν ως κληρονομούμενα συστήματα σε άλλα συστήματα που σκοπό είχαν την αύξηση της αποδοτικότητας εν μέσω οικονομικής κρίσης) επιχείρησαν να ωφελήσουν την αποδοτική λειτουργία της διοίκησης. Αυτό το επιχείρησαν μέσω της βελτιστοποίησης της ποιότητας των Υπηρεσιών, την οργάνωση μεγάλου όγκου πληροφορικών, τη μείωση της γραφειοκρατίας, την ορθολογικότερη διαχείριση του κόστους, τη βελτίωση χρήσης πόρων, και από την πλευρά του ανθρωποκεντρικού παράγοντα, την καλύτερη φροντίδα των ασθενών, τη μείωση του χρόνου αναμονής, τη μείωση ανθρώπινων λαθών, την καλύτερη εξυπηρέτηση ασθενών και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας.

Οι πολιτικές που σχεδιάζουν οι κυβερνήσεις για το Ελληνικό σύστημα υγείας, υλοποιούνται με τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων, τα οποία υλοποιούνται μέσω μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων και που μπορούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα των μονάδων. Ιδίως η προώθηση των διοικητικών και οργανωτικών μεταρρυθμίσεων μέσω της εφαρμογής μέτρων που να ακολουθούν τις γενικές κατευθύνσεις των πολιτικών υγείας είναι απαραίτητη, προκειμένου τα οφέλη από την εκάστοτε τεχνολογική βελτίωση να μπορούν να είναι εκμεταλλεύσιμα και να έχουν συνεχώς θετικά αποτελέσματα (Xenos et al., 2017).

Οι Liaropoulos & Kaitelidou (1998), μελέτησαν τη σημαντική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ και τα μέτρα που ελήφθησαν στα πλαίσια αυτής, στα πλαίσια μιας γενικότερης πολιτικής υγείας που πραγματοποιήθηκε το 1983 και την επίδραση αυτών στην αποδοτικότητα υγείας. Η μεταρρύθμιση προκλήθηκε μετά από το πόρισμα μιας ομάδας συμβούλων εργασίας το 1976, που συνόψισε τα σημαντικότερα προβλήματα στο νοσοκομειακό τομέα στην έλλειψη ανάπτυξης υποδομών και στην ανυπαρξία συστήματος αποζημίωσης παρόχου, γεγονός που ενίσχυε την μη αποδοτικότητα και την επαχθείσα ζήτηση υπηρεσιών καθώς και στην ανυπαρξία συντονισμού μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων. Υλοποιώντας την αλλαγή πολιτικής, με το Ν. 1397/1983 επιχειρήθηκε από την κυβέρνηση Παπανδρέου η δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με βάση τις

αρχές της ποιότητας και της αποδοτικότητας. Ο νόμος εστίαζε στην πλήρη κι αποκλειστική απασχόληση όλων των ιατρών, συμπεριλαμβανόμενων των πανεπιστημιακών, αλλά παρεπέμπε την εφαρμογή σε ΠΔ στο μέλλον. Ισχυρές ακαδημαϊκές ελίτ που είχαν στενές σχέσεις με τον Πρωθυπουργό Παπανδρέου, τον έπεισαν να μην εφαρμοστούν οι σχετικές διατάξεις. Η κυβέρνηση επιδίωκε να δημιουργήσει ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης, όμως τα ευγενή ταμεία μέσω βουλευτών και με το πρόσχημα της απώλειας των ωφελειών και των προσβάσεων σε καλύτερες υπηρεσίες υγείας, ανέτρεψαν την πρόβλεψη αυτή. Η ανατροπή αυτή οφειλόταν επίσης στο γεγονός ότι οι ιδιωτικές κλινικές και οι φαρμακευτικές εταιρείες είχαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη διατήρηση της υπάρχουσας κατάστασης (Nikolentzos & Mays, 2008).

Παρόλο που η μεταρρύθμιση του 1983 και τα μέτρα που ελήφθησαν στα πλαίσια της αλλαγής πολιτικής που σχεδίασε η κυβέρνηση Παπανδρέου σκόπευε να διορθώσει τις ατέλειες και να ενισχύσει την αποδοτικότητα, η προσπάθεια δεν είχε επιτυχία, κυρίως λόγω της πολιτικής εξουσίας των νέων ιατρών και της διάθεσης τους να παίξουν έναν ρόλο που μέχρι πρότινος τους αρνούσαν. Αυτό το κίνητρο τους οδήγησε σε δογματικές πολιτικές οι οποίες είχαν ελάχιστες επιπτώσεις σε σχέση με την αποδοτικότητα και την ισότητα. Από την άλλη πλευρά, το ιατρικό κατεστημένο ήταν αδιάφορο να διαδραματίσει ένα ρόλο στην βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος ενώ ο ιδιωτικός τομέας αναδύθηκε σε μια αγορά υγείας ποτισμένη από τη δημόσια γραφειοκρατική αδιαφορία και την πολιτική αποτελεσματικότητα. Η κυβέρνηση Μητσοτάκη είχε πραγματοποιήσει εκτεταμένες αλλαγές στον τομέα υγείας μέσω μιας μεταρρύθμισης, προκειμένου να περιορίσει το κόστος και να αυξήσει την αποδοτικότητα. Η μεταρρύθμιση αυτή ακολούθησε μια ασταθή πολιτική και οικονομική κατάσταση που είχε δημιουργηθεί στην Ελλάδα στο τέλος της δεκαετίας του 1980 και την ατελέσφορη πρόταση της ΕΕ για αποδοχή σταθεροποιητικών προγραμμάτων. Τα προγράμματα λιτότητας μείωσαν τον πληθωρισμό και τις κοινωνικές δαπάνες. Όταν πια μετά από δύο χρόνια αναποτελεσματικής λιτότητας η κυβέρνηση Μητσοτάκη ήρθε στην εξουσία (1990) εφήρμοσε νεοφιλελεύθερες πολιτικές. Η απαίτηση της εκπλήρωσης των οικονομικών κριτηρίων της συνθήκης του Μάαστριχτ (1991), προσέφερε στην κυβέρνηση μια βολική μακροοικονομική έξωθεν δικαιολογία για την πολιτική περιορισμού του κόστους σε όλο το κράτος πρόνοιας. Η κυβέρνηση με τις πολιτικές υγείας αντιστάθηκε στις προσδοκίες των πολιτών καθώς και στα καθιερωμένα συμφέροντα του συστήματος, δηλαδή στα ευγενή ταμεία και στους ιατρικούς μισθούς. Με το Ν. 2071/92, τροποποιήθηκαν οι διατάξεις της μεταρρύθμισης του 1983. Οι νέες διατάξεις επικεντρώθηκαν στην ατομική ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη, σε μια στροφή από τη δημόσια στην ιδιωτική παροχή και από τη δημόσια ασφάλιση στην ιδιωτική χρηματοδότηση. Επίσης, προέβλεπε μεγάλες αποζημιώσεις ανά νοσοκομείο, τριπλασιάζοντας τα ελλείμματα.



Επιτράπη σε ασφαλιστικές εταιρείες να συμβαλλονται με ιδιωτικές κλινικές και κέντρα, εισήχθησαν εισφορές για τα φάρμακα και τέλη για τις επισκέψεις και τις εισαγωγές. Επίσης, αυξήθηκαν οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και εισήχθησαν φορολογικές ελαφρύνσεις για την καταβολή ιδιωτικών ασφαλιστρών. Μια μερίδα ιατρών υποχρώθηκε να απασχοληθεί αποκλειστικά στο ΕΣΥ, ενώ εταιρίες ιατρικών συμβούλων εργάζονταν για το ΕΣΥ και παράλληλα προωθούσαν ασθενείς στις δικές τους υπηρεσίες. Χορηγήθηκε προθεσμία στους πανεπιστημιακού ιατρούς να απασχοληθούν αποκλειστικά στο ΕΣΥ, η οποία προθεσμία παρατάθηκε και τελικά ακυρώθηκε λόγω λήξης θητείας της κυβέρνησης. Οι ιατρικοί σύλλογοι ήταν αντίθετοι στις νέες διατάξεις, και αυτό αποδόθηκε από την κυβέρνηση στο γεγονός ότι οι ιατροί προτιμούσαν τις άτυπες πληρωμές από την χρέωση τους για τις απογευματινές ιατρικές πράξεις. Η κυβέρνηση δεν έλαβε μέτρα για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων φοβούμενη επανάληψη αντιδράσεων όπως σε προηγούμενες περιπτώσεις (Nikolentzos & Mays, 2008).

Τον Ιούλιο του 1997, ο τότε Υπουργός Υγείας Γείτονας, ανακοίνωσε μια μεταρρύθμιση στον τομέα υγείας, η οποία επρόκειτο να υλοποιηθεί με μια σειρά μέτρων που θα ελάμβανε η τότε κυβέρνηση. Η μεταρρύθμιση αυτή ήταν λιγότερο ριζοσπαστική από την προηγούμενη και ήταν προσανατολισμένη στη συγκράτηση του κόστους και μέσω αυτής της συγκράτησης στην αύξηση της αποδοτικότητας. Η μεταρρύθμιση αυτή περιλάμβανε την ανάληψη καθηκόντων διευθυντικών στελεχών στα νοσοκομεία, την ανάπτυξη των αστικών κέντρων υγείας και αλλαγές στον τρόπο κατασκευής υγειονομικών προϋπολογισμών. Ωστόσο, ο Υπουργός Υγείας Γείτονας κατήργησε μια από τις σημαντικότερες διατάξεις του σχεδίου του προηγούμενου Υπουργού Υγείας Κρεμαστινού, δηλαδή τη δημιουργία ενιαίου ταμείου ασθένειας. Οι μεταρρυθμίσεις του Γείτονα αντιπροσωπεύουν παραδοσιακές, αυξητικές αλλαγές, οι οποίες θεωρούνται περισσότερο αποδεκτές στους κύριους φορείς του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα στους ιατρούς. Η κυβέρνηση και τα πολιτικά κόμματα απέφευγαν το πολιτικό κόστος μιας ριζικής μεταρρύθμισης. Μετά από δύο χρόνια συζητήσεων, τελικά η κυβέρνηση υλοποίησε τα μέτρα της μεταρρύθμισης το 1999. Οι κύριοι ενδιαφερόμενοι φορείς, όπως οι ιατροί, είχαν αρκετό χρόνο να αλλάξουν τα μέτρα σύμφωνα με τα συμφέροντά τους. Το νέο καθεστώς περιελάμβανε γενναιόδωρες αυξήσεις στους νοσηλευτικού μισθούς. Τα μέτρα όμως που στόχευαν στον περιορισμό του κόστους και οι αλλαγές στη διαχείριση των νοσοκομείων δεν πραγματοποιήθηκαν (Nikolentzos & Mays, 2008).

Τον Ιούλιο του 2000, ο τότε νέος Υπουργός Υγείας Παπαδοπουλος ανακοίνωσε μια νέα μεταρρύθμιση για το Ελληνικό σύστημα υγείας που αποτελείτο από 200 μέτρα. Τα μέτρα αυτά σχεδιάστηκαν προκρινόμενου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και τις ανάγκες του ΕΣΥ και με βάση τα ερευνητικά στοιχεία που είχαν προκύψει από τις μεταρρυθμίσεις που είχαν εφαρμοστεί σε

πολλές ευρωπαϊκές χώρες κατά τη διάρκεια των 10 τελευταίων ετών πριν από τότε. Μεταξύ των μέτρων αυτών υπήρξαν και ορισμένα μέτρα προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση της αποδοτικότητας. Η εισαγωγή απογευματινών και βραδινών υπηρεσιών και η εισαγωγή της περιορισμένης δυνατότητας της ιδιωτικής άσκησης των καθηκόντων είχε ως στόχο να διευκολύνει την πρόσβαση των πολιτών στη νοσοκομειακή περίθαλψη και να ενισχύσει την ανταγωνιστικότητα των δημόσιων νοσοκομείων κατά του ιδιωτικού τομέα, αυξάνοντας την αποδοτικότητά τους. Επίσης, ένας σημαντικός στόχος ήταν η αύξηση της ανταγωνιστικότητας με τη βελτίωση των νοσοκομειακών ξενοδοχειακών υποδομών και την προσφορά πλήρους απασχόλησης σε όλους τους ιατρούς, ακόμα και τους πανεπιστημιακούς. Από την άλλη πλευρά, είναι προφανές από τη διεθνή εμπειρία ότι εάν τα δημόσια οικονομικά, που είναι απίθανο να είναι επαρκή, πρόκειται να παρέμεναν ο κύριος τρόπος πληρωμής για την υγειονομική περίθαλψη, τότε ένας συνδυασμός της δημόσιας και της ιδιωτικής χρηματοδότησης μπορεί να ήταν ο καλύτερος δρόμος για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και την επιτυχία των μεταρρυθμίσεων (Tountas, Karnaki & Pavi, 2002).

Οι παρεμβάσεις της μεταρρύθμισης εκείνης περιελάμβαναν μια σειρά από άλλα μέτρα, τα οποία στόχευαν κυρίως στην συγκράτηση του κόστους, το οποίο είχε διαπιστωθεί ότι συνεχώς αυξανόταν. Με τον τρόπο αυτό, θα υπήρχε αύξηση της αποδοτικότητας. Τα μέτρα αυτά περιελάμβαναν την αποκέντρωση και ανάπτυξη των περιφερειακών δομών υγείας, τη δημιουργία των νέων διευθυντικών δομών στα δημόσια νοσοκομεία, την τροποποίηση των όρων της απασχόλησης για τους ιατρούς του ΕΣΥ, τη συγχώνευση και το συντονισμό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, την ανάπτυξη υπηρεσιών δημόσιας υγείας, την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, και την ανάπτυξη δομών διαπίστευσης των υπηρεσιών υγείας και διασφάλισης της ποιότητας. Ο συντονισμός των φορέων χρηματοδότησης της υγείας και η δημιουργία ενός νέου χρηματοπιστωτικού ιδρύματος, το οποίο θα λειτουργούσε ως ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας, θα έπαιζε το ρόλο του αγοραστή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Προβλέφτηκε ότι ο νέος οργανισμός ΟΔΠΥ θα διαχειριζόταν τα έσοδα όλων των οργανισμών με πάνω από το 95% των εσόδων της ασφάλισης των εργαζομένων. Η ενοποίηση της χρηματοδότησης θα συνδυαζόταν με την ενοποίηση των παροχών. Μια πολιτική διασφάλισης της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη σχεδιάστηκε να αναπτυχθεί με την ίδρυση εθνικού ινστιτούτου υγείας, με εξειδικευμένα κέντρα διασφάλισης ποιότητας βιοϊατρικής τεχνολογίας, έρευνα, εκπαίδευση, δημόσια υγεία και ιατρική τεχνολογία πληροφοριών (Economou, 2010). Η μεταρρύθμιση αυτή συνέβη σε μια περίοδο μεταρρυθμίσεων σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, στοχεύοντας με τα μέτρα που λήφθηκαν στην αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος και την αποτελεσματική συγκράτηση του κόστους υγείας. Η μεταρρυθμιστική νομοθεσία στην Ελλάδα

πέτυχε περισσότερο την ισότητα των ληπτών υπηρεσιών υγείας απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες, παρά την συγκράτηση του κόστους.

### 7.2.2 Αιτίες αναποδοτικότητας έως την έναρξη της οικονομικής κρίσης

Οι πολιτικές υγείας τις οποίες εφάρμοζαν οι κυβερνήσεις και υλοποιούνταν με τη λήψη μέτρων, μεταξύ άλλων στόχευαν στην αύξηση της αποδοτικότητας. Ωστόσο, μια σειρά από διαπιστώσεις που πραγματοποιήθηκαν, έδειξαν ότι η αποδοτικότητα των μονάδων υγείας δεν αυξήθηκε σε ένα άριστο επίπεδο, αλλά παρέμεινε χαμηλή. Με τον τρόπο αυτό εντοπίστηκαν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης της αποδοτικότητας. Η μείωση της αποδοτικότητας ήταν, σύμφωνα με τη βασική διάκριση της αποδοτικότητας, μείωση της τεχνικής αποδοτικότητας και μείωση της αποδοτικότητας κατανομής. Οι διαπιστώσεις που έγιναν και που αφορούσαν τη μείωση της αποδοτικότητας της αποδοτικότητας της κατανομής των πόρων, σύμφωνα με τον Economou (2010) ήταν:

- Το όριο δαπανών υγείας. Είναι δύσκολο να τεθεί ανώτατο όριο δαπανών για την υγεία, διότι η απουσία συγκέντρωσης των πόρων υγείας, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ του μεγάλου αριθμού πληρωτών, η απουσία επαρκούς δημοσιονομικής διαχείρισης, το λογιστικό σύστημα και η έλλειψη διαδικασιών παρακολούθησης έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση υπερβολών στο δημοσιονομικό σύστημα για την υγεία. Έτσι, κάθε έτος η πραγματικότητα του προϋπολογισμού δαπανών ξεπερνά τις προβλέψεις του προϋπολογισμού. Η διαδικασία με την οποία καταρτίζεται ο προϋπολογισμός βασίζεται σε ιστορικά προηγούμενα δαπανών υγείας. Οι προϋπολογισμοί των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης οδηγούνται από τη ζήτηση, χωρίς να παρακολουθούν τις δραστηριότητες. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων και των ταμείων είναι επιδοτούμενα εκ των υστέρων από τον κρατικό προϋπολογισμό και ως εκ τούτου δεν υπάρχουν κίνητρα για τη βελτίωση της αποδοτικότητας (Mossialos, Allin & Davaki 2005).
- Οι περιφερειακές ανισότητες όσον αφορά την κατανομή των πόρων, οι οποίες επηρέαζαν την αποδοτικότητα της κατανομής των πόρων. Ο ανορθολογικός τρόπος κατανομής των πόρων οδήγησε σε σημαντικές ανισότητες στην κατανομή της υγείας και οδηγεί στην απώλεια πόρων που δεν υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν. Στο Ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας, η κατανομή των κεντρικών πόρων προς τις περιφέρειες ακολουθεί την πρακτική μιας ad hoc εκτίμησης της αύξησης του προηγούμενου προϋπολογισμού και

διέπεται κυρίως από πολιτικές πιέσεις και πελατειακές σχέσεις σε κάθε περιοχή (Mitropoulos & Sissouras, 2004).

- Η απουσία ειδικών νομικών διατάξεων για τον έλεγχο της τεχνολογίας της υγείας επιδεινώνει την κατάσταση ως προς την αποδοτικότητα. Οι τεχνολογίες εισάγονται χωρίς πρότυπα και χωρίς επίσημη εξέταση των αναγκών, χωρίς έλεγχο της καταλληλότητας και χωρίς έλεγχο της απόδοσης του εγκατεστημένου εξοπλισμού. Η αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και η έλλειψη κατάλληλων κινήτρων και καθορισμού συμπεριφοράς των ιατρών, οδήγησε σε ανεξέλεγκτη παροχή ακριβής βιοιατρικής τεχνολογίας (Liagoroulos & Kaitelidou, 2000).
- Τα λανθασμένα στοιχεία που χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της αποδοτικότητας. Τέτοια στοιχεία δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις άτυπες πληρωμές, και οδηγούν σε εσφαλμένα αποτελέσματα για την αποδοτικότητα. Αυτά τα στοιχεία ίσως ευθύνονται για την υψηλή κατάταξη του Ελληνικού συστήματος υγείας σε μελέτη αποδοτικότητας του ΟΟΣΑ. Η μελέτη αυτή αξιολογεί την αποδοτικότητα για των δαπανών για τη δημόσια υγεία σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, δίνοντας υψηλή κατάταξη στο Ελληνικό σύστημα υγείας σε σχέση με τα συστήματα υγείας άλλων χωρών (Afonso, Schuknecht & Tanzi, 2003). Τα ευρήματα που προκύπτουν από τέτοιου είδους μελέτες πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή.

Ένας άλλος τομέας τον οποίο οι κυβερνήσεις οφείλαν να έχουν λάβει υπόψη σε σχέση με τη μειωμένη αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, είναι αυτός της τεχνικής αποδοτικότητας στην παραγωγή της υγειονομικής περίθαλψης. Οι διαπιστώσεις σχετικά με την τεχνική αποδοτικότητα στην παραγωγή της υγειονομικής περίθαλψης του Ελληνικού συστήματος υγείας στο διάστημα πριν την οικονομική κρίση, σύμφωνα με τον Economou (2010) ήταν οι εξής:

- Οι μέθοδοι πληρωμής των παρόχων υγείας δεν δημιουργούν κίνητρα για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας. Τα δημόσια νοσοκομεία εξακολουθούσαν να πληρώνονταν ανά ημέρα και ο κρατικός προϋπολογισμός επιδοτούσε τα ελλείμματα τους. Στους ιατρούς που εργάζονταν στα νοσοκομεία καταβαλλόταν κατ' αποκοπή μισθός, ενώ στους ιατρούς που είχαν συμβληθεί με παρόχους για παροχή υπηρεσιών υγείας σε περιπατητικούς ασθενείς καταβαλλόταν αμοιβή με βάση τον αριθμό επισκέψεων. Το γεγονός ότι οι πληρωμές των ιατρών δεν σχετιζόνταν με την απόδοσή τους, αποτελεί κίνητρο για την ελαχιστοποίηση της προσπάθειας που αφιερώνεται στην πρακτική των

θεσμικών οργάνων και στη στροφή προς την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών (Mossialos, Allin & Davaki, 2005).

- Παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπάρκειες αναποδοτικότητας τόσο στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ όσο και στα Δευτεροβάθμια νοσοκομεία. Σε μελέτες αποδοτικότητας που έχουν πραγματοποιηθεί στην ΠΦΥ, αναδεικνύεται το αυξημένο ποσοστό των αναποδοτικών μονάδων. Τα αποτελέσματα των μελετών υποδεικνύουν την αναποδοτική κατάσταση και τις ανισότητες των κέντρων υγείας της ΠΦΥ (Sissouras, Mitropoulos & Gounaris, 2000).
- Διαπιστώθηκε μια τάση για αύξηση της παραγωγικότητας στα δημόσια νοσοκομεία. Η μέση διάρκεια νοσηλείας και ο αριθμός των νοσηλείων των κλινών οξείας περίθαλψης μειώθηκαν, ενώ η πληρότητα των κρεβατιών και οι νοσοκομειακές απορρίψεις νοσηλείας αυξήθηκαν. Ωστόσο, μελέτες που χρησιμοποιούν τα περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ένας σημαντικός χώρος για βελτιώσεις στην αποδοτικότητα. Μελέτη αποδοτικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει περιθώριο 20% για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των δημοσίων νοσοκομείων. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στην αποδοτικότητα των γενικών νοσοκομείων, τα οποία εμφανίζουν μεγαλύτερη αποδοτικότητα σε σχέση με τα νοσοκομεία που ασκούν και θεσμοθετημένο διδακτικό έργο (Giokas, 2001).
- Περιθώρια βελτίωσης της τεχνικής αποδοτικότητας παρατηρήθηκαν σε ένα ευρύ χρονικό διάστημα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Η νοσοκομειακή X-αποδοτικότητα παρατηρήθηκε ότι ήταν σε ένα πολύ μικρό ποσοστό (20-34%) σε σχέση με τις παρατηρούμενες δαπάνες. Διαπιστώθηκε ότι τα νοσοκομεία με 250-400 κλίνες λειτουργούσαν πιο αποδοτικά σε σχέση με τα μεγαλύτερα και τα μικρότερα νοσοκομεία, υπαγορεύοντας με αυτόν τον τρόπο τη μέγεθος στο οποίο θα έπρεπε να βρίσκονται τα νοσοκομεία για να λειτουργήσουν αποδοτικά. Τα μικρά νοσοκομεία γνωστά ως Κέντρα Υγείας εμφάνισαν αρκετά υψηλό ποσοστό αναποτελεσματικότητας (Economou, 2010).
- Τα μέτρα που ελήφθησαν από την Κυβέρνηση Παπανδρέου το 2001 δεν είχαν την αναμενόμενη θετική επίδραση στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Η τεχνική αποδοτικότητα και η αποδοτικότητα κλίμακας μειώθηκαν μετά τις αλλαγές πολιτικής ενώ τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν επιτεύχθηκαν. Η ερμηνεία αυτού του αποτελέσματος αποδόθηκε σε οργανωτικούς και διοικητικούς παράγοντες που εμπόδισαν τη διαδικασία μεταρρύθμισης. Η μεταρρύθμιση πραγματοποιήθηκε χωρίς να εισαχθούν αποτελεσματικοί μηχανισμοί παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους, ούτε συστήματα διαχείρισης πληροφοριών ή διαδικασίες ελέγχου της απόδοσης και ως εκ τούτου, κάθε προσπάθεια

παρακολούθησης της απόδοσης των νοσοκομείων και του κόστους παρεμποδίστηκε. Επιπλέον, η νοσοκομειακή χρηματοδότηση παρέμεινε υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας με βάση τα ιστορικά δεδομένα και όχι τα αποτελέσματα της αποδοτικότητας (Aletras et al., 2007).

- Ο προβληματικός χαρακτήρας του λογιστικού συστήματος των δημοσίων νοσοκομείων ο οποίος επηρέαζε αρνητικά την αποδοτικότητα. Στο πλαίσιο αυτού του συστήματος, τα έσοδα καταγράφονταν όταν λαμβάνονταν σε μετρητά και τα έξοδα καταγράφονταν όταν τα μετρητά είχαν εκταμιευτεί. Με τον τρόπο αυτό, η μέτρηση της επίδοσης ήταν αδύνατη, αφού οι πόροι δεν σχετιζόνταν με τα επιτευχθέντα αποτελέσματα. Οι πιστωτές δεν καταγράφονταν, που ήταν μεγάλης σημασίας θέμα δεδομένου ότι τα νοσοκομεία είχαν υψηλά ληξιπρόθεσμα δάνεια και τα ασφαλιστικά ταμεία δεν εξοφλούσαν τις παροχές των δικαιούχων τους. Οι εκ των υστέρων έλεγχοι για τον εξοπλισμό που αγοραζόταν στα νοσοκομεία ήταν δύσκολο να πραγματοποιηθούν. Η έλλειψη σε ελέγχους και απογραφή αναλωσίμων καθιστούσαν ιδιαίτερα αδύνατη τον αξιόπιστο υπολογισμό των ποσοτήτων που έπρεπε να παραγγελθούν. Για το λόγο αυτό, είχε προταθεί η χρησιμοποίηση διπλογραφικού λογιστικού συστήματος (Ballas & Tsoukas, 2004).
- Οι διαδικασίες δημοσίων συμβάσεων και ο τρόπος διαχείρισης αυτών είναι παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Τα χρέη των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε μεγάλο βαθμό οφείλονται σε προμήθειες. Οι ιατρικές προμήθειες συχνά γίνονταν χωρίς διαγωνισμό (Economou et al., 2017). Επίσης, εμφανίζεται ένα υψηλό κόστος προμήθειας για κατηγορίες των συσκευών, όταν η τελική επιλογή εξαρτάται από ιατρό (European Profiles, 2007).
- Τα αναποδοτικά διαχειριστικά συστήματα των νοσοκομείων και η καθυστέρηση στην επιλογή των παραγγελθέντων αγαθών, τα οποία χρειάζονταν έως και 18 μήνες για την παράδοσή τους. Επίσης, η διοίκηση των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα γινόταν με στελέχη που διορίζονταν από την κυβέρνηση με βάση την πολιτική τους σχέση με το κυβερνών κόμμα κι όχι λόγω της σχετικής κατάρτισης ή των προσόντων τους. Πλην ενός διαστήματος τεσσάρων χρόνων (από το 2001 έως το 2005), κατά το οποίο έγινε προσπάθεια εισαγωγής επιστημονικών στοιχείων στη διαχείριση των δημοσίων νοσοκομείων, το πρότυπο της πολιτικής διοίκησης κυριαρχούσε σε αυτή (Economou et al., 2017).

Οι πολιτικές υγείας σχεδιάστηκαν μετά τη διαπίστωση της μη αποδοτικής λειτουργίας για τα Ελληνικά νοσοκομεία. Στην περίπτωση της Ελλάδας, τα νοσοκομεία χρησιμοποιούσαν περίπου το 60% των συνολικών δαπανών για τη δημόσια υγεία. Λόγω αυτής της διαπίστωσης οι Υπουργοί

Υγείας της Ελλάδος εξέταζαν το ενδεχόμενο για περισσότερη ορθολογική κατανομή των νοσοκομειακών πόρων. Υπήρξαν ενδείξεις για την μη αποτελεσματική λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Διαπιστώθηκε επίσης έλλειψη μελετών που καθόριζαν το βέλτιστο αριθμό και το μέγεθος των νοσοκομείων. Η κατασκευή νοσοκομείων στην περίοδο προ της οικονομικής κρίσης φαινόταν ότι εξυπηρετούσε πολιτικές ανάγκες και όχι την ανάγκη παροχής υπηρεσιών σε όσο το δυνατόν περισσότερους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Η κατασκευή νοσοκομείων, όπως και άλλων οργανώσεων παροχών δημοσίων υπηρεσιών στην Ελλάδα, εξυπηρετούσαν το σκοπό της δημιουργίας απασχόλησης και οικονομικής δραστηριότητας σε περιφέρειες και περιοχές που είχαν πρόσβαση σε ισχυρό πολιτικό λόμπι στην κεντρική κυβέρνηση. Επιπλέον, η ανάγκη κατασκευής νοσοκομειακών υποδομών στην Ελλάδα εξυπηρετούσε ανάγκες όπως διοχέτευση των δημόσιων πόρων στο μεγάλο λόμπι των κατασκευαστικών εταιρειών που με τη σειρά τους αύξαιναν το κόστος κατασκευής για τη δημιουργία κτιρίων και υποδομών που απαιτούν υψηλό λειτουργικό κόστος από την άποψη της συντήρησης. Πολλοί πόροι της ΕΕ από το δεύτερο και το τρίτο κοινοτικό πλαίσιο στήριξης χρησιμοποιήθηκαν για την οικοδόμηση υποδομών, στις οποίες το πραγματικό κόστος ήταν υψηλότερο από αυτό που προέβλεπε ο αρχικός προϋπολογισμός. Συγκεκριμένα, το πραγματικό κόστος κατασκευής δέκα περιφερειακών νοσοκομείων υπερέβη κατά 28% το αρχικό κόστος του προϋπολογισμού, ενώ το ποσό αυτό μπορεί να αυξηθεί σε ορισμένες περιπτώσεις σε 80% (Boutsioli, 2010).

### *7.2.3 Η επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης*

Η κυβέρνηση Παπανδρέου εφήρμοσε αυστηρή λιτότητα υπό την επίδραση του μνημονίου και ακολούθησε πολιτική περιορισμού της δημόσιας χρηματοδότησης στο σύστημα υγείας. Με τη μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης, εκτός από τον περιορισμό του δημοσίου ελλείμματος, στόχευε στην μείωση των εισροών στο σύστημα υγείας και κατά συνέπεια στην αύξηση της αποδοτικότητας, εφόσον η αποδοτικότητα αυξάνεται όταν μειώνονται οι εισροές. Σε έναν ιδιαίτερο τομέα εφαρμογής των δημοσίων πολιτικών, οι πολιτικές μείωσης των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ, που ακολούθησε η Ελληνική κυβέρνηση στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, εντάσσονται στις πολιτικές που επεδίωκαν να αυξήσουν την αποδοτικότητα (Economidou et al., 2015).

Η Κυβέρνηση Παπανδρέου εφάρμοσε τα ΚΕΝ σε μια προσπάθεια να περιοριστεί το κόστος μέσω της ορθολογικοποίησης των προϋπολογισμών και των επιχορηγήσεων των νοσοκομείων με βάση μια ρεαλιστική αποτύπωση του παραγόμενου έργου. Μετά από μια πιλοτική εφαρμογή ΚΕΝ σε 20

νοσοκομεία, η εφαρμογή ΚΕΝ σε 113 νοσοκομεία και η ανατροφοδότηση πληροφορίας από αυτά κατά το τέλος του 2011, έδειξε σημαντικά αποτελέσματα για την κοστολόγηση του έργου και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της ανατροφοδότησης για τον περιορισμό του κόστους και για την αύξηση της αποδοτικότητας ήταν θετικά ως προς την αποτίμησή τους. Όμως, διαπιστώθηκαν αποκλίσεις από τις πραγματικές τιμές για αποζημιώσεις νοσηλείας σε σχέση με αυτές του συστήματος ΚΕΝ, αποκλίσεις οι οποίες θα διορθώνονταν κατά τη διάρκεια της επόμενης διακυβέρνησης (Polyzos et al., 2013).

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, εντάσσεται στις πολιτικές εξοικονόμησης πόρων που σχεδίασε η κυβέρνηση Γ. Παπανδρέου και υλοποίησε με το Ν. 3918/2011 για την εξοικονόμηση πόρων από τις φαρμακευτικές δαπάνες, τη εξοικονόμηση πόρων από την επιδοματική πολιτική και την αύξηση των εσόδων από την πάταξη της φοροδιαφυγής στην Υγεία (Keramidou & Triantafyllopoulos, 2018). Με την ίδρυση του (ΕΟΠΥΥ), επιχειρείται να πραγματοποιηθεί οικονομία κλίμακος με την ένταξη σε αυτόν διαφόρων προϋπαρχόντων ταμείων. Σε μια προσπάθεια περιορισμού του κόστους, ορίστηκε ένα μηνιαίο όριο 200 επισκέψεων για τους ιατρούς που συμβάλλονταν με τον ΕΟΠΥΥ και ένα ανώτατο όριο αποζημίωσης το οποίο εξαρτώνταν από την ειδικότητα του Ιατρού (Economou et. al, 2017). Με την οικονομία κλίμακος και την εξοικονόμηση πόρων η πολιτική αυτή επιδρούσε στην αποδοτικότητα.

Η πολιτική μείωσης προσωπικού τομέα υγείας στόχευε άμεσα στον περιορισμό του κόστους και στην αύξηση της αποδοτικότητας. Η εθελουσία έξοδος και η πρόωγη συνταξιοδότηση περιόρισαν προοδευτικά το μισθολογικό κόστος, αλλά μετέφεραν το κόστος αυτό στο συνταξιοδοτικό σύστημα, με απώτερο σκοπό την περαιτέρω μείωση των συντάξεων. Εξαιτίας της αβεβαιότητας του ασφαλιστικού συστήματος, έλαβε χώρα πρόωγη συνταξιοδότηση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών. Οι συμβάσεις εκτάκτου προσωπικού δεν ανανεώθηκαν. Με την εφαρμογή της διάταξης σύμφωνα με την οποία διοριζόταν ένας υπάλληλος για κάθε πέντε συνταξιοδοτήσεις, το προσωπικό υγείας μειώθηκε (Kaitelidou & Kouli, 2012). Η εφαρμογή της πολιτικής αυτής οδήγησε στη μείωση του κόστους μισθοδοσίας μέσω της ελάττωσης του προσωπικού του τομέα υγείας και ιδίως νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού.

Οι πολιτικές επηρεασμού του κόστους χρηματοδοτικής περίθαλψης που χρηματοδοτείται δημόσια εφαρμόστηκαν με τον περιορισμό των κρατικών δαπανών για την υγεία με μέτρα σχετικά με τη μείωση του μισθολογικού κόστους (Kaitelidou & Kouli, 2012). Τέτοια μέτρα περιλάμβαναν την απώλεια επιδομάτων και μείωση των μισθών των επαγγελματιών του δημόσιου τομέα, και κάλυψη κρίσιμων κενών θέσεων με μεταφορές μελών ιατρικού προσωπικού από άλλα ιδρύματα. Η μείωση



των δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων προέκυψε κατά 75% από μείωση δαπανών μισθοδοσίας (μεταξύ 2009 και 2011 μειώθηκε κατά € 0,56 δισ., μείωση 16,5%) (Economou et al., 2013). Από το 2009 έως το 2011 μειώθηκαν οι μισθοί του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης κατά 14 τοις εκατό σε σύγκριση με το 2009 (Kaitelidou & Kouli, 2012).

Ένας σημαντικός στόχος της πολιτικής που είναι προσανατολισμένες στη μείωση του κόστους που ακολούθησε η Κυβέρνηση Παπανδρέου, απετέλεσε η μείωση του κόστους εισόδου. Η μείωση αυτή συμπεριέλαβε το κόστος όλων των προμηθειών, δηλαδή των φαρμακευτικών προϊόντων, των ιατρικών προμηθειών, των ορθοπεδικών και των ιατρικών εργαστηρίων. Οι προμήθειες των νοσοκομείων μειώθηκαν κατά περίπου 30% από το έτος 2009 έως το 2011. Σε αυτήν την περίοδο οι δαπάνες ιατρικών εφοδίων, φαρμακευτικών υλικών και ιατρικών αντιδραστηρίων μειώθηκαν κατά ένα μέσο ποσοστό 35%. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012).

Στο χώρο των προμηθειών, η προσπάθεια για τη μείωση του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας επιχειρήθηκε με την ανανεωμένη λειτουργία της ΕΠΥ. Η ΕΠΥ υλοποίησε την ενοποίηση προμηθειών από τα νοσοκομεία, επιτυγχάνοντας με τον τρόπο αυτό οικονομία κλίμακας. Η εποπτεία των προμηθειών των νοσοκομείων από την ΕΠΥ, επιχειρούσε να μειώσει περαιτέρω το κόστος προμηθειών και να μειώσει δραστικά το χρόνο πληρωμής, ώστε να ελαχιστοποιηθούν τα ληξιπρόθεσμα χρέη των νοσοκομείων. Για την υλοποίηση της μείωσης του κόστους, η ΕΠΥ σύνηψε μετά από διαπραγματεύσεις συμφωνίες – πλαίσιο, οι οποίες δέσμευαν τα νοσοκομεία για την προμήθεια υλικών. (Kastanioti et al., 2013).

Η πολιτική εκσυγχρονισμού του συστήματος προμηθειών που ακολούθησε η κυβέρνηση οδήγησε σε ένα επιπλέον μέτρο περιορισμού του κόστους προμηθειών. Το μέτρο αυτό ήταν το παρατηρητήριο τιμών, που απετέλεσε μια βάση δεδομένων στην οποία αναγραφόταν η ανώτερη επιτρεπόμενη τιμή ενός υλικού. Το παρατηρητήριο τιμών απετέλεσε ένα εργαλείο παρακολούθησης των τιμών για τη συλλογή και την ανάλυση των προσφορών και των τεχνικών προδιαγραφών που δημοσιεύονται από τα νοσοκομεία. Με τον τρόπο αυτό, καθοριζόταν μια ανώτατη επιτρεπόμενη τιμή για κάθε υλικό το οποίο επρόκειτο να προμηθευτεί κάθε νοσοκομείο (Economou et al., 2017). Με τον τρόπο αυτό, επιτεύχθηκε μείωση του κόστους που οδηγούσε στην αύξηση της αποδοτικότητας.

Η εφαρμογή του Προγράμματος Προμηθειών Υγείας, αποσκοπούσε στη μείωση του κόστους μέσω της εξασφάλισης κεντρικών προμηθειών και οικονομίας κλίμακας και επομένως συνέβαλε στην αύξηση της αποδοτικότητας. Για την εφαρμογή του ΠΠΥ, η ΕΠΥ καθορίστηκε να ελέγχει τη διαδικασία προσφορών (πρότυπα δήλωσης και σύμβασης, ανάπτυξη, οργάνωση και προώθηση

κανόνων ηλεκτρονικού εμπορίου). Η εφαρμογή των διαδικασιών του ΠΠΥ είχε σαν αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 180 εκατομμυρίων Ευρώ (Kastanioti et al., 2013).

Οι χρεώσεις για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν, σε μια προσπάθεια να εισέλθουν χρήματα στα κρατικά ταμεία, μέσω της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Από το 2011 και μετά, αυξήθηκε το εξέταστρο για την παροχή υπηρεσιών εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων από 3 Ευρώ σε 5 Ευρώ. Επίσης, η συνεισφορά των πολιτών για τις υπηρεσίες που παρέχονταν μέσω ΕΟΠΥΥ καθορίστηκε στο 15%, έναντι ποσοστών από 0% έως 25% πρηγουμένως, που όμως στις περισσότερες περιπτώσεις ήταν σε επίπεδο μηδενικής αποζημίωσης (Kaitelidou & Kouli, 2012).

Μετά τη δημιουργία του νέου υγειονομικού χάρτη της χώρας που προέκυψε από τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων υπό ενιαίες διοικήσεις, σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το Υπουργείο Υγείας, επετεύχθησαν τα εξής :

- Μείωση στις οργανικές κλίνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά 20%
- Μείωση των οργανικών ιατρικών τομέων κατά 20%
- Μείωση στα οργανικά ιατρικά τμήματα κατά 20%
- Μείωση στις κενές οργανικές θέσεις κατά 5%

Τα μέτρα αυτά οδήγησαν στη μείωση διοικητικού και τεχνικού κόστους και στην επίτευξη οικονομικών κλίμακας. Στον πίνακα 7.3 φαίνονται οι μεταβολές στον αριθμό των κλινών, στους αριθμούς των ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών τομέων και στον αριθμό των οργανικών θέσεων πριν και μετά την εφαρμογή του σχεδίου αυτού (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012). Αυτό το σχέδιο προοριζόταν για να συνδράμει στη βελτίωση της αποδοτικότητας κατανομής του Ελληνικού συστήματος υγείας, δεδομένου ότι η κατανομή των πόρων υγείας σε όλη την Ελλάδα βασιζόταν παραδοσιακά σε ιστορικά και πολιτικά κριτήρια, όπως ad hoc εκτιμήσεις, καθοδηγούμενες από πολιτικές πιέσεις και την πολιτική που βασιζόταν στις πελατειακές σχέσεις (Economou et al., 2017)

Η πολιτική παρακολούθησης (monitoring) της λειτουργίας των νοσοκομείων εφαρμόστηκε από το Υπουργείο Υγείας με τη χρήση των πληροφοριακών συστημάτων. Τα στοιχεία αυτά στέλνονταν σε πραγματικό χρόνο και χωρίς να υπάρχει μεγάλο διοικητικό και γραφειοκρατικό κόστος. Η μείωση του κόστους αυτού συνέβαλε στην αύξηση της αποδοτικότητας και επίσης, η υποβολή αξιόπιστων στοιχείων σε πραγματικό χρόνο συνέβαλε στη επίλυση προβλημάτων, αυξάνοντας την αποδοτικότητα κατανομής (Καστανιώτη & Πολύζος, 2016). Η εισαγωγή του Πληροφοριακού Συστήματος e-dary, συνέβαλε στη μείωση του διοικητικού κόστους, εφόσον τα στοιχεία

υποβάλλονταν ηλεκτρονικά. Επίσης, συνέβαλλε στη μείωση των εξόδων, δεδομένου ότι περιόριζε τις περιπτώσεις υποβολής στις απαιτούμενες και περιόριζε τις αστοχίες του ελέγχου του παρελθόντος (Vassilakopoulou & Marmaras, 2013).

Η κυβέρνηση Παπανδρέου ακολούθησε μια πολιτική προώθησης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με σκοπό τη μείωση του κόστους. Αυτό προκάλεσε μείωση στον αριθμό των Ιατρών που συνταγογραφούν τις εξετάσεις αλλά και στον αριθμό των νοσηλευτών που εμπλέκονται στη διαδικασία και επίπτωση στη μείωση των αριθμών ημερών νοσηλείας. Το σύστημα απετέλεσε μια πολύτιμη πηγή δεδομένων σχεδιασμού, ελέγχου και διαφάνειας για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Απετέλεσε ένα χρήσιμο εργαλείο για καλύτερο διοικητικό έλεγχο και για τον περιορισμό του κόστους (Pangalos, Asimakopoulos & Pagkalos, 2013).

### Πίνακας 7.3

#### Αλλαγή κατάστασης νοσοκομείων μετά την εφαρμογή υγειονομικού χάρτη

ΥΠΕ	1 <sup>η</sup>	2 <sup>η</sup>	3 <sup>η</sup>	4 <sup>η</sup>	5 <sup>η</sup>	6 <sup>η</sup>	7 <sup>η</sup>	Σύνολο
Κλίνες (παλιές)	11850	6922	3240	5868	3463	6245	2545	40133
Κλίνες (νέες)	9850	4605	2640	4910	3000	5640	2195	32840
Διευθύνσεις (υφιστάμενες)	77	64	40	53	43	90	25	392
Διευθύνσεις (νέες)	77	62	39	45	40	89	25	377
Ιατρικοί τομείς (υφιστάμενοι)	95	77	47	63	51	103	33	469
Ιατρικοί τομείς (νέοι)	95	73	45	54	49	100	30	446
Νοσηλευτικοί τομείς (υφιστάμενοι)	84	54	35	52	41	66	28	360
Νοσηλευτικοί τομείς (νέοι)	95	65	45	51	44	90	27	417
Ιατρικά τμήματα και μονάδες (υφιστάμενα)	802	581	326	535	354	614	235	6447
Ιατρικά τμήματα και μονάδες (νέα)	712	424	191	375	320	577	187	2686
Συνολική μείωση εκ των υφιστάμενων τμημάτων και μονάδων	-90	-157	-135	-160	-34	-37	-48	-661
Οργανικές θέσεις εργασίας (πριν)	33753	16432	8486	15777	11894	17495	7315	111152
Οργανικές θέσεις εργασίας (μετά)	29082	13712	7551	14420	8635	16531	6554	96485
Συνολική μείωση των οργανικών θέσεων εργασίας	-4671	-2720	-935	-1357	-3259	-964	-761	-14667

Πηγή : Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012

Με τα μέτρα που ελήφθησαν από την κυβέρνηση Παπανδρέου προς την κατεύθυνση της μείωσης των δαπανών φαρμάκου, οι δαπάνες αυτές μειώθηκαν από 5,4 δισεκατομμύρια το 2010 σε 4,4 δισεκατομμύρια το 2011. Με τον τρόπο αυτό επιτεύχθηκε μείωση στη δαπάνη φαρμάκου και κατά συνέπεια αύξηση της αποδοτικότητας. (Kaitelidou & Kouli, 2012). Άλλες αλλαγές, πέραν από τις περικοπές τιμών φαρμάκων και την επανεισαγωγή θετικού καταλόγου, περιλάμβαναν τις μεταβολές στα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων και χονδρεμπόρων, και στις προσφορές νοσοκομειακών φαρμάκων. Ως αποτέλεσμα των μέτρων αυτών, οι δημόσιες δαπάνες για φάρμακα μειώθηκαν από 5,09 δισ. Ευρώ το 2009 σε 4,25 δισ. Ευρώ το 2010 και 4,10 δισ. Ευρώ το 2011 (Vandoros & Stargardt, 2013). Ένα νέο σύστημα τιμολόγησης εφαρμόστηκε από το 2010 και έπειτα με το οποίο η κυβέρνηση Παπανδρέου στόχευε να εξοικονομήσει επιπλέον 233,7 εκατομμύρια Ευρώ, μειώνοντας κατά πολύ τις δαπάνες φαρμάκου (Στουρνάρας, 2011). Σύμφωνα με τους Karanikolos et al. (2013), η εισαγωγή του νέου συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων απετέλεσε μια σημαντική μεταρρύθμιση.

Η μεταρρύθμιση στην κατεύθυνση της διείσδυσης των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά ξεκίνησε το 2011, όταν η κυβέρνηση Παπανδρέου πέτυχε μέσω διαγωνισμών τη μείωση έως και ποσοστό άνω του 90%, των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων (Vandoros & Stargardt, 2013). Η κυβέρνηση επιδίωξε την εξοικονόμηση δαπανών από την αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ γενόσημων και πρωτοτύπων φαρμάκων (Στουρνάρας, 2011). Η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα οδήγησε σε αυξημένη ανταγωνιστικότητα και δημιούργησε μεγάλες ευκαιρίες για την εξοικονόμηση των υγειονομικών πόρων. Η αντικατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων με γενόσημα, πραγματοποιήθηκε και υπό τις επιταγές του δημοσιονομικού προγράμματος προσαρμογής (Tripsa et al., 2013). Όμως, υποστηρίχθηκε ότι πολιτικές που θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν τη συνταγή και την κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων, δεν εφαρμόστηκαν μέχρι το 2012 με τρόπο που να εγγυάται την αποτελεσματικότητα της εισαγωγής των γενόσημων φαρμάκων στην Ελληνική αγορά (Goranitis, Siskou & Liaropoulos, 2014).

Στον πίνακα 7.4 φαίνονται οι πολιτικές και τα μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση Παπανδρέου και επέδρασαν στην αποδοτικότητα των μονάδων υγείας. Η πολιτική την οποία ακολούθησε η κυβέρνηση αυτή κατηγοριοποιείται σε κατηγορίες πολιτικής, σύμφωνα με τους Wenzl, Naci & Mossialos (2017). Στη συνέχεια, φαίνεται η επίδραση στην αποδοτικότητα (θετική ή αρνητική). Αναφέρεται το ληφθέν μέτρο που εφαρμόστηκε στα πλαίσια αυτής της πολιτικής, η περιγραφή του μέτρου αυτού και η διάταξη που εισάγει το μέτρο (εφόσον υπάρχει). Τέλος, φαίνονται τα επιμέρους μέτρα τα οποία έχουν ληφθεί για την υλοποίηση της πολιτικής αυτής.

**Πίνακας 7.4 Πολιτική κυβέρνησης Παπανδρέου και μέτρα υλοποίησης για την επίδραση στην αποδοτικότητα**

Πολιτική	Ληφθέν μέτρο	Περιγραφή Μέτρου	Εξειδίκευση Μέτρου		
Λιτότητα -μείωση κάλυψης υπηρεσιών	Περικοπές στους προϋπολογισμούς	Μικρότεροι προϋπολογισμοί και επιστροφές	Μείωση προϋπολογισμών	Περιορισμός κρατικών δαπανών	Επιστροφή αδιάθετων
Λιτότητα -μείωση προϋπολογισμών δημόσιας υγείας	Κεφάλαια κοινωνικής ασφάλισης	Μη χορήγηση κεφαλαίων κοινωνικής ασφάλισης στην υγεία	Παρακράτηση χρημάτων από εισφορές για εξόφληση χρέους		
Πληρωμή με βάση ασθένεια -Μείωση δαπανών μέσω μεταρρυθμιστικών μέτρων	Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (DRG)	Αποζημίωση νοσοκομείων με βάση την πράξη	Αποδοτικότερη και ορθολογικότερη κατανομή πόρων	Περιορισμός της χρηματοδότησης των νοσοκομείων	Κατάργηση κατά κεφαλήν αποζημίωσης
Πληρωμές παρόχων (μονοψώνιο) -περικοπή αποζημιώσεων -περικοπή πάνω από το όριο -περικοπή προνομιούχων παροχών	Ίδρυση ΕΟΠΥΥ	Συγχώνευση ταμείων ασφάλισης	Μείωση πόρων δαπανών	Εξοικονόμηση πόρων επιδομάτων	Αύξηση εσόδων φοροδιαφυγής
Λιτότητα -μείωση εισοδημάτων εργαζομένων	Περικοπές μισθολογικών εξόδων	Περικοπές εισοδημάτων εργαζομένων	Μείωση μισθών επαγγελματιών υγείας	Απόλεια επιδομάτων	
Μείωση προσωπικού -περικοπή πάνω από το όριο	Αποχωρήσεις προσωπικού	Ελάττωση πάσης φύσεως προσωπικού	Εθελουσία έξοδος	Πρόωρη συνταξιοδότηση	Ελλάτωση συμβασιούχων
Κεντρικοποίηση της διαδικασίας προμηθειών -περικοπή πάνω από το όριο	Λειτουργία ΕΠΥ	Ενοποίηση προμηθειών και οικονομίες κλίμακας	Συμφωνίες - πλαίσιο	Διαχείριση υλικών μεταξύ νοσοκομείων	Ελαχιστοποίηση ληξιπροθεσμων χρεών και επιπλοκών
Μείωση τιμών προμηθειών -Περικοπή πάνω από το όριο	Παρατηρητήριο τιμών	Έλεγχος ύψους προμηθειών	Παρακολούθηση τιμών και προσφορών	Παρακολούθηση προδιαγραφών	Εξασφάλιση χαμηλότερης τιμής
Κεντρικοποίηση της διαδικασίας προμηθειών -περικοπή πάνω από το όριο	Πρόγραμμα Προμηθειών Υγείας	Οικονομία κλίμακας μέσω κεντρικοποίησης προμηθειών	Ενσωμάτωση της διαδικασίας προσφορών	Καθορισμός των Προϋπολογισμών των νοσοκομείων	
Κατανομή υπηρεσιών -αλλαγή με βάση την αξία	Συγχωνεύσεις νοσοκομείων	Τροποποιήσεις ως προς τη διοίκηση και τη χρήση νοσοκομείων	Συγχωνεύσεις νοσοκομείων υπό κοινή διοίκηση	Δημιουργία χάρτη υγείας με βάση ιατρικά στοιχεία	Συγχώνευση ομοειδών υπηρεσιών
Εκσυγχρονισμό πληροφορίας -Δομή και διαδικασίες παρόχου	Εισαγωγή ΠΣ	Συστήματα παρακολούθησης και ελέγχου	Συλλογή στοιχείων ESYnet	Μείωση διοικητικού κόστους	Συστήματα Biforms, Atlantis, e-dapy (υποβολές)
Μείωση κάλυψης υπηρεσιών -περικοπές κάλυψης υπηρεσιών	Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	Έλεγχος συνταγών μέσω ΠΣ	Τιμολόγηση βάσει χαμηλότερης τιμής ΕΕ	Μείωση ημερών νοσηλείας	Μείωση ιατρών που συνταγογραφούν
Μείωση κάλυψης υπηρεσιών -περιορισμός παροχών	Περιοριστικοί φραγμοί	Θέσπιση εισιτηρίου	Περιορισμοί πρόσβασης ομάδων		
Περιορισμός κόστους φαρμάκων -μείωση τιμών τεχνολογίας υγείας	Μείωση κόστους φαρμάκων	Περιορισμός των εξόδων για φάρμακα	Θετικός κατάλογος φαρμάκων	Μείωση περιθωρίων κέρδους φαρμακείων	Μείωση τιμών νοσοκομειακών
Περιορισμός κόστους φαρμάκων -μείωση τιμών τεχνολογίας υγείας	Γενόσημα φάρμακα	Αύξηση της συνταγογράφησης γενοσήμων	Δραστική μείωση τιμών γενοσήμων	Αύξηση ανταγωνισμού γενοσήμων και μη	Υποχρεωτική χρήση ποσοστού γενοσήμων

Κυβέρνηση Παπανδρέου

Από την κυβέρνηση Παπαδήμου, η εφαρμογή της ολοκληρωμένης λειτουργίας των ΚΕΝ χρησιμοποιήθηκε για τη μείωση του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας. Οι διευθύνοντες ιατρικών υπηρεσιών των δημοσίων νοσοκομείων έλεγξαν επιτόπου την εφαρμογή των ΚΕΝ, ενώ οι αντίστοιχοι του ιδιωτικού τομέα συμμετείχαν ενεργά στην διαμόρφωση τους. Αυτό επέτρεψε να τεθούν σε χρήση τα ΚΕΝ, ως ένα αξιόπιστο και σημαντικό εργαλείο διαχείρισης με σκοπό τη χρηματοδότηση και τη μείωση κόστους που θα επιτυγχανόταν για τα νοσοκομεία με τη χρήση τους. (Polyzos et al., 2013). Από την αρχή του έτους 2012, η διοίκηση του ΕΟΠΥΥ υπέγραψε με τα ιδιωτικά νοσοκομεία μια συμφωνία για την αποζημίωση με βάση τα δημόσια ΚΕΝ. Αυτό το γεγονός είχε ως συνέπεια να μειωθεί το κόστος για τη δημόσια χρηματοδότηση των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ (Polyzos et al., 2013). Η πληρωμή μέσω ΚΕΝ συνέβαλε στον περιορισμό της χρηματοδότησης των νοσοκομείων και στην εξορθολόγηση των δαπανών. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012).

Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ στόχευε στο να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας, από την οικονομία που προκύπτει όταν ένας μεγάλος οργανισμός αντικαθιστά τους ήδη υπάρχοντες οργανισμούς. Η κυβέρνηση Παπαδήμου συνέχισε την πολιτική της προηγούμενης κυβέρνησης για τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ως σχεδόν αποκλειστικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή τροποποίησε τον κανονισμό παροχών του ΕΟΠΥΥ. Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, συνοδεύτηκε από ένα σημαντικό πρόβλημα, λόγω της αποτυχίας του να διαπραγματευτεί τα χρέη του με τους φαρμακοποιούς. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μετά την λήξη των καθηκόντων της κυβέρνησης, το χρέος του ΕΟΠΥΥ προς τα φαρμακεία να ανέρχεται σε 120 εκατομμύρια Ευρώ, ενώ άλλα 300 εκατομμύρια ευρώ δεν είχαν εκκαθαριστεί από λογαριασμούς του έτους 2011 (Ifanti et al, 2013).

Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η κυβέρνηση επεδίωξε να μειώσει το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία. Η εφαρμογή της οδήγησε στη μείωση του συνολικού κόστους της συνταγογράφησης μειώθηκε περίπου κατά 30% κατά το πρώτο εξάμηνο του 2012, περίοδο που αντιστοιχεί στη διακυβέρνηση Παπαδήμου. Τελικά διαπιστώθηκε ότι μεταξύ άλλων, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποδείχτηκε ότι αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τον διοικητικό έλεγχο και τον έλεγχο του ιατρικού κόστους (Pangalos, Asimakopoulos & Pagkalos, 2013).

Ο εκσυγχρονισμός των λογιστικών συστημάτων των νοσοκομείων αποτέλεσε μια πολιτική επιλογή της κυβέρνησης Παπαδήμου, η οποία σε αυτήν την κατεύθυνση επιχείρησε να ολοκληρώσει την πολιτική της προηγούμενης κυβέρνησης. Η ολοκλήρωση της εφαρμογής ενός λογιστικού συστήματος διπλής εισόδου για την αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των νοσοκομείων

και την εφαρμογή των αναλυτικών λογιστικών συστημάτων, συνεισέφερε στον περιορισμό της δαπάνης των νοσοκομείων (Liagorou et al., 2012). Η εισαγωγή του λογιστικού συστήματος διπλής εισόδου σκόπευε να κάνει τα νοσοκομεία πιο αποδοτικά (Surmachevska, 2012).

Η πολιτική συγχωνεύσεων που ακολουθήθηκε από την κυβέρνηση στόχευε σε περιορισμό των δαπανών από οικονομίες κλίμακας, συρρίκνωση διοικητικών υπηρεσιών, μείωση προσωπικού και ελάττωση των εξόδων για τη στέγαση και τη λειτουργία των υπηρεσιών (Ελληνική & Χαραλάμπους, 2017). Ωστόσο, μέχρι και την ολοκλήρωση του έργου της, οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στις διοικητικές συγχωνεύσεις γειτονικών νοσοκομείων και συγχώνευση παρομοίων τμημάτων στο ίδιο νοσοκομείο. Η διαδικασία μείωσης νοσοκομειακής ικανότητας εντάσσεται στην αύξηση της αποδοτικότητας, η οποία επιτυγχάνεται με το κλείσιμο των περιττών εγκαταστάσεων αντικαθιστώντας την ακριβή νοσοκομειακή περίθαλψη με άλλες πιο οικονομικά εναλλακτικές λύσεις (Kaitelidou & Kouli, 2012).

Στα πλαίσια άσκηση πολιτικής για τη μείωση των τιμών φαρμάκου μέσω διαγωνιστικών διαδικασιών και επιβολής ανώτατων ορίων τιμολόγησης, κατά το Νοέμβριο 2011, ένας γενικός διαγωνισμός για νοσοκομειακά φάρμακα, προκάλεσε σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων (Vandoros & Stargardt, 2013). Ένας δεύτερος διαγωνισμός για νοσοκομειακά φάρμακα αφορούσε είκοσι τρεις δραστικές ουσίες εκ μέρους όλων των Ελληνικών νοσοκομείων, συνολικού προϋπολογισμού άνω των 80 εκατομμυρίων Ευρώ. Με αυτόν τον διαγωνισμό, η συνολική μείωση των δαπανών βάσει της διαδικασίας ηλεκτρονικής δημοπρασίας έφθασε στο 57% (Kastanioti et al., 2013). Συνολικά υπολογίστηκε ότι η μείωση της δαπάνης για όλες τις κατηγορίες φαρμάκου ήταν στο 13% κατά την περίοδο που αντιστοιχούσε στην επίδραση της πολιτικής Παπαδήμου σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο διακυβέρνησης (Siskou et al., 2014).

Στον πίνακα 7.5 φαίνονται οι πολιτικές και τα μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση Παπαδήμου και επέδρασαν στην αποδοτικότητα των μονάδων υγείας.



**Πίνακας 7.5 Πολιτική κυβέρνησης Παπαδήμου και μέτρα υλοποίησης για την επίδραση στην αποδοτικότητα**

	Πολιτική	Ληφθέν μέτρο	Περιγραφή Μέτρου	Εξειδίκευση μέτρου		
Κυβέρνηση Παπαδήμου	Ανασχεδίαση αποζημίωσης -Περικοπή αποζημιώσεων παρόχου	Λειτουργία ΚΕΝ	Νέο σύστημα νοσηλείων και εφαρμογή του	Κατάλογος ΚΕΝ	Αντιστοιχηση νοσημάτων	Τιμολόγηση ΚΕΝ
	Πληρωμές παρόχων (μονοψώνιο) -περικοπή αποζημιώσεων -περικοπή πάνω από το όριο -περικοπή προνομιούχων παροχών	Ίδρυση ΕΟΠΥΥ	Συγχώνευση ταμείων ασφάλισης	Μείωση πόρων δαπανών	Εξοικονόμηση πόρων επιδομάτων	Αύξηση εσόδων φοροδιαφυγής
	Εκσυγχρονισμός λογιστικών συστημάτων -Περικοπή κόστους λαθών	Διπλογραφικό λογιστικό σύστημα	Εξασφάλιση παροχής ορθών στοιχείων και αποφυγή σπαταλών	Διπλογραφική είσοδος στοιχείων	Έγκαιρη κεντρική αντίδραση σε σφάλματα	
	Περιορισμός κόστους φαρμάκων -Μείωση τιμών τεχνολογίας υγείας	Ανώτατο όριο προϋπολογισμού φαρμάκου	Περιορισμός κόστους μέσω λήψης μέτρων σε περίπτωση υπέρβασης	Clawback σε περίπτωση υπέρβασης πιστώσεων	Έλεγχος ύψους πιστώσεων με δέσμευση	
	Μείωση κάλυψης υπηρεσιών -περικοπές κάλυψης υπηρεσιών	Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	Περιορισμός συνταγογραφήσεων	Με βάση τη δραστηκί ουσία	Όριο ποσοστού ως προς τα πρωτότυπα	Όριο ιατρών και συνταγογραφίσεων

Η αναδιάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα που ανακοινώθηκε τον Ιούλιο του 2012 από την κυβέρνηση Σαμαρά και απετέλεσε ένα μέρος των προσπαθειών για τη βελτίωση της αποδοτικότητας. Με τις μειώσεις των κλινών θεωρήθηκε ότι θα αυξανόταν η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, αφού τα προαναφερόμενα μεγέθη αποτελούν εισροές. Οι συγχωνεύσεις των νοσοκομείων είχαν περιοριστεί έως τότε, στη διοικητική συγχώνευση των παρακείμενων νοσοκομείων και στην ενοποίηση παρομοίων υπηρεσιών στο κάθε ένα ίδιο νοσοκομείο (Economou et al., 2017). Η συγχώνευση μονάδων υγείας πραγματοποιήθηκε τελικά το κατά το έτος 2013. Σύμφωνα με τους Simou & Koutsogeorgou (2014) η πραγματοποιηθείσα αυτή συγχώνευση μείωσε το μέγεθος των υπηρεσιών υγείας. Οι συγχωνεύσεις επιτυγχάνουν οικονομία κλίμακας και φάσματος και αύξηση της αποδοτικότητας, το κριτήριο της αποδοτικότητας υποχώρησε εναντίον του κριτηρίου ισότητας πρόσβασης που προκύπτει από τη συγχώνευση μονάδων (Nikolentzos et al., 2015).

Το σύστημα τιμολόγησης με βάση τα ΚΕΝ που εφάρμοσε η κυβέρνηση Σαμαρά στόχευε στη μείωση του χρηματοδοτικού κόστους για τη δημόσια φροντίδα υγείας. (Economou et al., 2017). Με βάση μια πολιτική επιμερισμού του κόστους όσον αφορά την τιμολόγηση μέσω DRG, με βάση την ψήφιση του Ν. 3054/18-11-2012, οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ιδιωτική θεραπεία επωμίζονταν ποσοστό του κόστους κατά DRG, γεγονός που δημιουργούσε συγκράτηση του κόστους για το ταμείο υγείας (Grigorakis et al., 2016). Με την εφαρμογή των ΚΕΝ παρατηρήθηκε ευρεία μεταβολή στην αποδοτικότητα κυρίως των μεγάλων νοσοκομείων (Christodoulakis et al., 2016). Επί διακυβέρνησης Σαμαρά, το σύστημα τιμολόγησης ΚΕΝ κάλυπτε το 50% των συνολικών δαπανών των νοσοκομείων (Karakolias & Polyzos, 2014). Οι Polyzos et al. (2013) διαπίστωσαν ότι το σύστημα τιμολόγησης μέσω DRG λειτουργούσε επαρκώς και ήδη είχαν εφαρμοστεί ορισμένα διορθωτικά μέτρα. Αντίθετα, ο Niakas (2013) διαπίστωσε ότι το σύστημα DRG έχει σαν αποτέλεσμα 30% αύξηση στις τιμές δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Το σύστημα των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων, κατηγορήθηκε ότι δεν απέδωσε κι ότι δεν υπήρξε λειτουργικό, όπως προέκυψε από έκθεση της Task Force και αξιολόγηση του Γερμανικού Υπουργείου Υγείας (Economou et al., 2017).

Η πολιτική της πρόσβασης ανέργων στην περίθαλψη υγείας, η οποία υλοποιήθηκε με την έκδοση κουπονιών βάουτσερ για 4 μήνες, πέραν της θετικής επίπτωσης στη φροντίδα υγείας ευάλωτου πληθυσμού, μπορούσε να αυξήσει την αποδοτικότητα, δεδομένου ότι με τους ίδιους πόρους θα εξυπηρετούνταν μεγαλύτερος πληθυσμός. Το μέτρο αυτό όμως, είχε ως αποτέλεσμα να εκδοθούν πολύ λίγα κουπόνια υγείας και τελικά εγκαταλείφθηκε ως αναποτελεσματικό λόγω των πολύ χαμηλών ποσοστών απορρόφησης και της περιορισμένης κάλυψης που προσέφερε (Economou et

al., 2017). Οικονομικά εμπόδια στη διαδικασία επιστροφής χρημάτων για χορήγηση φαρμάκων και διαδικασίες γραφειοκρατικού ελέγχου και συνεπακόλουθου στιγματισμού οδήγησαν τα μέτρα πρόσβασης άπορων ατόμων στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε αποτυχία (Economou et al., 2015).

Η αποτελεσματικότερη διαχείριση των προμηθειών, συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών προϊόντων, των ορθοπεδικών υλικών και των ιατρικών αντιδραστηρίων, αποτελούσε ένα σημαντικό στόχο για την Κυβέρνηση. Η διαχείριση των υλικών αυτών και των διαγωνιστικών διαδικασιών που αφορούσαν την απόκτηση τους μπορούσε να αυξήσει την αποδοτικότητα των μονάδων υγείας (Economou et al., 2017). Η προμήθεια των νοσοκομειακών υλικών σε κεντρικό επίπεδο χρησιμοποιήθηκε για να αυξήσει την αποδοτικότητα. (Economou et al., 2015). Η κυβέρνηση Σαμαρά δεν πρόλαβε να εφαρμόσει την ευρεία χρήση των ηλεκτρονικών διαγωνισμών, που θα μπορούσε να προκαλέσει εξοικονόμηση χρημάτων και αύξηση της αποδοτικότητας (Giotopoulos, Pavlou, Danchev & Tsakanikas, 2015).

Όσον αφορά την εξοικονόμηση κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας από τη χρησιμοποίηση γενόσημων φαρμάκων, από τον Ιούλιο του 2012, σύμφωνα με τα μέτρα της κυβέρνησης, η μέγιστη τιμή των γενόσημων φαρμάκων δεν μπορούσε να υπερβαίνει το 60% των ισοδύναμων πρωτότυπων φαρμάκων. (Kaitelidou & Kouli, 2012). Ο περιορισμός του όγκου και του κόστους φαρμάκων, εφαρμόστηκε ως προσπάθεια για την αύξηση της αποδοτικότητας, μέσω της μερικής υποχρεωτικής ένταξης των γενόσημων φαρμάκων στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ως αποτέλεσμα της προσπάθειας για τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων ήταν η αύξηση αυτών σε ένα ποσοστό που αντιπροσώπευε το 26% του συνόλου της φαρμακευτικής δαπάνης. Με τον τρόπο αυτό, επιτεύχθηκε σημαντική εξοικονόμηση πόρων (Economou et al., 2015).

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, συνέβαλε στην μείωση του κόστους και στη συγκράτηση των δαπανών για τον κλάδο φαρμάκου του ΕΣΥ. Οι μειώσεις των φαρμακευτικών δαπανών επιδιώκονταν από μειώσεις τιμών, αυξημένες εκπτώσεις (clawbacks που επιβάλλονται σε ιδιωτικά φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες για φάρμακα εσωτερικής και εξωτερικής ιατρικής) και έλεγχο του όγκου κατανάλωσης (π.χ. μέσω ελέγχου συνταγών και ηλεκτρονική συνταγογράφηση). Οι μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες επιδιώκονταν όχι μόνο μέσω μειώσεων τιμών αλλά και μέσω εισαγωγής καινοτόμων και αποτελεσματικότερων τρόπων διανομής ακριβών φάρμακων σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες μέσω δημόσιων φαρμακείων, όπου οι τιμές είναι χαμηλότερες από τα ιδιωτικά φαρμακεία (Economou et al., 2015).

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η ηλεκτρονική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά, επέτυχαν τη μείωση της περίσσειας συνταγογράφησης και της συνταγογράφησης που γίνεται για την αποκόμιση παράνομου κέρδους (Goranitis, Siskou & Liagoropoulos, 2014). Με βάση τα αποτελέσματα για την κατανάλωση φαρμάκων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προκάλεσε μείωση του αριθμού των συνταγών κατά 13,6 εκατομμύρια συνταγές ή ποσοστό 6,8% επί του συνόλου των συνταγών, μεταξύ των ετών 2013 και 2014. Το αποτέλεσμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ήταν ότι οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης για φαρμακευτικά προϊόντα μειώθηκαν κατά 379 εκατομμύρια Ευρώ ή ποσοστό 18% επί του συνόλου. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα, όπως είχε διαμορφωθεί κατά την περίοδο 2013-2014, παρείχε επαρκή δεδομένα για την παρακολούθηση και αξιολόγηση της θεραπευτικής κατανάλωσης. Παρά τα μειονεκτήματα ως προς την καταγραφή στοιχείων, το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ήταν πλέον ταχύτερο και πιο ασφαλές (Polyzos et al., 2016).

Στον πίνακα 7.6 φαίνονται οι πολιτικές και τα μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση Σαμαρά και επέδρασαν στην αποδοτικότητα των μονάδων υγείας. Για παράδειγμα, η πολιτική του περιορισμού κόστους φαρμάκων εντάσσεται στην κατηγορία της μείωσης τιμών τεχνολογίας (Wenzl, Naci & Mossialos, 2017). Η πολιτική αυτή έχει θετική επίδραση στην αύξηση της αποδοτικότητας. Το ληφθέν μέτρο είναι οι περιορισμοί που επιβάλλουν τη μερική υποχρεωτική χρήση γενοσήμων, που πραγματοποιείται με την επέκταση χορήγησης γενοσήμων. Τα επιμέρους μέτρα τα οποία λαμβάνονται για την υλοποίηση της πολιτικής είναι η συνταγογράφηση με βάση την εμπορική ονομασία και οι ρήτρες μείωσης τιμών πρωτοτύπων.

Οι Keramidou & Triantafylloropoulos (2018) διαπιστώνουν πρόσφατα ότι το ερώτημα σε ποιο βαθμό οι μεταρρυθμίσεις στο Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υπήρξαν αποδοτικές δεν έχει απαντηθεί επαρκώς. Επισημαίνουν τις μεταρρυθμίσεις που είναι σχετικές με την αύξηση της αποδοτικότητας, οι οποίες είναι η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, η πρόωρη συνταξιοδότηση προσωπικού, η αναστολή προσλήψεων, η εισαγωγή ενός νέου συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων, η προώθηση γενόσημων φαρμάκων, οι ηλεκτρονικές συνταγές, ο διοικητικός έλεγχος των συνταγών, η συλλογή σε μηνιαία βάση στοιχείων για την επίδοση των μονάδων υγείας και η εφαρμογή DRG συστήματος αποζημίωσης.

Η πλειονότητα των μέτρων που εφαρμόστηκαν κατά τις Κυβερνήσεις Παπανδρέου, Παπαδήμου και Σαμαρά υπονόμισαν τους στόχους του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με την ταξινόμηση που έχει υιοθετήσει το περιφερειακό γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, η αποδοτικότητα είναι ένας από αυτούς τους στόχους, μεταξύ άλλων όπως το επίπεδο υγείας, η οικονομική προστασία, η ισότητα, η

ποιότητα, η ανταποκρισιμότητα, η διαφάνεια και η λογοδοσία. Οι μειώσεις στον προϋπολογισμό δεν αποσκοπούσαν στην αύξηση της αποδοτικότητας αλλά την ανάγκη να πραγματοποιηθούν αλλαγές για να επιτευχθούν δημοσιονομικοί στόχοι, όπως το όριο του 6% του ΑΕΠ για τις δαπάνες υγείας.

**Πίνακας 7.6 Πολιτική κυβέρνησης Σαμαρά και μέτρα υλοποίησης για την επίδραση στην αποδοτικότητα**

Πολιτική	Ληφθέν μέτρο	Περιγραφή Μέτρου	Εξειδίκευση μέτρου		
Αναδιάρθρωση νοσοκομείων -μείωση της προσφοράς νοσοκομειακής περίθαλψης	Συγχώνευση μονάδων υγείας	Συγχώνευση ομοειδών υπηρεσιών	Συγχώνευση μονάδων ΙΚΑ - ΕΣΥ	Παραχώρηση κλινών σε ιδιώτες	Ενοποίηση παρομοίων υπηρεσιών
Πληρωμή με βάση ασθένεια -Μείωση δαπανών μέσω μεταρρυθμιστικών μέτρων	Νέο σύστημα τιμολόγησης ΚΕΝ	Εισαγωγή ενός νέου συστήματος προκειμένου να θεραπεύσει ατέλειες	Διόρθωση ατελειών που οδηγούσαν σε ανεξόφλητα υπόλοιπα	Αποδοτικότερη και ορθολογικότερη κατανομή πόρων	
Αλλαγή μίγματος υπηρεσιών -Αύξηση της ΠΦΥ για υποκατάσταση δευτεροβαθμιας	Αναδιαμόρφωση ΠΦΥ	Αναβάθμιση ρόλου ΠΦΥ για παροχή υπηρεσιών και φίλτρο	Υπαγωγή ΚΥ σε ΥΠΕ	Πρόσθετες αμοιβές σε γενικούς ιατρούς	Νέα νοσήλεια ΠΦΥ
Μείωση προσωπικού -περικοπή πάνω από το όριο	Αποχωρήσεις προσωπικού	Ελάττωση πάσης φύσεως προσωπικού	Εθελουσία έξοδος	Πρόωρη συνταξιοδότηση	Ελάττωση συμβασιούχων
Διεύρυνση κάλυψης ευάλωτου πληθυσμού -Αύξηση κάλυψης πληθυσμού	Επιχειρούμενη αύξηση πρόσβασης ορισμένων ομάδων	Πρόσβαση με βάουτσερ για ανασφάλιστα άτομα	Καθορισμός κατηγοριών δικαιούχων πρόσβασης	Μέτρα πρόσβασης άπορων ατόμων στις υπηρεσίες υγείας	
Περικοπή πάνω από το όριο -Κεντρικοποίηση της προμήθειας ιατρικών προϊόντων	Εκσυγχρονισμός συστήματος προμηθειών	Κεντρικοποίηση προμηθειών	Πραγματοποίηση προμηθειών σε περιφερειακό επίπεδο	Εποπτεία της ΕΠΥ	
Περιορισμός κόστους φαρμάκων -μείωση τιμών τεχνολογίας υγείας	Πρώθηση γενοσήμων	Επέκταση της χορήγησης γενοσήμων	Συνταγογράφηση με βάση εμπορικής ονομασίας	Ρήτρες μείωσης τιμής πρωτότυπων	
Μείωση τιμών φαρμάκων -Μείωση τιμών τεχνολογίας υγείας	Μείωση τιμών φαρμάκων	Νέο σύστημα τιμολόγησης με θετικό κατάλογο φαρμάκου	Θετικός κατάλογος φαρμάκου	Τριμηνιαία επιστροφή μέρους κόστους	
Μείωση κάλυψης υπηρεσιών -περικοπές κάλυψης υπηρεσιών	Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	Υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση για όλα τα φάρμακα	Επέκταση υποχρέωσης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	Κτάργηση όλων των εξαιρέσεων	
Περιορισμοί πρόσβασης -περιορισμοί κάλυψης για ευάλωτες ομάδες	Μείωση πρόσβασης ομάδων πληθυσμού	Θεσμοθετήθηκε η απαγόρευση ελεύθερης πρόσβασης ανασφάλιστων	Εισαγωγή εισιτηρίου επειγόντων	Εισαγωγή εισιτηρίου εισαγωγής	

Κυβέρνηση Σαμαρά

Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι μειώσεις στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων έγιναν οριζόντια, όσο και από το γεγονός ότι ήδη πριν την οικονομική κρίση οι συμμετοχή της δημόσιας χρηματοδότησης για τις δαπάνες υγείας ήταν χαμηλή σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ (Οικονόμου & Παντελή, 2018).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **8.1 Μελέτη αποδοτικότητας Ελληνικών νοσοκομείων με τη μέθοδο Window-DEA**

##### *8.1.1 Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας χωρίς περιορισμούς βαρών*

Τα στοιχεία που χορηγήθηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ περιλαμβάνουν δεδομένα που αφορούν το σύνολο των νοσοκομείων της Ελλάδας (286 δημόσια νοσοκομεία όλων των τύπων που καταγράφηκαν στη βάση δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ) κατά τη διάρκεια των ετών 2006 έως 2014. Τα στοιχεία των νοσοκομείων χορηγήθηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ με κωδικούς αριθμούς, κατ' απαίτηση της ΕΛΣΤΑΤ. Με βάση το σύνολο των διαθέσιμων δεδομένων, επιλέχθηκαν οι μελέτες DEA που θα πραγματοποιούνταν προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των μελετών αυτών και να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα κατάλληλα για να πραγματοποιηθούν ακριβείς μελέτες. Η πρώτη μελέτη που πραγματοποιείται είναι η μελέτη των γενικών νοσοκομείων χωρίς περιορισμό βαρών. Η μελέτη αυτή σκοπεύει να εξετάσει τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας, δηλαδή την τεχνική, την καθαρή και την αποδοτικότητα κλίμακας για το σύνολο των γενικών νοσοκομείων. Τα γενικά νοσοκομεία έχουν το πλεονέκτημα ότι παράγουν ομοειδή μεταξύ της καθεμιάς εισροής αποτελέσματα. Με τον τρόπο αυτό θα πραγματοποιηθεί μελέτη η οποία θα είναι απολύτως συγκρίσιμη με παρόμοιες μελέτες στο μέλλον για τους εξής λόγους : Ο πρώτος λόγος είναι ότι πολλές μελέτες χρησιμοποιούν τα γενικά νοσοκομεία και ο δεύτερος λόγος είναι ότι η μη εφαρμογή του περιορισμού βαρών (ο οποίος μειώνει τα αποτελέσματα ανάλογα με τα βάρη που επιλέγονται) δίδει απόλυτα αποτελέσματα. Αυτοί οι λόγοι υπαγορεύουν την πραγματοποίηση μιας μελέτης χωρίς περιορισμό βαρών, η οποία συγκρίνεται μεταγενέστερα με μελέτη με περιορισμό βαρών, προκειμένου να καταδειχτεί η επίδραση των βαρών στη μεταβολή της αποδοτικότητας.

Για τη μελέτη των γενικών νοσοκομείων αφαιρέθηκαν τα ειδικά νοσοκομεία από το δείγμα και δημιουργήθηκε ένα σύνολο από 180 γενικά νοσοκομεία. Για το λόγο αυτό, είχε προνοηθεί να επισημανθούν τα ειδικά νοσοκομεία, προκειμένου να αφαιρεθούν από το δείγμα. Δημιουργήθηκε



ενδιάμεσο δείγμα, αφαιρώντας κατ' αρχήν τα ειδικά νοσοκομεία. Με τον τρόπο αυτό, προέκυψε ένα ενδιάμεσο δείγμα από 180 γενικά νοσοκομεία. Μετά την επιλογή των γενικών νοσοκομείων από το αρχικό δείγμα, ο αριθμός των μονάδων εμφανίζει μια διακύμανση. Η διακύμανση αυτή οφείλεται στο ότι κάποιες μονάδες εμφανίζονται περιστασιακά στο δείγμα (είτε εμφανίζονται μόνο μια ή δύο φορές είτε εμφανίζονται στα περισσότερα έτη αλλά εκτός από μία ή δύο φορές). Προτιμήθηκε να αφαιρεθούν οι μονάδες αυτές από το δείγμα, δεδομένου ότι στη μέθοδο DEA το αποδοτικό όριο μπορεί να σχηματιστεί από οποιαδήποτε αριθμό ομοειδών μονάδων όταν αυτό αφορά ένα μόνο έτος, αλλά προτιμάται όταν η μέθοδος DEA εφαρμόζεται επί σειρά ετών, οι μονάδες που συμμετέχουν στο δείγμα να είναι οι ίδιες, εφόσον αυτό μπορεί να γίνει. Για το λόγο αυτό, δημιουργήθηκε ένα νέο δείγμα αποκλείοντας τις μονάδες οι οποίες εμφανίζονται περιστασιακά στο αρχικό δείγμα. Η δημιουργία αυτού του νέου δείγματος γίνεται σε δύο στάδια : Στο πρώτο στάδιο, αποκλείουμε τις μονάδες οι οποίες εμφανίζονται ελάχιστες φορές στο δείγμα και στο δεύτερο στάδιο αυτές που εκλείπουν έστω και μία φορά από το δείγμα. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται το τελικό δείγμα το οποίο αποτελείται από 147 γενικά νοσοκομεία.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης απαιτείται ο καθορισμός των εισροών και των εκροών που θα χρησιμοποιηθούν στη μελέτη. Οι εισροές αυτές επιλέγονται με βάση τις εισροές και εκροές που χρησιμοποιούνται σε μελέτες DEA και έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο. Σύμφωνα με τον Scheel (2000), το στάδιο της επιλογής των εισροών και των εκροών αποτελεί το δυσκολότερο ίσως σημείο στην πραγματοποίηση μιας μελέτης αποδοτικότητας. Στη μελέτη αυτή, επιλέχθηκαν εισροές και εκροές οι οποίες χρησιμοποιούνται συνήθως στις αντίστοιχες μελέτες αποδοτικότητας μονάδων υγείας με τη μέθοδο DEA (Kaitelidou et al., 2012 ; Polyzos, 2012 ; Katharakis, Katharaki & Katostaras, 2014 ; Kaitelidou et al., 2016 ; Fragkiadakis et al., 2016 ; Flokou, Aletras & Niakas, 2017 ; Xenos et al., 2017). Επίσης, οι εισροές και οι εκροές που χρησιμοποιήθηκαν, αποτελούν ορισμένους από τους κυριότερους δείκτες εισροών και εκροών που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων διεθνώς (Διαμαντάτου, 2016). Οι εισροές και οι εκροές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι οι εξής :

Όσον αφορά τις εισροές, επελέγησαν ως εισροές οι εξής:

- Το Ιατρικό προσωπικό. Είναι διαπιστωμένο ότι μια από τις πιο συχνότερες χρησιμοποιούμενες εισροές σε τέτοιες μελέτες είναι αυτή του προσωπικού, που περιλαμβάνει το Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό (Οικονόμου, 2012), οπότε και αυτές οι εισροές επελέγησαν να χρησιμοποιηθούν στην μελέτη μας δεδομένου ότι υπήρχαν και τα

διαθέσιμα στοιχεία. Η αύξηση του Ιατρικού προσωπικού δεσμεύει πόρους και μειώνει την αποδοτικότητα.

- Το Νοσηλευτικό προσωπικό. Η αύξηση του Νοσηλευτικού προσωπικού δεσμεύει πόρους και μειώνει την αποδοτικότητα.
- Το λοιπό προσωπικό. Η αύξηση του λοιπού προσωπικού δεσμεύει πόρους και μειώνει την αποδοτικότητα.
- Ο αριθμός κλινών, η αύξηση του οποίου απαιτεί πόρους για την λειτουργία τους και συνεπώς μειώνει την αποδοτικότητα.

Όσον αφορά τις εκροές, από τη βιβλιογραφική επισκόπηση προέκυψε ότι χρησιμοποιούνται συχνά δείκτες μέτρησης δραστηριοτήτων. Οι εκροές που επελέγησαν είναι οι εξής :

- Αριθμός εξιτηρίων. Τέτοιος δείκτης είναι ο αριθμός εισαγωγών, που ταυτίζεται πρακτικά με τον αριθμό των εξιτηρίων, ο αριθμός των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και ο αριθμός χειρουργικών πράξεων. Για το λόγο αυτό, επιλέχτηκε ως εκροή ο αριθμός των εξιτηρίων στην έρευνα μας. Η αύξηση του αριθμού εξιτηρίων αυξάνει το παραγόμενο έργο και αυξάνει την αποδοτικότητα.
- Ημέρες νοσηλείας. Οι ημέρες νοσηλείας είναι μια μεταβλητή η οποία εντάσσεται στις εισροές. Οι ημέρες νοσηλείας απαντώνται συχνά στη βιβλιογραφία ως μεταβλητή της έρευνας DEA. Η αύξηση των ημερών νοσηλείας αυξάνει το παραγόμενο έργο και αυξάνει την αποδοτικότητα.

Στον πίνακα 8.1 φαίνονται οι εισροές και οι εκροές της μελέτης αποδοτικότητας.

**Πίνακας 8.1****Καθορισμός εισροών - εκροών μελέτης αποδοτικότητας Μονάδων Υγείας**

Μοντέλο	Είσοδοι			Έξοδοι		
	Αριθμός εισροής	Ονομασία	Εξωγενής καθορισμός	Αριθμός εκροής	Ονομασία	Εξωγενής καθορισμός
Model A	I1	Αριθμός κλινών	Όχι	O1	Ημέρες νοσηλείας	Όχι
	I2	Αριθμός Ιατρών	Όχι	O2	Εξεληθόντες ασθενείς	Ναι
	I3	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Όχι			
	I4	Διοικητικό Προσωπικό	Όχι			

Οι τιμές της αποδοτικότητας υπολογίζονται με το πρόγραμμα EMS. Στη συγκεκριμένη ενότητα δεν χρησιμοποιούνται βάρη, ώστε τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα σε οποιαδήποτε μελλοντική έρευνα. Μετράται καταρχήν η τεχνική αποδοτικότητα (TE) των νοσοκομείων. Ο προσανατολισμός της συγκεκριμένης μελέτης είναι αυτός της μείωσης των εισροών (input orientation). Ο αριθμός των περιόδων της Window-DEA είναι 7 ενώ το εύρος κάθε παραθύρου είναι 3 έτη. Παρόμοια μεθοδολογία (με διαφορετικές περιόδους και εύρος) έχουν εφαρμόσει οι Pulina, Detotto & Paba, (2010) και οι Jia & Yuan, (2017). Η τεχνική αποδοτικότητα υπολογίζεται από τους μέσους όρους ανά έτος για κάθε έτος της περιόδου μελέτης. Η τεχνική αποδοτικότητα των Ελληνικών γενικών δημοσίων νοσοκομείων ανά έτος για τη μελετώμενη περίοδο φαίνεται στον πίνακα 8.2.

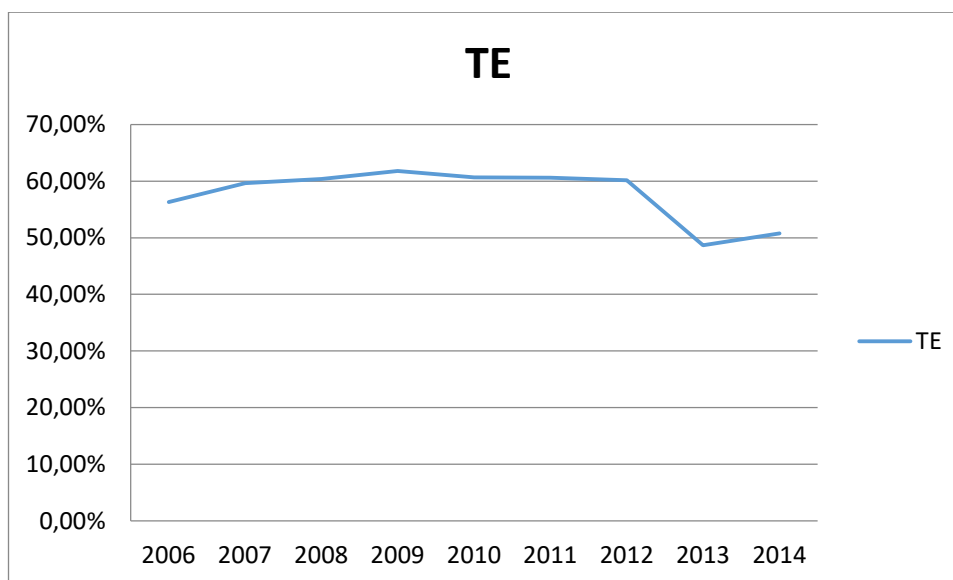
**Πίνακας 8.2****Τεχνική αποδοτικότητα Ελληνικών γενικών δημοσίων νοσοκομείων για την περίοδο μελέτης**

Year	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	56,28%	59,62%	60,37%	61,76%	60,68%	60,60%	60,16%	48,68%	50,78%

Με βάση τα δεδομένα από τον πίνακα, κατασκευάζεται διάγραμμα μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας σε σχέση με τα έτη της περιόδου μελέτης. Το διάγραμμα αυτό φαίνεται στην εικόνα 8.1.

**Εικόνα 8.1**

**Μεταβολή τεχνικής αποδοτικότητας (TE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων**



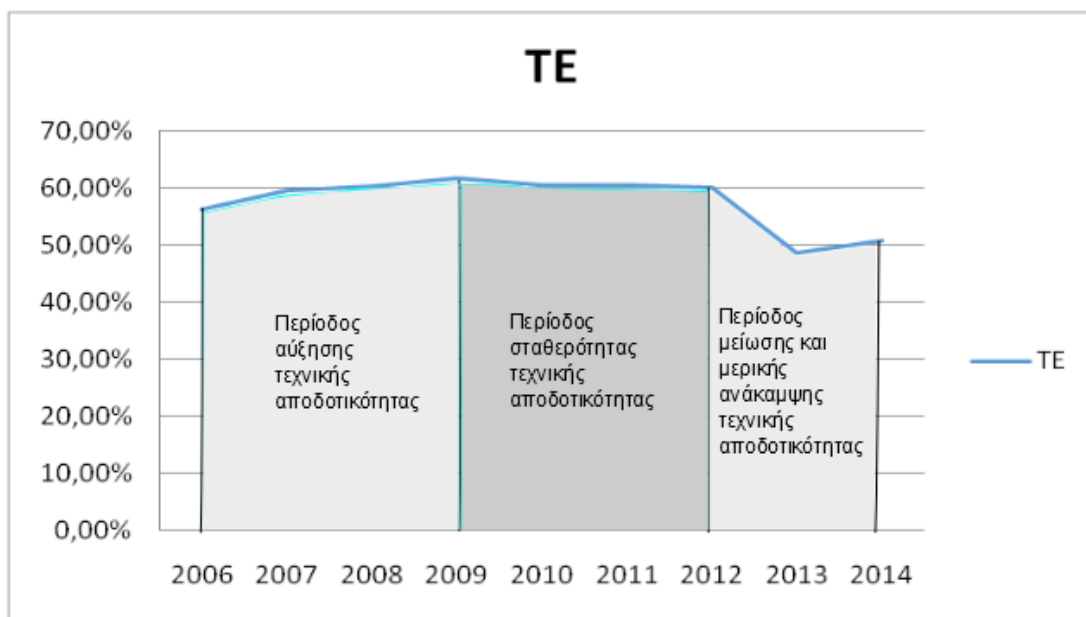
Από το διάγραμμα μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων μπορούν να διαπιστωθούν τα εξής:

- Κατά τα τρία πρώτα έτη της μελέτης διαπιστώνεται μια άνοδος στην τεχνική αποδοτικότητα. Η τεχνική αποδοτικότητα ξεκινά κατά το έτος 2006 από την τιμή 56,28% και ανέρχεται κατά το έτος 2007 στο 59,62%, το έτος 2008 στο 60,37% και το έτος 2009 το 61,76%.
- Κατά τα επόμενα τρία έτη, η τιμή της τεχνικής αποδοτικότητας μειώνεται, κατά το έτος 2010 στο 60,68%, το έτος 2011 στο 60,60% και το έτος 2012 στο 60,16%.
- κατά τα τελευταία 2 έτη της μελετώμενης περιόδου, διαπιστώνεται μια μείωση στην τιμή της τεχνικής αποδοτικότητας η οποία είναι για το έτος 2013 στην τιμή 48,68% και για το έτος 2014 στην τιμή 50,78% (δηλαδή για το έτος 2014 είναι ελαφρώς αυξημένη σε σχέση με το έτος 2013).

Στην εικόνα 8.2 φαίνονται οι τρεις περίοδοι της μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας, η περίοδος αύξησης της, η περίοδος σταθερότητας της και η περίοδος μείωσης και μερικής ανάκαμψης της.

Εικόνα 8.2

Οι τρεις περίοδοι της μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας



Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα αυτά, μπορούμε να καθορίσουμε τρεις υποπεριόδους στις οποίες διακρίνεται η συνολική περίοδος. Η πρώτη από αυτές είναι μεταξύ των ετών 2006 έως 2009, στην οποία η τεχνική αποδοτικότητα αυξάνεται. Η δεύτερη είναι μεταξύ των ετών 2009 έως 2012 στην οποία η τεχνική αποδοτικότητα μειώνεται ελαφρώς. Η τρίτη υποπερίοδος είναι μεταξύ των ετών 2013 και 2014, στην οποία η τεχνική αποδοτικότητα είναι πολύ μειωμένη σε σχέση με τις δύο προηγούμενες υποπεριόδους.

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας το μοντέλο VRS, υπολογίζονται οι τιμές της καθαρής αποδοτικότητας κατά τα έτη της μελετώμενης περιόδου. Ο υπολογισμός γίνεται με τη μέθοδο window-DEA και ο αριθμός των παραθύρων είναι στην περίπτωση αυτή 7, ενώ το εύρος που χρησιμοποιείται στη μελέτη αυτή είναι 3 έτη. Με τον τρόπο αυτό, υπολογίζονται τα παράθυρα για όλες τις μονάδες που συμμετέχουν στη μελέτη. Στη συνέχεια διαχωρίζονται οι μονάδες ως προς τα έτη στα οποία αναφέρονται οι υπολογισμένες αποδοτικότητες καθεμιάς και υπολογίζεται ο μέσος όρος της καθαρής αποδοτικότητας για κάθε έτος της μελέτης. Η καθαρή αποδοτικότητα (pure technical efficiency - PTE) των Ελληνικών γενικών δημοσίων νοσοκομείων του δείγματος κατά τη μελετώμενη περίοδο φαίνεται στον πίνακα 8.3.

**Πίνακας 8.3**

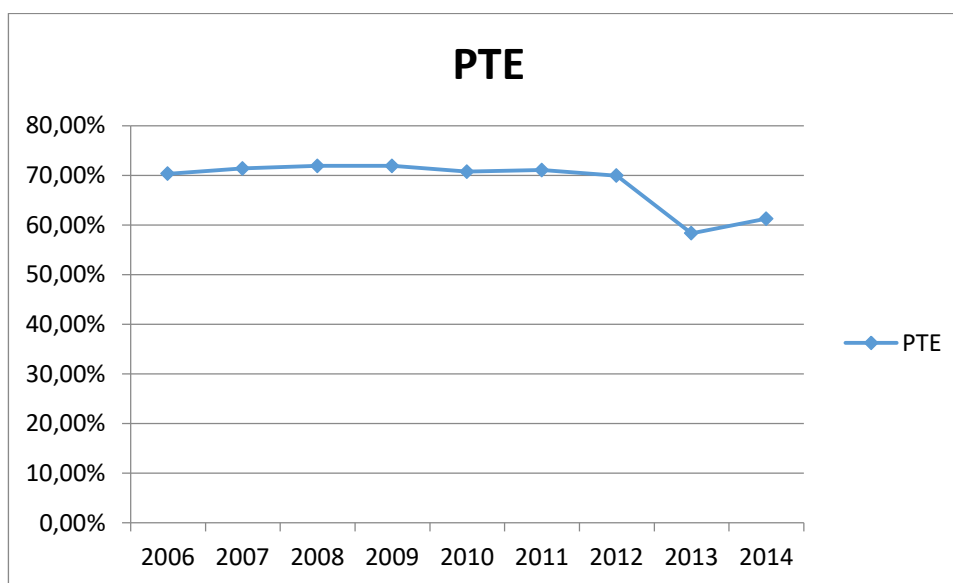
**Καθαρή Αποδοτικότητα των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων ανά έτος**

Year	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PTE	70,32%	71,37%	71,89%	71,90%	70,74%	71,07%	69,92%	58,34%	61,26%

Στη συνέχεια, δημιουργείται ένα διάγραμμα στο οποίο απεικονίζεται η μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας των Ελληνικών γενικών δημοσίων νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο. Η μεταβολή αυτή της καθαρής αποδοτικότητας κατά τα διάφορα έτη της μελέτης φαίνεται στην εικόνα 8.3.

**Εικόνα 8.3**

**Μεταβολή καθαρής αποδοτικότητας (PE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων**



Από τον πίνακα και το διάγραμμα της μεταβολής της καθαρής αποδοτικότητας των Ελληνικών γενικών δημοσίων νοσοκομείων διαπιστώνονται τα εξής:

- Κατά τα τρία πρώτα έτη της μελετώμενης περιόδου, δηλαδή κατά τα έτη 2006, 2007 και 2008, διαπιστώνεται μια πολύ μικρή αλλά σταθερή αύξηση στην καθαρή αποδοτικότητα των μονάδων. Η καθαρή αποδοτικότητα παίρνει τις τιμές 70,32%, 71,37% και 71,89% για καθένα από τα έτη αυτά αντίστοιχα.

- Κατά το έτος 2009 η τιμή της καθαρής αποδοτικότητας παραμένει όσο το έτος 2008 (71,90% έναντι 71,89% αντίστοιχα).
- Σε σχέση με το έτος 2009, κατά τα επόμενα έτη 2010, 2011 και 2012 παρατηρείται μια μείωση στην καθαρή αποδοτικότητα (με μια μικρή διακύμανση το 2011 που διακόπτει τη σταθερότητα της μείωσης) και αυτή παίρνει τις τιμές 70,74%, 71,07% και 69,92% αντίστοιχα.
- Κατά τα δύο τελευταία έτη της μελετώμενης περιόδου, δηλαδή κατά τα έτη 2013 και 2014, η αποδοτικότητα εμφανίζει μια σημαντική μείωση σε σχέση με τις τιμές των προηγούμενων ετών και μία σταθερότητα μεταξύ των ετών αυτών, με μια τάση ανάκαμψης για το δεύτερο από τα έτη αυτά. Όπως προκύπτει, οι τιμές της καθαρής αποδοτικότητας είναι 58,34% και 61,26% για τα έτη αυτά αντίστοιχα.

Όπως, προκύπτει από τα αποτελέσματα, η καθαρή αποδοτικότητα εμφανίζει μια μικρή αύξηση έως το έτος 2009. Από το έτος 2009 έως και το έτος 2012 η καθαρή αποδοτικότητα εμφανίζει μια μικρή μείωση. Κατά το έτος 2013 εμφανίζει μια μεγάλη μείωση, με τάση ελαφριάς ανάκαμψης κατά το 2014.

Από την τεχνική, την και την καθαρή αποδοτικότητα υπολογίζουμε την αποδοτικότητα κλίμακας των νοσοκομείων της μελέτης. Η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας των Ελληνικών γενικών δημόσιων νοσοκομείων για την περίοδο μελέτης φαίνονται στον πίνακα 8.4. Στην εικόνα 8.4 φαίνεται η γραφική παράσταση της μεταβολής της τιμής της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των νοσοκομείων αυτών.

Όπως φαίνεται, η αποδοτικότητα κλίμακας, ακολουθεί μια αύξουσα πορεία από τα έτη 2006 έως και το έτος 2009. Συγκεκριμένα, ξεκινά κατά το έτος 2006 από την τιμή 80,04%, για το έτος 2007 για την τιμή 83,54%, για το έτος 2008 την τιμή 83,97% και το έτος 2009 την τιμή 85,89%. Στη συνέχεια, ξεκινώντας αρχικά από το έτος 2009, η τιμή της αποδοτικότητας κλίμακας παραμένει σταθερή κατά τα έτη 2010, με 85,78%, 2011 με 85,27%, 2012 με 86,04%. Τέλος κατά τα δύο τελευταία έτη της μελέτης, η αποδοτικότητα κλίμακας σημειώνει πτώση, και παίρνει για το έτος 2013 την τιμή 83,45, ενώ το έτος 2014 το 82,89%.

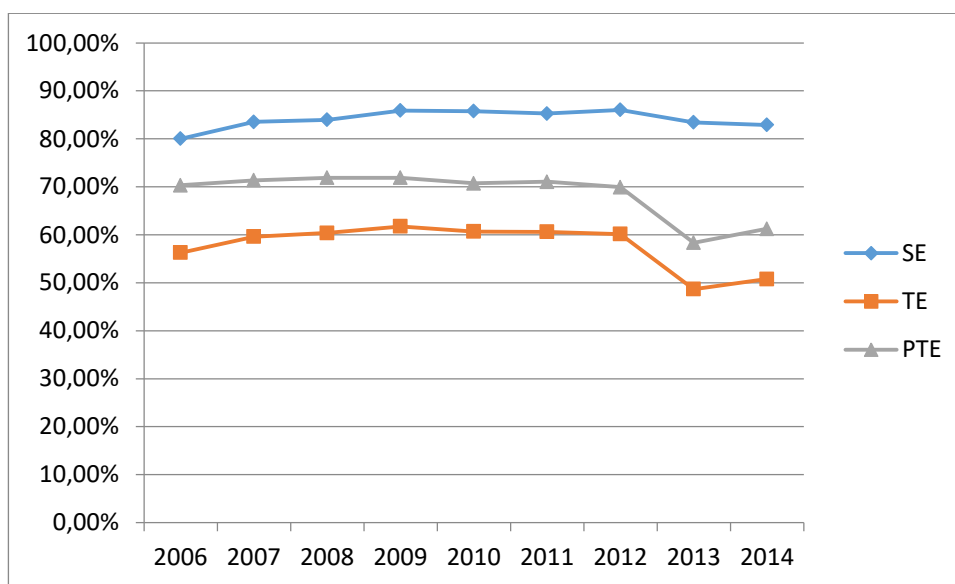
**Πίνακας 8.4**

**Τεχνική, καθαρή και Αποδοτικότητα κλίμακας (SE) Ελληνικών γενικών δημοσίων νοσοκομείων για την περίοδο μελέτης**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	56,28%	59,62%	60,37%	61,76%	60,68%	60,60%	60,16%	48,68%	50,78%
PTE	70,32%	71,37%	71,89%	71,90%	70,74%	71,07%	69,92%	58,34%	61,26%
SE	80,04%	83,54%	83,97%	85,89%	85,78%	85,27%	86,04%	83,45%	82,89%

**Εικόνα 8.4**

**Μεταβολή τεχνικής (TE), καθαρής (PE) και αποδοτικότητας κλίμακας (SE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων**

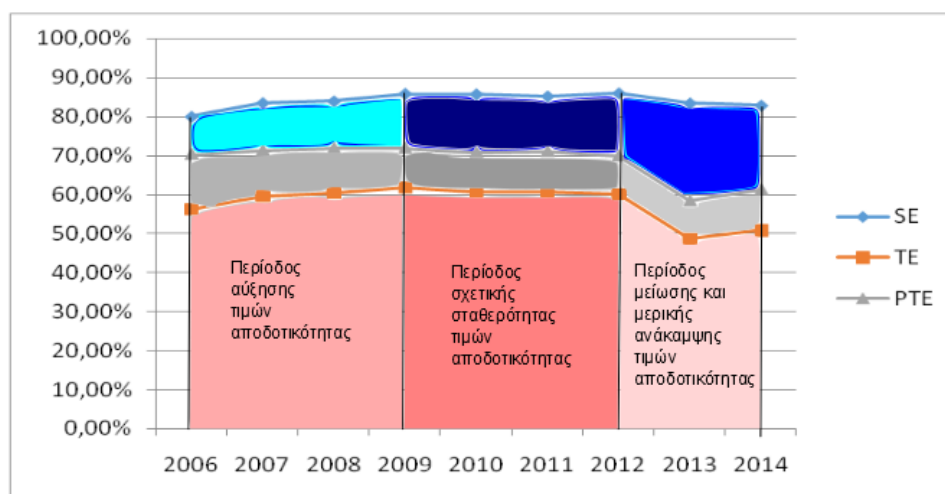


Στην εικόνα 8.5 φαίνεται η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων χρησιμοποιώντας χρωματισμούς. Φαίνεται η περίοδος κατά την οποία οι τιμές αποδοτικότητας αυξάνονται (2006-2009), η περίοδος κατά την οποία οι τιμές της αποδοτικότητας παραμένουν σχετικά σταθερές ή ελαφρώς μειώνονται (2009-2012) και τέλος η περίοδος κατά την οποία οι τιμές της αποδοτικότητας μειώνονται ή ανακάμπτουν μερικά. Τα πιο έντονα χρώματα αντιστοιχούν στις μεγαλύτερες τιμές της αποδοτικότητας.



Εικόνα 8.5

Μεταβολή τεχνικής (TE), καθαρής (PE) και αποδοτικότητας κλίμακας (SE) των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων (έγχρωμη)



### 8.1.2 Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων χωρίς περιορισμούς βαρών

Διερευνείται η μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας των μεγαλύτερων μονάδων του δείγματος. Οι μεγαλύτερες μονάδες επιλέγονται με βάση τον αριθμό των κλινών. Η μελέτη Window-DEA παρουσιάζεται στον πίνακα 8.5. Στην πρώτη στήλη του πίνακα φαίνονται οι κωδικοί αριθμοί των μονάδων. Οι κωδικοί του κάθε παραθύρου με βάση την εναρκτήρια χρονολογία στην οποία ξεκινά το παράθυρο φαίνονται στην δεύτερη στήλη του πίνακα.

Στις επόμενες στήλες φαίνονται οι τιμές της τεχνικής αποδοτικότητας για κάθε έτος και για κάθε παράθυρο. Με βάση τις τιμές του πίνακα υπολογίζεται η τεχνική αποδοτικότητα για κάθε έτος. Στη συνέχεια, υπολογίζεται η μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας των μεγαλύτερων μονάδων του δείγματος. Χρησιμοποιείται και πάλι η μέθοδος window-DEA με 7 παράθυρα για κάθε μονάδα. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 8.6, στον οποίο υπολογίζεται ο μέσος όρος της καθαρής αποδοτικότητας για την κάθε μια μονάδα και το κάθε έτος. Με βάση τα στοιχεία αυτά υπολογίζεται ο γενικός μέσος όρος για την καθαρή αποδοτικότητα κάθε έτους.

Με βάση τα στοιχεία της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας ανά έτος για τις μεγαλύτερες μονάδες του δείγματος, υπολογίζονται οι τιμές της αποδοτικότητας κλίμακας για κάθε έτος της μελετώμενης περιόδου. Οι τιμές αυτές φαίνονται στον πίνακα 8.7.

### Πίνακας 8.5

#### Τεχνική αποδοτικότητα μεγάλων νοσοκομείων με τη window-DEA

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
9	T0	44,94%	50,31%	53,02%						
	T1		62,39%	66,05%	60,73%					
	T2			66,05%	60,73%	59,96%				
	T3				65,15%	64,14%	63,34%			
	T4					64,17%	63,20%	64,11%		
	T5						60,67%	61,27%	47,39%	
	T6							62,35%	49,23%	55,44%
	Average	44,94%	56,35%	61,71%	62,20%	62,76%	62,40%	62,58%	48,31%	55,44%
554	T0	57,70%	56,81%	53,15%						
	T1		59,30%	55,75%	57,64%					
	T2			55,54%	57,52%	53,83%				
	T3				58,20%	54,59%	53,58%			
	T4					56,55%	55,45%	54,53%		
	T5						56,80%	55,62%	48,83%	
	T6							60,79%	51,96%	57,09%
	Average	57,70%	58,06%	54,81%	57,79%	54,99%	55,28%	56,98%	50,40%	57,09%
447	T0	58,36%	58,64%	56,08%						
	T1		60,96%	58,24%	61,77%					
	T2			58,06%	61,58%	51,99%				
	T3				62,94%	52,90%	59,18%			
	T4					54,98%	60,33%	56,68%		
	T5						61,32%	57,88%	44,29%	
	T6							62,09%	46,57%	52,07%
	Average	58,36%	59,80%	57,46%	62,10%	53,29%	60,28%	58,88%	45,43%	52,07%
44	T0	36,91%	37,16%	35,87%						
	T1		44,86%	43,13%	61,49%					
	T2			43,13%	61,49%	67,64%				
	T3				66,59%	73,51%	73,37%			
	T4					73,85%	73,59%	70,51%		
	T5						69,86%	69,44%	38,06%	
	T6							71,65%	38,06%	47,70%
	Average	36,91%	41,01%	40,71%	63,19%	71,67%	72,27%	70,53%	38,06%	47,70%
887	T0	56,74%	61,44%	57,71%						
	T1		65,43%	60,72%	64,03%					
	T2			60,70%	63,91%	78,00%				
	T3				68,18%	80,44%	72,18%			
	T4					82,28%	74,56%	73,54%		
	T5						75,85%	74,99%	55,06%	
	T6							80,27%	60,32%	63,96%
	Average	56,74%	63,44%	59,71%	65,37%	80,24%	74,20%	76,27%	57,69%	63,96%
	total aver.	50,93%	55,73%	54,88%	62,13%	64,59%	65,05%	65,05%	47,98%	55,25%

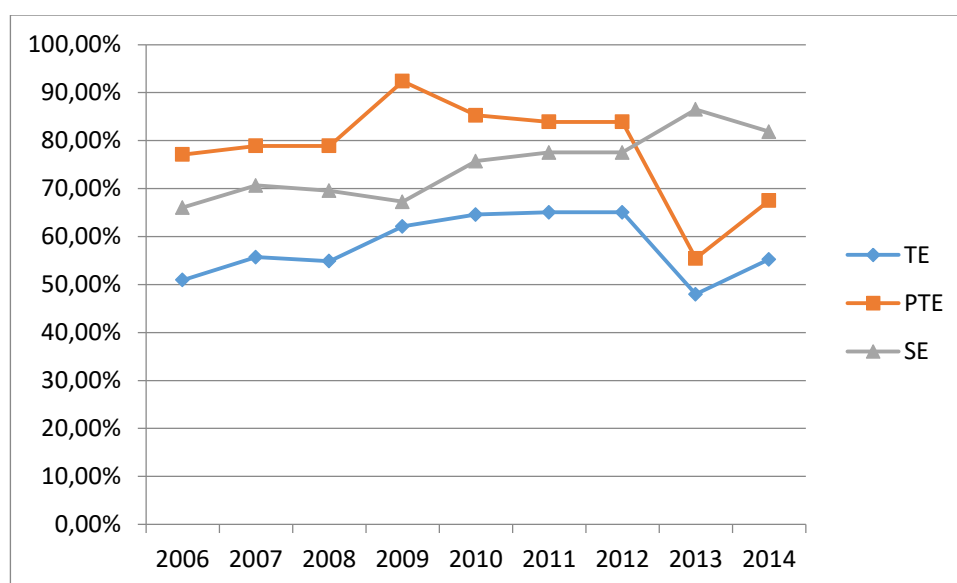
**Πίνακας 8.6 Window-DEA καθαρή αποδοτικότητα μεγαλύτερων νοσοκομείων**

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
9	T0	64,28%	68,57%	85,00%						
	T1		93,65%	100,00%	100,00%					
	T2			100,00%	100,00%	89,36%				
	T3				100,00%	94,37%	100,00%			
	T4					95,21%	90,03%	100,00%		
	T5						85,82%	100,00%	48,75%	
	T6							100,00%	49,32%	70,91%
	Average	64,28%	81,11%	95,00%	100,00%	92,98%	91,95%	100,00%	49,04%	70,91%
554	T0	100,00%	92,41%	80,76%						
	T1		100,00%	81,59%	100,00%					
	T2			80,93%	100,00%	72,91%				
	T3				100,00%	72,44%	69,35%			
	T4					72,49%	69,55%	69,67%		
	T5						70,04%	73,46%	55,77%	
	T6							73,46%	56,21%	72,64%
	Average	100,00%	96,21%	81,09%	100,00%	72,61%	69,65%	72,20%	55,99%	72,64%
447	T0	100,00%	78,19%	80,15%						
	T1		78,35%	79,32%	79,84%					
	T2			77,97%	78,45%	64,22%				
	T3				77,34%	64,01%	73,41%			
	T4					64,44%	73,57%	69,11%		
	T5						73,41%	69,40%	48,36%	
	T6							69,74%	48,76%	57,24%
	Average	100,00%	78,27%	79,15%	78,54%	64,22%	73,46%	69,42%	48,56%	57,24%
44	T0	46,42%	40,88%	45,51%						
	T1		70,02%	65,01%	100,00%					
	T2			63,50%	100,00%	100,00%				
	T3				94,55%	100,00%	100,00%			
	T4					100,00%	100,00%	100,00%		
	T5						80,69%	86,30%	46,97%	
	T6							86,87%	47,12%	54,40%
	Average	46,42%	55,45%	58,01%	98,18%	100,00%	93,56%	91,06%	47,05%	54,40%
887	T0	74,83%	81,18%	79,85%						
	T1		85,61%	82,29%	85,77%					
	T2			81,74%	84,99%	100,00%				
	T3				84,50%	94,84%	83,93%			
	T4					94,91%	83,97%	84,48%		
	T5						87,83%	87,99%	75,52%	
	T6							87,99%	77,78%	82,23%
	Average	74,83%	83,40%	81,29%	85,09%	96,58%	85,24%	86,82%	76,65%	82,23%
	total aver.	77,11%	78,89%	78,91%	92,36%	85,28%	83,90%	83,90%	55,46%	67,48%

**Πίνακας 8.7****Τεχνική, καθαρή και αποδοτικότητα κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων**

big	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	50,93%	55,73%	54,88%	62,13%	64,59%	65,05%	65,05%	47,98%	55,25%
PTE	77,11%	78,89%	78,91%	92,36%	85,28%	83,90%	83,90%	55,46%	67,48%
SE	66,05%	70,65%	69,55%	67,27%	75,74%	77,53%	77,53%	86,51%	81,87%

Στη συνέχεια, δημιουργείται το διάγραμμα της μεταβολής της καθαρής αποδοτικότητας, της τεχνικής αποδοτικότητας και της αποδοτικότητας κλίμακας των μεγαλύτερων μονάδων του δείγματος. Η μεταβολή αυτή φαίνεται στην εικόνα 8.6.

**Εικόνα 8.6****Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων**

Από τη μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων συμπεραίνονται τα εξής : Αρχικά η αποδοτικότητα βρίσκεται κατά το έτος 2006 στο 50,93%. Από το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά το έτος 2007 στο 55,73% και διατηρείται σταθερή κατά το 2008 στο 54,88%. Στη συνέχεια το ποσοστό ανεβαίνει, κατά το έτος 2009 στο 62,13%, κατά το έτος 2010 στο 64,59% και κατά το έτος 2011 στο 65,05%. Κατά το έτος 2012 διατηρείται σταθερό στο 65,05%. Κατά το 2014 κατεβαίνει στο 47,98% και κατά το 2014 ανακάμπτει ελαφρώς στο 55,25%. Η πτώση και η μερική ανάκαμψη της τεχνικής αποδοτικότητας των μεγάλων μονάδων προσομοιάζει σε αυτή του συνόλου των νοσοκομείων, αλλά σε μεγαλύτερες τιμές.

Από τη μεταβολής της καθαρής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων του δείγματος συμπεραίνονται τα εξής : Κατά τα τρία πρώτα έτη της μελετώμενης περιόδου, ήτοι κατά το 2006, 2007 και 2008 παρατηρείται μια σταθερότητα στην τεχνική αποδοτικότητα. Κατά το επόμενο έτος 2009, υπάρχει μια μεγάλη άνοδος της τιμής της στο 92,36%. Κατά τα επόμενα τρία έτη 2010, 2011 και 2012, η τιμή της παρουσιάζει μια πτώση κατά το έτος 2010 και διατηρείται σταθερή για τα επόμενα έτη, με τιμές 85,28%, 83,90% και 83,90% αντίστοιχα. Τέλος, το έτος 2013 η καθαρή αποδοτικότητα μειώνεται στο 55,46%, ενώ το έτος 2014 ανακάμπτει μερικώς στο 67,48%. Φαίνεται ότι η καθαρή αποδοτικότητα των μεγαλύτερων νοσοκομείων είναι αρκετά μεγαλύτερη από αυτήν του συνόλου των νοσοκομείων. Επίσης φαίνεται ότι κατά τα τρία πρώτα έτη της μελέτης η καθαρή αποδοτικότητα των μεγαλύτερων νοσοκομείων είναι σταθερή, όπως και αυτή του συνόλου των νοσοκομείων. Κατά το έτος 2009, υπάρχει μια πολύ μεγαλύτερη αύξηση στην καθαρή αποδοτικότητα των μεγαλύτερων νοσοκομείων από αυτή του συνόλου των νοσοκομείων. Κατά τα έτη 2010, 2011, 2012 η καθαρή αποδοτικότητα των μεγαλύτερων νοσοκομείων παρουσιάζει επίσης μια σταθερότητα ενώ για το ίδιο διάστημα στο σύνολο των νοσοκομείων παρουσιάζει μια μικρή αύξηση. Τέλος, κατά τα έτη 2013 και 2014 η καθαρή αποδοτικότητα των μεγαλύτερων νοσοκομείων παρουσιάζει μείωση και μερική ανάκαμψη αντίστοιχα, όπως και αυτή του συνόλου των νοσοκομείων αλλά σε πολύ μεγαλύτερη κλίμακα. Αυτά τα δεδομένα καταδεικνύουν ότι η καθαρή αποδοτικότητα των μεγαλύτερων νοσοκομείων είναι πιο ευαίσθητη στις μεταβολές σε σχέση με αυτήν του συνόλου των νοσοκομείων.

Η τιμή της αποδοτικότητας κλίμακας ξεκινάει το έτος 2006 με ποσοστό 66,05%, συνεχίζει με αύξηση το 2007 σε 70,65%, σχετική σταθερότητα το 2008 σε 69,55% και ελαφρά μείωση το 2009 σε 67,27%. Από εκεί και έπειτα, παρατηρείται μια συνεχόμενη αύξηση κατά το 2010 σε 75,74%, το 2011 σε 77,54%, σταθερότητα το 2012 σε 77,54%, και αύξηση το 2013 σε 86,51%. Τέλος, το 2014 παρατηρείται μια μείωση στο 81,87%. Παρατηρούμε ότι η αύξηση της καθαρής αποδοτικότητας το 2009 αντιστοιχεί και αύξηση της τεχνικής αποδοτικότητας αντιστοιχεί σε μείωση της αποδοτικότητας κλίμακας, ενώ η μεγάλη μείωση της καθαρής αποδοτικότητας και της τεχνικής αποδοτικότητας αντιστοιχεί σε αύξηση της αποδοτικότητας κλίμακας κατά τα έτη 2013 και λιγότερο το 2014. Τα αποτελέσματα αυτά θα ερμηνευτούν σε επόμενη ενότητα σε σχέση με τις πολιτικές υγείας.

### *8.1.3 Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων χωρίς περιορισμούς βαρών*

Στη συνέχεια, μελετάται η τεχνική αποδοτικότητα των πιο μικρών νοσοκομείων του δείγματος. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα από την εφαρμογή της μεθόδου Window-DEA, δημιουργούνται τα παράθυρα για κάθε μία από τις μονάδες και υπολογίζονται οι μέσοι όροι για την τιμή της τεχνικής αποδοτικότητας ανά έτος. Η τεχνική αποδοτικότητα των πιο μικρών νοσοκομείων για την περίοδο μελέτης φαίνεται στον πίνακα 8.8. Επίσης υπολογίζεται η καθαρή αποδοτικότητα των πιο μικρών νοσοκομείων του δείγματος, με παρόμοιο τρόπο. Η καθαρή αποδοτικότητα των πιο μικρών νοσοκομείων φαίνεται στον πίνακα 8.9. Από την τεχνική αποδοτικότητα και την καθαρή αποδοτικότητα υπολογίζεται η αποδοτικότητα κλίμακας για τα πιο μικρά νοσοκομεία. Η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής αποδοτικότητας και της αποδοτικότητας κλίμακας για τα πιο μικρά νοσοκομεία φαίνεται στον πίνακα 8.10. Με τα δεδομένα αυτά δημιουργείται το διάγραμμα μεταβολής των μεγεθών αυτών ανά έτος, το οποίο φαίνεται στην εικόνα 8.7.

**Πίνακας 8.8**  
**Window-DEA τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων**

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
245	W0	39,12%	50,13%	53,16%						
	W1		53,34%	58,06%	63,71%					
	W2			58,37%	63,91%	48,69%				
	W3				65,86%	50,82%	33,89%			
	W4					50,65%	33,77%	51,35%		
	W5						34,23%	52,13%	40,77%	
	W6							60,79%	47,54%	49,56%
	<b>Average</b>	<b>39,12%</b>	<b>51,74%</b>	<b>56,53%</b>	<b>64,49%</b>	<b>50,05%</b>	<b>33,96%</b>	<b>54,76%</b>	<b>44,16%</b>	<b>49,56%</b>
246	W0	38,79%	44,61%	42,40%						
	W1		49,69%	48,11%	58,23%					
	W2			48,20%	58,32%	50,58%				
	W3				61,58%	51,66%	51,66%			
	W4					45,03%	46,44%	47,32%		
	W5						46,82%	49,23%	43,33%	
	W6							50,44%	44,42%	45,35%
	<b>Average</b>	<b>38,79%</b>	<b>47,15%</b>	<b>46,24%</b>	<b>59,38%</b>	<b>49,09%</b>	<b>48,31%</b>	<b>49,00%</b>	<b>43,88%</b>	<b>45,35%</b>
265	W0	14,13%	15,60%	17,66%						
	W1		15,76%	17,90%	15,99%					
	W2			16,79%	16,11%	17,07%				
	W3				16,25%	17,24%	11,64%			
	W4					16,30%	11,00%	10,59%		
	W5						11,45%	11,03%	45,99%	
	W6							11,43%	45,99%	47,30%
	<b>Average</b>	<b>14,13%</b>	<b>15,68%</b>	<b>17,45%</b>	<b>16,12%</b>	<b>16,87%</b>	<b>11,36%</b>	<b>11,02%</b>	<b>45,99%</b>	<b>47,30%</b>
497	W0	6,43%	6,47%	9,90%						
	W1		6,57%	9,71%	12,96%					
	W2			9,27%	13,57%	7,63%				
	W3				16,50%	7,91%	8,61%			
	W4					9,67%	10,97%	43,21%		
	W5						8,16%	23,48%	11,62%	
	W6							23,69%	11,77%	13,88%
	<b>Average</b>	<b>6,43%</b>	<b>6,52%</b>	<b>9,63%</b>	<b>14,34%</b>	<b>8,40%</b>	<b>9,25%</b>	<b>30,13%</b>	<b>11,70%</b>	<b>13,88%</b>
412	W0	46,94%	30,39%	26,14%						
	W1		26,13%	25,42%	18,75%					
	W2			25,42%	18,75%	22,63%				
	W3				18,30%	22,75%	24,44%			
	W4					20,02%	20,53%	18,88%		
	W5						20,81%	19,56%	23,57%	
	W6							20,05%	24,58%	27,28%
	<b>Average</b>	<b>46,94%</b>	<b>28,26%</b>	<b>25,66%</b>	<b>18,60%</b>	<b>21,80%</b>	<b>21,93%</b>	<b>19,50%</b>	<b>24,08%</b>	<b>27,28%</b>
	<b>total aver.</b>	<b>29,08%</b>	<b>29,87%</b>	<b>31,10%</b>	<b>34,59%</b>	<b>29,24%</b>	<b>32,88%</b>	<b>32,88%</b>	<b>33,96%</b>	<b>36,67%</b>

### Πίνακας 8.9

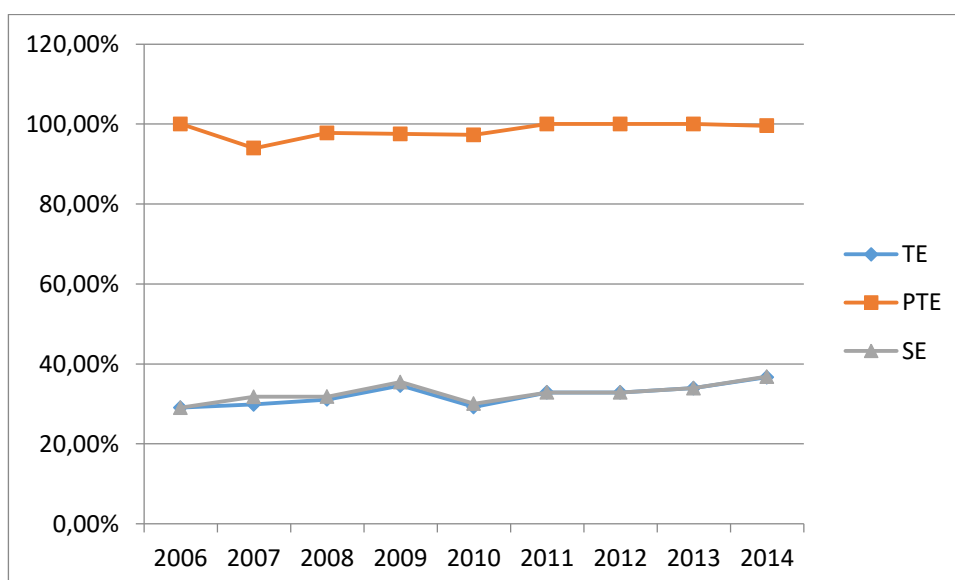
#### Window-DEA καθαρή τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
245	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	85,71%			
	W4					100,00%	85,71%	100,00%		
	W5						88,98%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	100,00%
	Average	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	86,80%	100,00%	100,00%	100,00%
246	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	100,00%			
	W4					100,00%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	97,84%
	Average	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	97,84%
265	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	100,00%			
	W4					100,00%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	100,00%
	Average	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
497	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	100,00%			
	W4					100,00%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	100,00%
	Average	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
412	W0	100,00%	71,88%	90,45%						
	W1		67,75%	87,97%	87,49%					
	W2			87,98%	87,57%	85,71%				
	W3				87,87%	86,22%	100,00%			
	W4					87,16%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	100,00%
	Average	100,00%	69,82%	88,80%	87,64%	86,36%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	total aver.	100,00%	93,96%	97,76%	97,53%	97,27%	100,00%	100,00%	100,00%	99,57%



**Πίνακας 8.10****Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας μικρών νοσοκομείων**

small DMUs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	29,08%	29,87%	31,10%	34,59%	29,24%	32,88%	32,88%	33,96%	36,67%
PTE	100,00%	93,96%	97,76%	97,53%	97,27%	100,00%	100,00%	100,00%	99,57%
SE	29,08%	31,79%	31,81%	35,46%	30,06%	32,88%	32,88%	33,96%	36,83%

**Εικόνα 8.7****Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων**

Από τα στοιχεία που προκύπτουν κατά την ανάλυση της μεταβολής της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των μικρών νοσοκομείων του δείγματος, διπιστώνονται ορισμένα συμπεράσματα για τη μεταβολή αυτή. Η τεχνική αποδοτικότητα των νοσοκομείων αυτών, παρουσιάζει σε γενικές γραμμές μια αυξητική τάση. Ξεκινώντας κατά το έτος 2006 από την τιμή 29,08%, παραμένει σταθερή στο έτος 2007 στο 29,87%, ανέρχεται το έτος 2008 στο 31,10% και το έτος 2009 στο 34,59%. Στη συνέχεια υποχωρεί το έτος 2010 στο 29,24% για να ξεκινήσει πάλι μια ανοδική πορεία το έτος 2011 στο 32,88%, το έτος 2012 πάλι στο 32,88%, το έτος 2013 στο 33,96% και να καταλήξει το έτος 2014 στο 36,67%.

Η καθαρή αποδοτικότητα ξεκινάει από τη μέγιστη τιμή της που είναι στο 100% για το έτος 2006. Στη συνέχεια και για περίοδο τεσσάρων ετών παρουσιάζει μείωση και αύξηση, κατά το έτος 2007

στο 93,96%, κατά το έτος 2008 στο 97,76%, κατά το έτος 2009 στο 97,53%, και το έτος 2010 στο 97,27%. Κατά τα υπόλοιπα έτη όμως 2011, 2012, 2013 και 2014, η καθαρή αποδοτικότητα παίρνει και πάλι τη μέγιστη τιμή της και σταθεροποιείται στο 100%.

Όσον αφορά την αποδοτικότητα κλίμακας, η τιμή της είναι ίδια με αυτήν της τεχνικής αποδοτικότητας κατά το έτος 2010, αλλά και κατά τα έτη 2011, 2012, 2013 και 2014, δηλαδή κατά τα έτη στα οποία η καθαρή αποδοτικότητα παίρνει τη μέγιστη τιμή της. Η αποδοτικότητα κλίμακας ξεκινάει κατά το έτος 2006 από την τιμή 29,08% και αυξάνεται κατά το έτος 2007 στο 31,79%, το έτος 2008 στο 31,81% και το έτος 2009 στο 35,36%. Κατά το έτος 2010 μειώνεται στο 30,06% και στη συνέχεια αυξάνεται πάλι κατά το έτος 2011 στο 32,88%, κατά το έτος 2012 στο 32,88%, κατά το έτος 2013 στο 33,96% και κατά το έτος 2014 στο 36,83%.

#### *8.1.4 Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας με περιορισμούς βαρών*

Πραγματοποιείται μια ανάλυση Window-DEA αποδοτικότητας με περιορισμό βαρών. Το δείγμα είναι παρόμοιο με αυτό που ήταν στην μελέτη χωρίς τον περιορισμό των βαρών. Όσον αφορά τον περιορισμό των βαρών, είναι σημαντικό να παραχθεί μια ανάλυση με περιορισμένα βάρη με βάση τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται στην παρούσα μελέτη. Ο λόγος που γίνεται αυτό, είναι ότι εάν δεν οριστεί κανένας περιορισμός βαρών, δίδεται απόλυτη ελευθερία στα βάρη (Allen, Athanassopoulos, Dyson & Thanassoulis, 1997). Με τον τρόπο αυτό, μια μονάδα μπορεί να οριστεί ως αποδοτική, ενώ η βαρύτητα μιας εισροής της μπορεί να προσεγγίσει την τιμή μηδέν, ενώ αυτή η εισροή να είναι πολύ σημαντική για την έρευνα. Στη συγκεκριμένη μελέτη, υπάρχουν τέσσερις εισροές και δύο εκροές. Οι τρεις από τις εισροές αφορούν το προσωπικό. Η βαρύτητα μεταξύ του Ιατρικού, του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού δεν μπορεί να είναι ανεξέλεγκτη. Για παράδειγμα, δεν είναι αποδεκτή μια λύση που κατατάσσει μια μονάδα ως αποδοτική και δίνει το αποτέλεσμα απελευθερώνοντας την βαρύτητα του αριθμού των ιατρών και ενδεχομένως η τιμή του βάρους να αυτού να είναι πολύ κοντά στη μηδενική. Για το λόγο αυτό, πρέπει να τεθούν περιορισμοί μεταξύ των εισροών προσωπικού. Θεωρούμε ότι πρέπει να τεθούν ελάχιστοι περιορισμοί οι οποίοι θα αποτυπώνουν την αυξημένη βαρύτητα της εισροής του αριθμού Ιατρών σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό και του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το διοικητικό προσωπικό. Τέτοιοι περιορισμοί είναι σύμφωνοι με την κουλτούρα των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Επίσης, όσον αφορά τις εκροές είναι χρήσιμο να αποτυπωθεί η αυξημένη βαρύτητα των ημερών νοσηλείας σε σχέση με τους εξελθόντες ασθενείς. Πράγματι, οι ημέρες νοσηλείας είναι πιο σημαντικές για το παραγόμενο έργο, αφού ανταποκρίνονται πληρέστερα στο έργο, εμπεριέχοντας όλες τις ιατρικές πράξεις που

γίνονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σε σχέση με την απλή αποτύπωση των νοσηλευθέντων που είναι μεν σημαντική, αλλά όχι τόσο πλήρης για την περιγραφή του παραγόμενου έργου.

Οι περιορισμοί βαρών μειώνουν την αποδοτικότητα των μονάδων. Για το λόγο αυτό, είμαστε πολύ προσεκτικοί στην επιλογή των βαρών των μονάδων. Είναι σκόπιμο να παραθέσουμε τα αποτελέσματα με τον περιορισμό των βαρών και χωρίς τον περιορισμό των βαρών, προκειμένου να πραγματοποιηθεί σύγκριση των αποτελεσμάτων και να υπάρχει η δυνατότητα για σύγκριση με μελλοντικές έρευνες.

Οι περιορισμοί βαρών που θέτουμε είναι οι εξής:

- $P2 > 0,4 * P3$ . Εκφράζει τη σημαντικότητα του αριθμού των ιατρών έναντι των νοσηλευτών και την εξασφάλιση ότι ο αριθμός των ιατρών θα είναι πάνω από ένα κατώτατο όριο προκειμένου να παραχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα.
- $P3 > 0,4 * P4$ . Εκφράζει τη σημαντικότητα του αριθμού των νοσηλευτών έναντι των διοικητικών και την εξασφάλιση ότι ο αριθμός των νοσηλευτών θα είναι πάνω από ένα κατώτατο όριο προκειμένου να παραχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα.
- $Q1 > 0,2 Q2$ . Εκφράζει τη σημαντικότητα των ημερών νοσηλείας έναντι των εξελθόντων ασθενών, αφού οι ημέρες νοσηλείας είναι σημαντικότερες για το παραγόμενο έργο και επίσης οι εξελθόντες ασθενείς είναι εξωγενώς καθορισμένη έξοδος.

Σε αυτήν την περίπτωση ο πίνακας βαρών διαμορφώνεται ως εξής :

$$W = \begin{vmatrix} 0 & 1 & -0,4 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 1 & -0,4 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 1 & -0,2 \end{vmatrix}$$

Στη συνέχεια ο πίνακας αυτός φορτώνεται στο πρόγραμμα κατά τις εισαγωγές των δεδομένων. Εφαρμόζεται το πρόγραμμα EMS, για τη μελετώμενη περίοδο και για τον περιορισμό βαρών. Από τα παραγόμενα παράθυρα, υπολογίζεται η τεχνική αποδοτικότητα και η αποδοτικότητα κλίμακας των μονάδων για κάθε έτος της περιόδου μελέτης. Στη συνέχεια, υπολογίζεται η αποδοτικότητα κλίμακας για κάθε έτος. Τα αποτελέσματα της μελέτης για την τεχνική αποδοτικότητα, την αποδοτικότητα κλίμακας και την καθαρή αποδοτικότητα φαίνονται στον πίνακα 8.11. Με βάση τα δεδομένα αυτά, κατασκευάζεται το διάγραμμα μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας, της καθαρής αποδοτικότητας και της αποδοτικότητας κλίμακας και το διάγραμμα αυτό φαίνεται στην εικόνα 8.8.

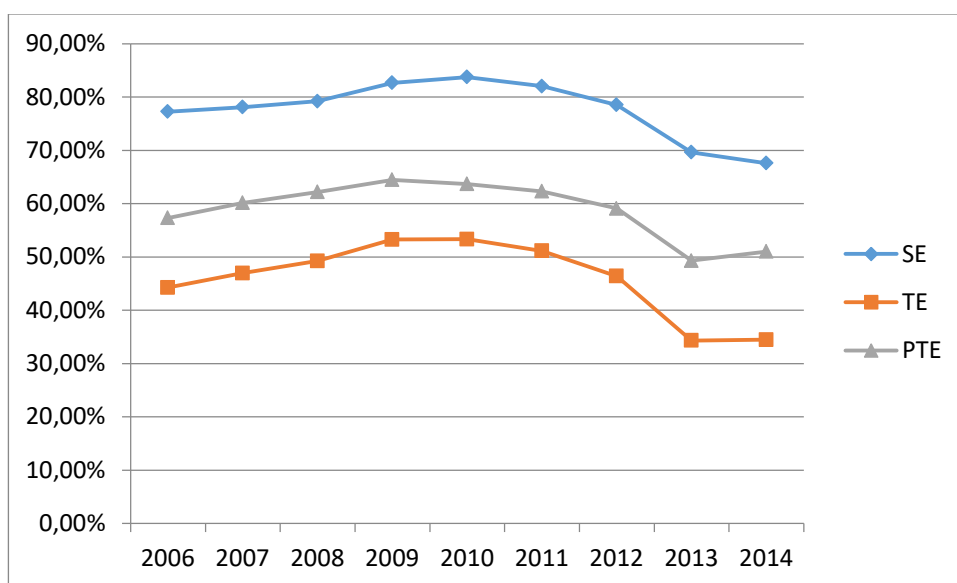
**Πίνακας 8.11**

**Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	44,26%	46,97%	49,25%	53,28%	53,34%	51,12%	46,38%	34,32%	34,48%
PTE	57,30%	60,15%	62,18%	64,45%	63,69%	62,31%	59,09%	49,29%	51,02%
SE	77,24%	78,09%	79,21%	82,66%	83,74%	82,03%	78,50%	69,63%	67,57%

**Εικόνα 8.8**

**Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**



Από τα αποτελέσματα αυτά προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα για τη μεταβολή των μεγεθών αυτών. Όσον αφορά την τεχνική αποδοτικότητα, αυτή παρουσιάζει μια αύξηση κατά τα πέντε πρώτα έτη ξεκινώντας από το έτος 2006 στο οποίο παίρνει την τιμή 44,26%, το 2007 στο 46,97%, το έτος 2009 στο 53,28% φτάνοντας το 2010 στο 53,34%. Στη συνέχεια, μειώνεται κατά τα τέσσερα επόμενα έτη, κατά το έτος 2011 υποχωρεί στο 51,12%, το έτος 2012 στο 46,38% το έτος 2013 στο 34,32% και το 2014 σταθερή στο 34,48%. Παρόμοια εικόνα παρουσιάζει η καθαρή αποδοτικότητα, η οποία αυξάνεται κατά τα τέσσερα πρώτα έτη, ξεκινώντας το 2006 από 57,30%, το 2007 σε 61,15%, το 2008 σε 62,18%, το 2009 σε 64,45. Κατά τα επόμενα έτη μειώνεται, ξεκινώντας από το 2010 στο 63,69%, το έτος 2011 στο 62,31%, το 2012 στο 59,09%, το 2013 στο 49,29% ενώ το 2014 ανακάμπτει ελαφρώς στο 51,02%. Η αποδοτικότητα κλίμακας ακολουθεί και αυτή μια παρόμοια μεταβολή. Κατά τα πέντε πρώτα έτη αυξάνεται με μικρό ρυθμό, ξεκινώντας το 2006 από 77,24%, το

2007 στο 78,09%, το 2008 στπ 82,66%. Κατά τα επόμενα έτη μειώνεται το 2011 στο 82,03%, το 2012 στο 78,50%, το 2013 στο 69,63% και το 2014 στο 67,57%.

#### *8.1.5 Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμούς βαρών*

Το επόμενο βήμα της μελέτης, είναι να μελετηθεί η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό βαρών. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται οι τιμές της αποδοτικότητας που έχουν προκύψει από τη μελέτη Window-DEA με περιορισμό βαρών. Με τη χρησιμοποίηση κατάλληλου φίλτρου προκύπτουν οι τιμές της αποδοτικότητας. Οι τιμές της τεχνικής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων με εφαρμογή του περιορισμού βαρών, κατά τη διάρκεια της μελετώμενης περιόδου, ως και οι μέσες τιμές αυτής για τα μεγάλα νοσοκομεία φαίνονται στον πίνακα 8.12. Με τον ίδιο τρόπο προκύπτουν και οι τιμές της καθαρής αποδοτικότητας για τα νοσοκομεία αυτά. Οι τιμές της καθαρής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων με εφαρμογή περιορισμού βαρών, για τη μελετώμενη περίοδο φαίνονται στον πίνακα 8.13. Από τις τιμές της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας των νοσοκομείων αυτών, υπολογίζονται οι τιμές της αποδοτικότητας κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων για τη μελετώμενη περίοδο. Όλες αυτές οι τιμές απεικονίζονται στον πίνακα 8.14. Επίσης, η μεταβολή των τιμών αυτών φαίνεται στην εικόνα 8.9.

Πίνακας 8.12

Window-DEA τεχνική αποδοτικότητα μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
9	W0	44,48%	50,02%	52,65%						
	W1		61,18%	64,70%	59,41%					
	W2			64,70%	59,41%	58,67%				
	W3				65,02%	64,09%	63,27%			
	W4					64,17%	63,20%	64,11%		
	W5						48,37%	48,79%	37,93%	
	W6							48,79%	37,93%	40,87%
	Average	44,48%	55,60%	60,68%	61,28%	62,31%	58,28%	53,90%	37,93%	40,87%
554	W0	43,71%	43,35%	42,13%						
	W1		53,53%	52,35%	48,99%					
	W2			52,35%	48,99%	46,03%				
	W3				54,28%	50,62%	48,84%			
	W4					49,86%	48,07%	45,14%		
	W5						37,14%	34,80%	33,99%	
	W6							34,80%	33,99%	35,23%
	Average	43,71%	48,44%	48,94%	50,75%	48,84%	44,68%	38,25%	33,99%	35,23%
447	W0	46,03%	42,81%	43,01%						
	W1		52,84%	54,20%	54,64%					
	W2			54,20%	54,64%	43,90%				
	W3				59,83%	48,06%	56,38%			
	W4					47,22%	55,34%	50,57%		
	W5						43,02%	39,16%	32,27%	
	W6							39,16%	32,27%	34,75%
	Average	46,03%	47,83%	50,47%	56,37%	46,39%	51,58%	42,96%	32,27%	34,75%
44	W0	36,76%	37,01%	35,71%						
	W1		44,17%	42,41%	60,46%					
	W2			42,41%	60,46%	66,59%				
	W3				66,58%	73,33%	73,21%			
	W4					73,85%	73,59%	70,51%		
	W5						55,49%	53,23%	32,16%	
	W6							53,23%	32,16%	32,33%
	Average	36,76%	40,59%	40,18%	62,50%	71,26%	67,43%	58,99%	32,16%	32,33%
887	W0	46,00%	49,94%	46,30%						
	W1		63,51%	58,75%	61,09%					
	W2			58,75%	61,09%	71,08%				
	W3				66,72%	77,47%	68,33%			
	W4					75,96%	67,04%	64,92%		
	W5						52,35%	50,57%	35,87%	
	W6							50,57%	35,87%	37,13%
	Average	46,00%	56,73%	54,60%	62,97%	74,84%	62,57%	55,35%	35,87%	37,13%
	total aver.	43,40%	49,84%	50,97%	58,77%	60,73%	49,89%	49,89%	34,44%	36,06%

**Πίνακας 8.13**

**Window-DEA καθαρή τεχνική αποδοτικότητα μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
9	W0	52,22%	54,50%	59,91%						
	W1		93,65%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	88,98%				
	W3				100,00%	93,90%	89,62%			
	W4					95,21%	90,03%	100,00%		
	W5						85,05%	100,00%	38,03%	
	W6							100,00%	38,03%	40,95%
	<b>Average</b>	<b>52,22%</b>	<b>74,08%</b>	<b>86,64%</b>	<b>100,00%</b>	<b>92,70%</b>	<b>88,23%</b>	<b>100,00%</b>	<b>38,03%</b>	<b>40,95%</b>
554	W0	57,19%	58,48%	56,53%						
	W1		82,15%	78,47%	100,00%					
	W2			78,08%	100,00%	71,18%				
	W3				100,00%	70,86%	66,35%			
	W4					71,02%	66,58%	63,98%		
	W5						37,33%	35,12%	34,74%	
	W6							35,12%	34,74%	36,03%
	<b>Average</b>	<b>57,19%</b>	<b>70,32%</b>	<b>71,03%</b>	<b>100,00%</b>	<b>71,02%</b>	<b>56,75%</b>	<b>44,74%</b>	<b>34,74%</b>	<b>36,03%</b>
447	W0	59,06%	55,44%	55,40%						
	W1		77,88%	78,07%	76,68%					
	W2			77,92%	76,51%	59,20%				
	W3				75,63%	59,19%	71,64%			
	W4					59,48%	71,72%	67,44%		
	W5						43,02%	39,38%	33,19%	
	W6							39,38%	33,19%	35,75%
	<b>Average</b>	<b>59,06%</b>	<b>66,66%</b>	<b>70,46%</b>	<b>76,27%</b>	<b>59,29%</b>	<b>62,13%</b>	<b>48,73%</b>	<b>33,19%</b>	<b>35,75%</b>
44	W0	41,66%	37,93%	40,58%						
	W1		70,02%	65,01%	100,00%					
	W2			63,50%	100,00%	100,00%				
	W3				94,55%	100,00%	100,00%			
	W4					100,00%	100,00%	100,00%		
	W5						64,45%	61,05%	33,27%	
	W6							62,91%	33,27%	33,63%
	<b>Average</b>	<b>41,66%</b>	<b>53,98%</b>	<b>56,36%</b>	<b>98,18%</b>	<b>100,00%</b>	<b>88,15%</b>	<b>74,65%</b>	<b>33,27%</b>	<b>33,63%</b>
887	W0	57,05%	59,33%	57,75%						
	W1		83,21%	79,84%	82,31%					
	W2			79,50%	81,85%	100,00%				
	W3				81,01%	91,28%	80,54%			
	W4					91,20%	80,78%	80,43%		
	W5						55,15%	50,59%	36,66%	
	W6							50,59%	36,66%	37,91%
	<b>Average</b>	<b>57,05%</b>	<b>71,27%</b>	<b>72,36%</b>	<b>81,72%</b>	<b>94,16%</b>	<b>72,16%</b>	<b>60,54%</b>	<b>36,66%</b>	<b>37,91%</b>
	<b>total aver.</b>	<b>53,44%</b>	<b>67,26%</b>	<b>71,37%</b>	<b>91,24%</b>	<b>83,43%</b>	<b>65,73%</b>	<b>65,73%</b>	<b>35,18%</b>	<b>36,85%</b>

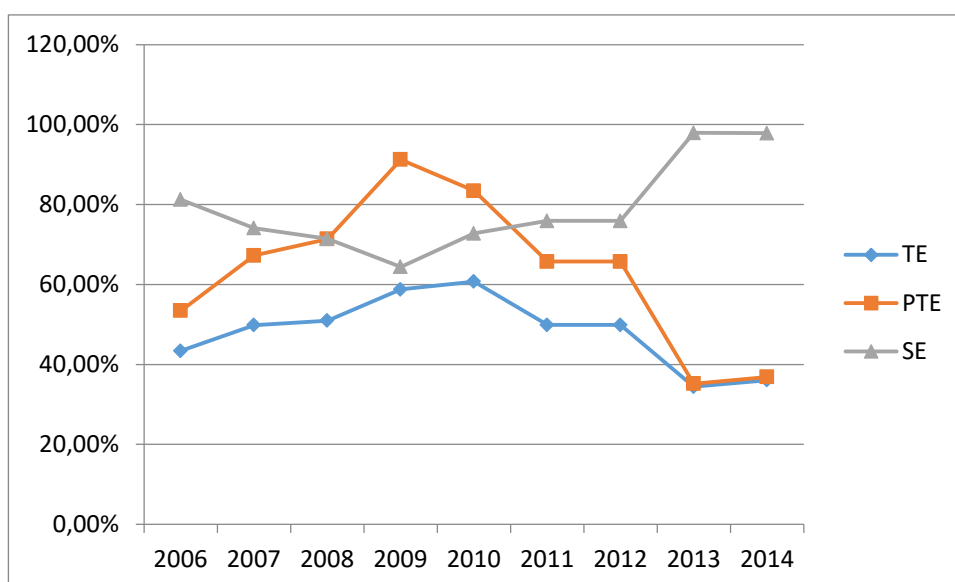
Πίνακας 8.14

Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών

big DMUs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	43,40%	49,84%	50,97%	58,77%	60,73%	49,89%	49,89%	34,44%	36,06%
PTE	53,44%	67,26%	71,37%	91,24%	83,43%	65,73%	65,73%	35,18%	36,85%
SE	81,21%	74,10%	71,42%	64,42%	72,78%	75,90%	75,90%	97,91%	97,85%

Εικόνα 8.9

Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών



Από τα αποτελέσματα αυτά, προκύπτουν τα εξής :

- Η τεχνική αποδοτικότητα αυξάνεται κατά την πρώτη πενταετία, έως και το 2010. Ξεκινώντας από το 2006 με ποσοστό 43,40%, ανέρχεται αρκετά το 2007 στο 49,84%, ελαφρώς το 2008 στο 50,97%, αρκετά το 2009 στο 58,77% και λίγο ακόμα κατά το 2010 στο 60,73%. Από εκεί και έπειτα μειώνεται, αρχικά κατά πολύ το 2011, στο 49,89%, διατηρείται σταθερή το 2012 στο 49,89%, μειώνεται πολύ το 2013 στο 34,44% και ανακάμπτει ελαφρώς το 2014 στο 36,06%.

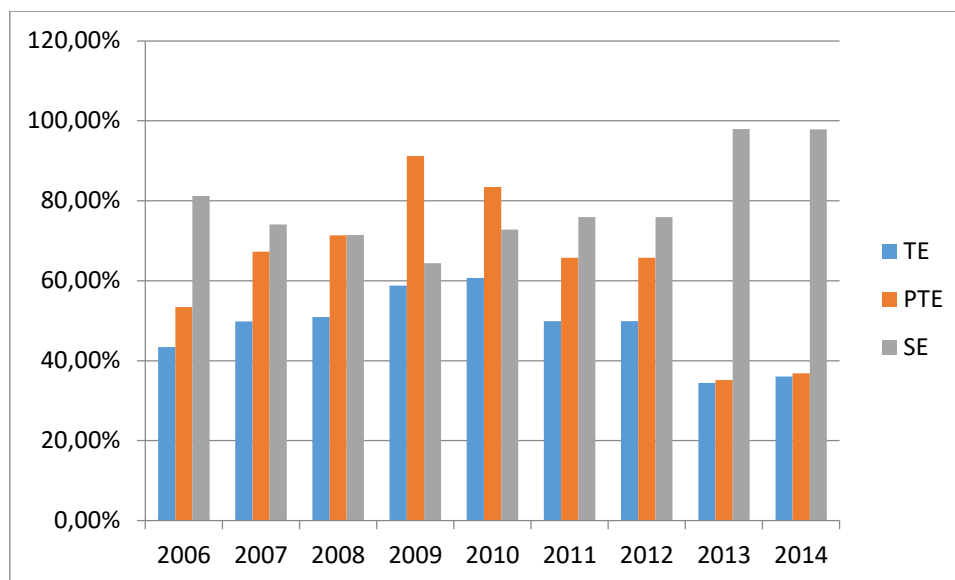


- Η καθαρή αποδοτικότητα αυξάνεται κατά την πρώτη τετραετία, έως και το 2009. Ξεκινώντας από το 2006 με ποσοστό 53,44%, αυξάνεται κατά πολύ το 2007 στο 67,26%, μέτρια το 2008 στο 71,37% και πάρα πολύ το 2009 φτάνοντας το ποσοστό 91,24%. Κατά τα επόμενα πενταετία ακολουθεί μια πτωτική πορεία, κατά το έτος 2010 μειώνεται κατά πολύ στο 83,43%, το έτος 2011 μειώνεται υπερβολικά στο 65,73%, το έτος 2012 διατηρείται σταθερή στο 65,73%, το έτος 2013 μειώνεται κατά πολύ στο 35,18% και το έτος 2014 ανακάμπτει ελαφρώς στο 36,85%.
- Αντίθετα με τις προηγούμενες μεταβολές, η αποδοτικότητα κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων ακολουθεί μια φθίνουσα μεταβολή κατά την πρώτη τετραετία. Ξεκινώντας το 2006 από το 81,21%, μειώνεται κατά πολύ το 2007 στο 74,10%, το 2008 μειώνεται λίγο στο 71,42% και το 2009 μειώνεται κατά πολύ στο 64,42%. Κατά την επόμενη πενταετία, η αποδοτικότητα κλίμακας αυξάνεται, το 2010 κατά πολύ στο 72,78%, το 2011 λίγο στο 75,90%, το 2012 διατηρείται σταθερή στο 75,90%, το 2013 αυξάνεται πάρα πολύ στο 97,91% και το 2014 διατηρείται σχεδόν σταθερή στο 97,85%.

Στην εικόνα 8.10, φαίνεται η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων υπό μορφή ραβδογράμματος. Η απεικόνιση αυτή πραγματοποιήθηκε για να καταδειχθεί εποπτικά η σύγκριση μεταξύ των τιμών των αποδοτικότητων των μεγάλων νοσοκομείων σε συνάρτηση με το χρόνο για τη μελετώμενη περίοδο.

**Εικόνα 8.10**

**Ραβδόγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**



Από την εικόνα αυτή διακρίνεται η άνοδος της αποδοτικότητας κλίμακας κατά το τέλος της μελετώμενης περιόδου. Η άνοδος αυτή υπερβαίνει και την αρχική τιμή της περιόδου, δείχνοντας την καλύτερη τοποθέτηση των μεγάλων νοσοκομείων στην κλίμακα.

#### *8.1.6 Αποτελέσματα Window-DEA αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων με περιορισμούς βαρών*

Στη συνέχεια εξετάζεται η τεχνική αποδοτικότητα των μικρών νοσοκομείων κατά την περίοδο μελέτης, λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό βαρών. Για να πραγματοποιηθεί η εξέταση αυτή, χρησιμοποιούνται τα αποτελέσματα των παραθύρων για την τεχνική αποδοτικότητα. Με την εφαρμογή κατάλληλου φίλτρου, απομονώνονται εκ νέου οι μικρότερες μονάδες και ευρίσκεται η τεχνική αποδοτικότητα καθεμιάς από αυτές. Στον πίνακα 8.15 φαίνεται η τεχνική αποδοτικότητα των μικρών νοσοκομείων για την περίοδο μελέτης λαμβάνοντας υπόψη και τον περιορισμό βαρών. Με παρόμοιο τρόπο υπολογίζεται η καθαρή αποδοτικότητα των μικρών νοσοκομείων υπό παρόμοιες συνθήκες, η οποία φαίνεται στον πίνακα 8.16. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, κατασκευάζεται ο πίνακας 8.17, στον οποίο φαίνονται η τεχνική αποδοτικότητα, η καθαρή αποδοτικότητα και η αποδοτικότητα κλίμακας για τα μικρά νοσοκομεία κατά τη μελετώμενη περίοδο, λαμβάνοντας

υπόψη τον περιορισμό βαρών. Κατασκευάζεται το διάγραμμα που δείχνει τη μεταβολή των μεγεθών αυτών στο χρόνο, το οποίο φαίνεται στην εικόνα 8.11.

**Πίνακας 8.15**

**Window-DEA τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
245	W0	28,42%	34,36%	36,35%						
	W1		42,93%	45,15%	44,66%					
	W2			45,15%	44,66%	37,48%				
	W3				49,08%	41,22%	24,02%			
	W4					40,56%	23,71%	28,72%		
	W5						18,41%	23,16%	18,87%	
	W6							23,27%	19,06%	18,25%
	<b>Average</b>	<b>28,42%</b>	<b>38,65%</b>	<b>42,22%</b>	<b>46,13%</b>	<b>39,75%</b>	<b>22,05%</b>	<b>25,05%</b>	<b>18,97%</b>	<b>18,25%</b>
246	W0	27,81%	34,52%	32,71%						
	W1		41,95%	40,41%	49,10%					
	W2			40,41%	49,10%	38,93%				
	W3				54,02%	42,68%	43,39%			
	W4					41,84%	42,56%	45,81%		
	W5						33,05%	35,47%	30,91%	
	W6							35,47%	30,91%	29,18%
	<b>Average</b>	<b>27,81%</b>	<b>38,24%</b>	<b>37,84%</b>	<b>50,74%</b>	<b>41,15%</b>	<b>39,67%</b>	<b>38,92%</b>	<b>30,91%</b>	<b>29,18%</b>
265	W0	9,59%	11,83%	12,10%						
	W1		12,00%	12,27%	13,53%					
	W2			12,27%	14,04%	7,12%				
	W3				15,40%	8,17%	6,75%			
	W4					8,65%	7,15%	5,72%		
	W5						7,22%	5,78%	16,33%	
	W6							5,78%	16,33%	16,67%
	<b>Average</b>	<b>9,59%</b>	<b>11,92%</b>	<b>12,21%</b>	<b>14,32%</b>	<b>7,98%</b>	<b>7,04%</b>	<b>5,76%</b>	<b>16,33%</b>	<b>16,67%</b>
497	W0	4,67%	5,11%	7,73%						
	W1		5,31%	7,98%	12,96%					
	W2			8,33%	13,51%	6,83%				
	W3				16,40%	7,44%	8,61%			
	W4					9,67%	10,97%	43,21%		
	W5						7,29%	21,91%	9,98%	
	W6							21,91%	10,08%	12,91%
	<b>Average</b>	<b>4,67%</b>	<b>5,21%</b>	<b>8,01%</b>	<b>14,29%</b>	<b>7,98%</b>	<b>8,96%</b>	<b>29,01%</b>	<b>10,03%</b>	<b>12,91%</b>
412	W0	32,73%	18,75%	18,95%						
	W1		18,75%	19,84%	12,96%					
	W2			19,84%	12,96%	17,52%				
	W3				14,92%	19,62%	19,98%			
	W4					19,59%	19,78%	18,14%		
	W5						15,02%	13,72%	16,62%	
	W6							13,72%	16,67%	18,78%
	<b>Average</b>	<b>32,73%</b>	<b>18,75%</b>	<b>19,54%</b>	<b>13,61%</b>	<b>18,91%</b>	<b>18,26%</b>	<b>15,19%</b>	<b>16,65%</b>	<b>18,78%</b>
	<b>total aver.</b>	<b>20,64%</b>	<b>22,55%</b>	<b>23,97%</b>	<b>27,82%</b>	<b>23,15%</b>	<b>22,79%</b>	<b>22,79%</b>	<b>18,58%</b>	<b>19,16%</b>

**Πίνακας 8.16**

**Window-DEA καθαρή τεχνική αποδοτικότητα μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**

DMU	Window	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
245	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	85,71%			
	W4					100,00%	85,71%	86,46%		
	W5						85,71%	86,77%	85,71%	
	W6							86,75%	85,71%	96,77%
	<b>Average</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>85,71%</b>	<b>86,66%</b>	<b>85,71%</b>	<b>96,77%</b>
246	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	100,00%			
	W4					100,00%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	96,77%
	<b>Average</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>96,77%</b>
265	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	100,00%			
	W4					100,00%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	100,00%
	<b>Average</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
497	W0	100,00%	100,00%	100,00%						
	W1		100,00%	100,00%	100,00%					
	W2			100,00%	100,00%	100,00%				
	W3				100,00%	100,00%	100,00%			
	W4					100,00%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	100,00%
	<b>Average</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
412	W0	98,53%	68,37%	90,45%						
	W1		65,75%	87,97%	85,83%					
	W2			87,98%	85,91%	85,71%				
	W3				85,96%	86,22%	100,00%			
	W4					85,71%	100,00%	100,00%		
	W5						100,00%	100,00%	100,00%	
	W6							100,00%	100,00%	100,00%
	<b>Average</b>	<b>98,53%</b>	<b>67,06%</b>	<b>88,80%</b>	<b>85,90%</b>	<b>85,88%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>total aver.</b>	<b>99,71%</b>	<b>93,41%</b>	<b>97,76%</b>	<b>97,18%</b>	<b>97,18%</b>	<b>97,33%</b>	<b>97,33%</b>	<b>97,14%</b>	<b>98,71%</b>

**Πίνακας 8.17**

**Τεχνική, καθαρή και αποδοτικότητα κλίμακας μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**

small DMUs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	20,64%	22,55%	23,97%	27,82%	23,15%	22,79%	22,79%	18,58%	19,16%
PTE	99,71%	93,41%	97,76%	97,18%	97,18%	97,33%	97,33%	97,14%	98,71%
SE	20,70%	24,14%	24,52%	28,63%	23,83%	23,41%	23,41%	19,12%	19,41%

**Εικόνα 8.11**

**Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών**



Από τα αποτελέσματα αυτά προκύπτουν τα εξής για τα μικρά νοσοκομεία της περιόδου μελέτης λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό βαρών :

- Η τεχνική αποδοτικότητα των νοσοκομείων ακολουθεί μια αυξητική πορεία κατά τη διάρκεια των τεσσάρων πρώτων ετών της μελετώμενης περιόδου. Ξεκινώντας από το έτος 2006 και τιμή 20,64%, αυξάνεται λίγο το έτος 2007 στο 22,55, το 2008 ελάχιστα στο 23,97%, και το 2009 στο 27,82%. Από το έτος αυτό και έπειτα μειώνεται κατά τα επόμενα 5 έτη, το έτος 2010 στο 23,15%, το έτος 2011 ελάχιστα στο 22,79%, το έτος 2012 σταθερή στο 22,79%, το έτος 2013 στο 18,58% και το έτος 2014 ανακάμπτει στο 19,16%.

- Η καθαρή αποδοτικότητα ακολουθεί μια σταθερή σχετικά πορεία κοντά στη μέγιστη τιμή της. Ξεκινώντας το έτος 2006 από το 99,71%, μειώνεται το έτος 2007 στο 93,41%, αυξάνεται ξανά το 2008 στο 97,76%, το 2009 και το 2010 σταθεροποιείται στο 97,18%, το ίδιο και τα έτη 2011 και 2012 στο 97,33%, το έτος 2014 στο 97,14% ενώ το 2014 αυξάνεται ελαφρώς στο 98,71%.
- Η αποδοτικότητα κλίμακας ξεκινάει από το έτος 2006 στο 20,70% και ανεβαίνει το έτος 2007 στο 24,14%, το έτος 2008 στο 24,52% και το έτος 2009 στο 28,63%. Στη συνέχεια μειώνεται το έτος 2010 στο 23,83%, το 2011 στο 23,41%, το 2013 στο 19,12% και το 2014 ανεβαίνει ελαφρώς στο 19,41%.

### 8.1.7 Μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων με οικονομικά στοιχεία

Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο, πρέπει να εξεταστεί και σε σχέση με τα οικονομικά στοιχεία στον τομέα υγείας. Η μεταβολή των οικονομικών στοιχείων είναι ένα στοιχείο το οποίο είναι σημαντικό στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις επιδιώκουν να μειώσουν τα έξοδα. Επίσης, η μείωση των δαπανών θεωρητικά επιδρά στην αποδοτικότητα και αυτό είναι κάτι το οποίο πρέπει να ελεγχθεί εάν συμβαίνει υπό τις εξεταζόμενες συνθήκες.

Κατ' αρχήν, συγκεντρώθηκαν οικονομικά στοιχεία που αφορούν όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Τα στοιχεία αυτά είναι οι συνολικές δαπάνες ανά υγειονομική περιφέρεια οι οποίες περιλαμβάνουν τις εξής :

1. Τιμολόγια χρήσης τρέχοντος έτους (σύνολα), οι οποίες περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες δαπανών :
  - Αγορές τρέχοντος έτους (ΔΕΚΟ)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (καθαριότητα)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (ασφάλεια)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (εστίαση)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (υπόλοιπα)
2. Αγορές τρέχοντος έτους (Σύνολο πρώτων και βοηθητικών υλών) οι οποίες περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες δαπανών:
  - Αγορές τρέχοντος έτους (φάρμακα)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (υγειονομικό υλικό)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (ορθοπεδικό υλικό)

- Αγορές τρέχοντος έτους (αντιδραστήρια)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (υπόλοιπα)
3. Αγορές τρέχοντος έτους (σύνολο αναλώσιμων υλικών) οι οποίες περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες δαπανών:
- Αγορές τρέχοντος έτους (αέρια)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (καύσιμα)
  - Αγορές τρέχοντος έτους (υπόλοιπα)

Με κίτρινο χρώμα σημειώνονται ορισμένες αυξήσεις που πραγματοποιήθηκαν σε δύο υγειονομικές περιφέρειες σε αντίθεση με τις γενικότερες μειώσεις σε όλη την επικράτεια. Με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν δημιουργείται ο πίνακας 8.18 που περιλαμβάνει τις συνολικές δαπάνες ανά υγειονομική περιφέρεια κατά τη διάρκεια των ετών 2009-2014 (βασισμένος σε Καστανιώτη & Πολύζος, 2016) και στην εικόνα 8.12 φαίνεται η χρονική μεταβολή αυτών.

**Πίνακας 8.18**  
**Συνολικές δαπάνες ανά υγειονομική περιφέρεια**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1η ΥΠΕ	898.801.622	802.351.210	761.431.833	696.980.763	619.065.447	579.177.696
2η ΥΠΕ	369.778.208	415.565.155	418.124.475	382.419.022	347.483.929	314.817.090
3η ΥΠΕ	267.150.984	256.079.380	265.955.011	230.151.333	218.092.999	208.711.513
4η ΥΠΕ	397.657.776	380.710.940	321.501.778	278.191.888	233.031.569	208.625.074
5η ΥΠΕ	237.365.987	202.463.235	176.593.206	159.096.705	133.984.161	126.451.953
6η ΥΠΕ	407.985.324	379.338.107	343.687.536	307.877.233	276.843.711	246.794.793
7η ΥΠΕ	172.627.907	178.400.316	162.849.704	146.914.870	124.266.280	117.878.884
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>2.751.369.817</b>	<b>2.614.910.353</b>	<b>2.450.145.554</b>	<b>2.201.633.826</b>	<b>1.952.770.107</b>	<b>1.802.459.018</b>
Ποσό μεταβολής		- 136.459.464	- 164.764.799	- 248.511.728	- 248.863.718	- 150.311.090
Ποσοστό μεταβολής		-4,96%	-6,30%	-10,14%	-11,30%	-7,70%

Εικόνα 8.12

Διάγραμμα μεταβολής δαπανών νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο



Από τα στοιχεία αυτά, προκύπτει μια διαρκής μείωση των συνολικών δαπανών των νοσοκομείων μεταξύ των ετών 2009 έως 2014. Η συνολικά δαπάνη, όπως αυτή αποτυπώνεται από το άθροισμα των επιμέρους δαπανών, ξεκινάει από 2,75 δισ. Ευρώ το 2009 και μειώνεται συνεχώς κατά το έτος 2010 σε 2,61 δισ. Ευρώ, το έτος 2011 σε 2,45 δισ. Ευρώ, το 2012 σε 2,20 δισ. Ευρώ, το 2013 σε 1,95 δισ. Ευρώ και το 2014 σε 1,780 δισ. Ευρώ. Από τις ποσοστιαίες μεταβολές της μείωσης προκύπτει ότι η μείωση κυμαίνεται από 4,96% μεταξύ των ετών 2009-2010 έως το 11,30% μεταξύ των ετών 2012 έως 2013, τιμές που χαρακτηρίζονται υψηλές, ιδιαίτερα όταν αφορούν μια παρατεταμένη περίοδο.

Στη συνέχεια εκπονείται μια μελέτη W-DEA συμπεριλαμβάνοντας τις συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων ως εισροή. Η μελέτη αυτή αφορά όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) της Ελλάδας, δεδομένου ότι τα οικονομικά στοιχεία αφορούν κάθε μια από τις ΥΠΕ. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται το σύνολο των δημοσίων νοσοκομείων της Ελλάδας. Τα νοσοκομεία ειδικού τύπου είναι διάσπαρτα μέσα στις διάφορες υγειονομικές περιφέρειες και αυτό τους εξασφαλίζει μια ομοιογενή κατανομή ως προς το σύνολο. Για τις ανάγκες της μελέτης W-DEA χρησιμοποιείται ένα νέο μοντέλο με καθορισμένες εισροές και εκροές. Οι εισροές και οι εκροές του μοντέλου αυτού (Μοντέλο E – Economic) φαίνονται στον πίνακα 8.19.



**Πίνακας 8.19**

**Καθορισμός εισροών - εκροών μελέτης αποδοτικότητας Μονάδων Υγείας**

Μοντέλο	Είσοδοι			Έξοδοι		
Όνομασία μοντέλου	Αριθμός εισροής	Όνομασία	Εξωγενής καθορισμός	Αριθμός εκροής	Όνομασία	Εξωγενής καθορισμός
Model E	I1	Αριθμός κλινών	Όχι	O1	Ημέρες νοσηλείας	Όχι
	I2	Αριθμός Ιατρών	Όχι	O2	Εξεληθόντες ασθενείς	Ναι
	I3	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Όχι			
	I4	Διοικητικό Προσωπικό	Όχι			
	I5	Δαπάνες	Όχι			

Ο πίνακας βαρών για την περίπτωση αυτή χρησιμοποιεί τους περιορισμούς βαρών που αναπτύχθηκαν στην προηγούμενη ενότητα και αναφέρεται στη σημαντικότητα μεταξύ ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και στη σημαντικότητα μεταξύ εξελθόντων ασθενών και ημερών νοσηλείας. Για την παρούσα μελέτη αναπτύσσεται σε μια καινούργια μορφή που είναι κατάλληλη για τη μελέτη αυτή και διαμορφώνεται ως εξής :

$$W = \begin{vmatrix} 0 & 1 & -0,4 & 0 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 1 & -0,4 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 1 & -0,2 \end{vmatrix}$$

Εφαρμόζεται η μελέτη αποδοτικότητας, λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό βαρών. Τα αποτελέσματα αναφέρονται στη μεταβολή των ΥΠΕ ως DMU's. Υπολογίζονται οι συνολικές τιμές των εισροών και εκροών που έχει κάθε μια ΥΠΕ ανά έτος και τα αποτελέσματα συγκεντρώνονται ανά ΥΠΕ. Στη συνέχεια τα δεδομένα μετατρέπονται σε επεξεργάσιμη από το πρόγραμμα EMS μορφή. Το πρόγραμμα EMS τροφοδοτείται με τα δεδομένα εισροών και εκροών και τους περιορισμούς βαρών και παράγει τα παράθυρα αποδοτικότητας. Από τα παραγόμενα παράθυρα τα

παραγόμενα μετατρέπονται σε κατάλληλη μορφή ώστε να αποτυπωθούν οι τιμές της τεχνικής αποδοτικότητας ανά έτος. Στη συνέχεια υπολογίζονται οι μέσοι όροι της τεχνικής αποδοτικότητας για κάθε έτος. Με τον τρόπο αυτό κατασκευάζεται διάγραμμα μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας ανά έτος. Με τον ίδιο τρόπο υπολογίζεται η μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας ανά έτος. Στη συνέχεια, από την τεχνική και την καθαρή αποδοτικότητα υπολογίζεται η αποδοτικότητα κλίμακας για κάθε έτος. Η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας για κάθε νοσοκομείο, χρησιμοποιώντας τον περιορισμό βαρών και τα οικονομικά στοιχεία, με τη χρήση του model E, φαίνεται στον πίνακα 8.20. Το διάγραμμα μεταβολής των στοιχείων αυτών φαίνεται στην εικόνα 8.13.

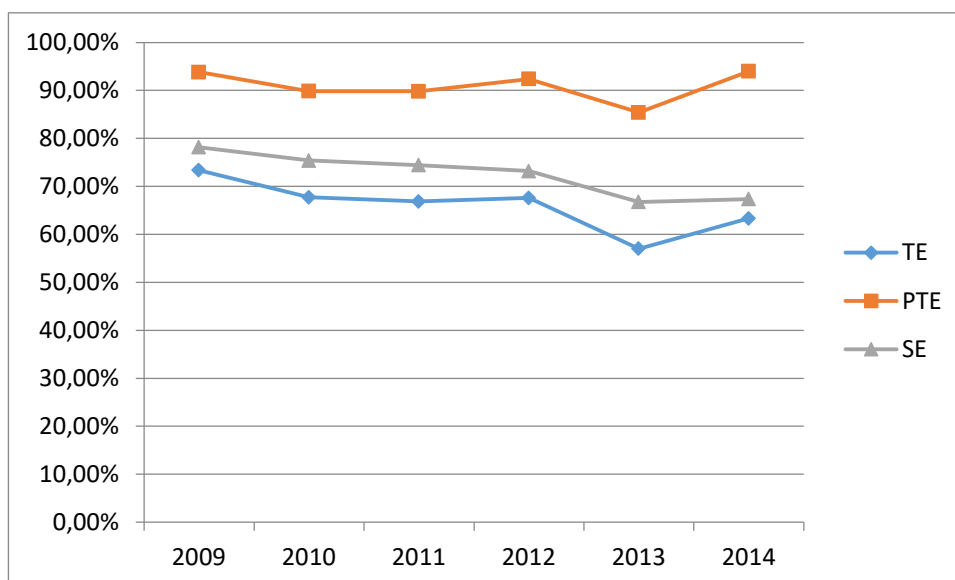
**Πίνακας 8.20**

**Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών και οικονομικά στοιχεία (Model E)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	73,35%	67,73%	66,85%	67,60%	57,01%	63,31%
PTE	93,82%	89,84%	89,82%	92,37%	85,42%	93,97%
SE	78,18%	75,39%	74,43%	73,19%	66,74%	67,37%

**Εικόνα 8.13**

**Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών και οικονομικά στοιχεία (Model E).**



Από τα αποτελέσματα αυτά προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα για την τεχνική, την καθαρή και την αποδοτικότητα κλίμακας των νοσοκομείων για τη μελετώμενη περίοδο.

- Η τεχνική αποδοτικότητα ξεκινάει κατά το έτος 2009 με ποσοστό 73,35%. Στη συνέχεια μειώνεται κατά το 2010 στο 67,73% και παραμένει σχετικά σταθερή κατά τα τρία επόμενα έτη, δεδομένου ότι μειώνεται ελάχιστα το έτος 2011 στο 66,85%, και ανακάμπτει κατά το έτος 2012 στο 67,60%. Στη συνέχεια μειώνεται κατά το έτος 2013 στο 57,01% και ανακάμπτει το 2014 στο 63,31%.

- Η καθαρή αποδοτικότητα ξεκινάει το έτος 2009 από το ποσοστό 93,82%. Στη συνέχεια κατά το έτος 2010 μειώνεται κατά το έτος 2010 στο 89,84%, παραμένει σταθερή κατά το έτος 2011 στο 89,82% και ανακάμπτει το 2012 στο 92,37%. Στη συνέχεια μειώνεται κατά το έτος 2013 στο 85,42% και ανακάμπτει το έτος 2014 στο 93,97%.
- Η αποδοτικότητα κλίμακας ακολουθεί μια πτωτική πορεία ξεκινώντας το έτος 2009 από 78,18%, μειώνεται το έτος 2010 στο 75,39%, το 2011 στο 74,43% και το 2012 στο 73,19%. Το 2013 μειώνεται κατά πολύ στο 66,74% και το 2014 ανακάμπτει ελαφρώς στο 67,37%.

Η μελέτη αποδοτικότητας WDEA χρησιμοποιεί και οικονομικά στοιχεία, προκειμένου να παραχθούν αποτελέσματα με την ένταξη των οικονομικών στοιχείων. Για να εξαχθούν συμπεράσματα από τη μελέτη αυτή, χρειάζεται να εξεταστεί ως προς μια μελέτη WDEA, η οποία να μην περιλαμβάνει οικονομικά στοιχεία, η οποία όμως να χρησιμοποιεί το ίδιο δείγμα δεδομένων. Η μελέτη αυτή ακολουθεί τα διαθέσιμα δεδομένα και θα πραγματοποιηθεί μεταξύ των ΥΠΕ ως DMU's, αφού τις ΥΠΕ αφορούν τα οικονομικά στοιχεία. Αυτό καθορίζει και την επιλογή των μονάδων του δείγματος, που θα είναι όλες οι μονάδες ανά ΥΠΕ, αφού σε όλες τις μονάδες αναφέρονται τα οικονομικά στοιχεία. Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιείται το model A. Οι εισροές και οι εκροές που χρησιμοποιούνται είναι αυτές του model A. Χρησιμοποιείται το πρόγραμμα EMS, με σταθερή και μεταβλητή επιστροφή στην κλίμακα. Επιλέγεται η μέθοδος WDEA. Στη συνέχεια, με παρόμοια μεθοδολογία όπως αυτή που χρησιμοποιείται στις μελέτες αποδοτικότητας WDEA της παρούσας, τα αποτελέσματα του προγράμματος ομαδοποιούνται ανά έτος και υπολογίζονται οι τιμές της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας για την περίοδο των 6 ετών. Η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας χρησιμοποιώντας τον περιορισμό βαρών χωρίς να περιλαμβάνονται τα οικονομικά στοιχεία, με τη χρήση του Model A, φαίνεται στον πίνακα 8.21. Το διάγραμμα μεταβολής των μεγεθών αυτών φαίνεται στην εικόνα 8.14.

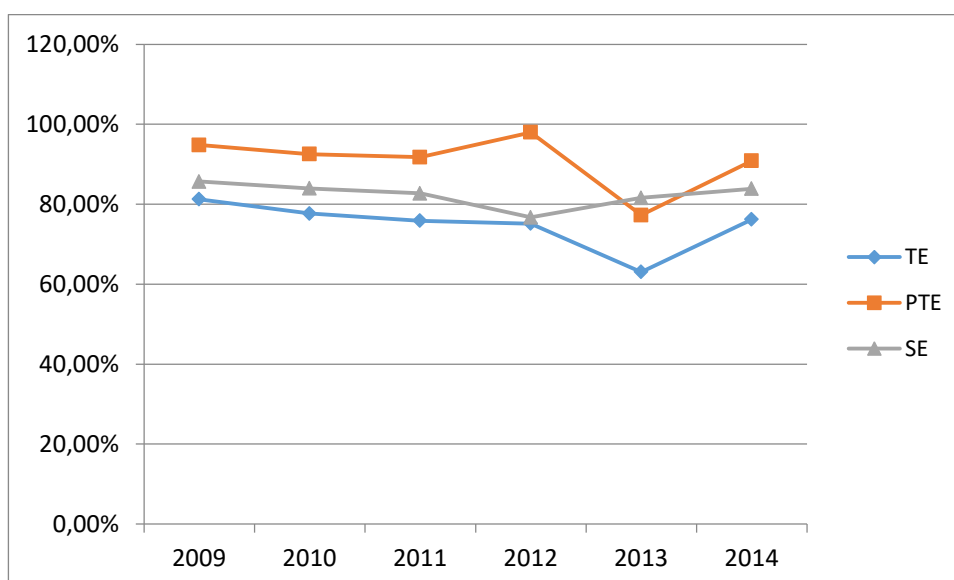
**Πίνακας 8.21**

**Τεχνική, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας με περιορισμό βαρών χωρίς οικονομικά στοιχεία (Model A)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE	81,22%	77,65%	75,88%	75,14%	63,05%	76,18%
PTE	94,80%	92,50%	91,74%	97,96%	77,26%	90,83%
SE	85,67%	83,94%	82,70%	76,71%	81,61%	83,88%

**Εικόνα 8.14**

**Διάγραμμα μεταβολής τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας νοσοκομείων με περιορισμό βαρών χωρίς οικονομικά στοιχεία (Model A).**



Από τα παραγόμενα αυτά, σχετικά με τη μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των νοσοκομείων προκύπτουν τα εξής:

- Η τεχνική αποδοτικότητα ξεκινάει το έτος 2009 από την τιμή 81,22% και μειώνεται το 2010 σε ποσοστό 77,65%, μειώνεται ελαφρώς το 2011 στο 75,88% και διατηρείται σταθερή το 2012 σε 75,14%. Κατά το έτος 2013 μειώνεται σε 63,05% και το 2014 αυξάνεται κατά πολύ στο 76,18%.
- Η καθαρή αποδοτικότητα ξεκινάει το έτος 2009 από το ποσοστό 94,80%, μειώνεται το 2010 στο 92,50%, το 2011 μειώνεται ελαφρώς στο 91,74%. Το έτος 2012 αυξάνεται στο 97,96%

και στη συνέχεια το έτος 2013 μειώνεται κατά πολύ στο 77,26% και το 2014 αυξάνεται κατά πολύ στο 90,83%.

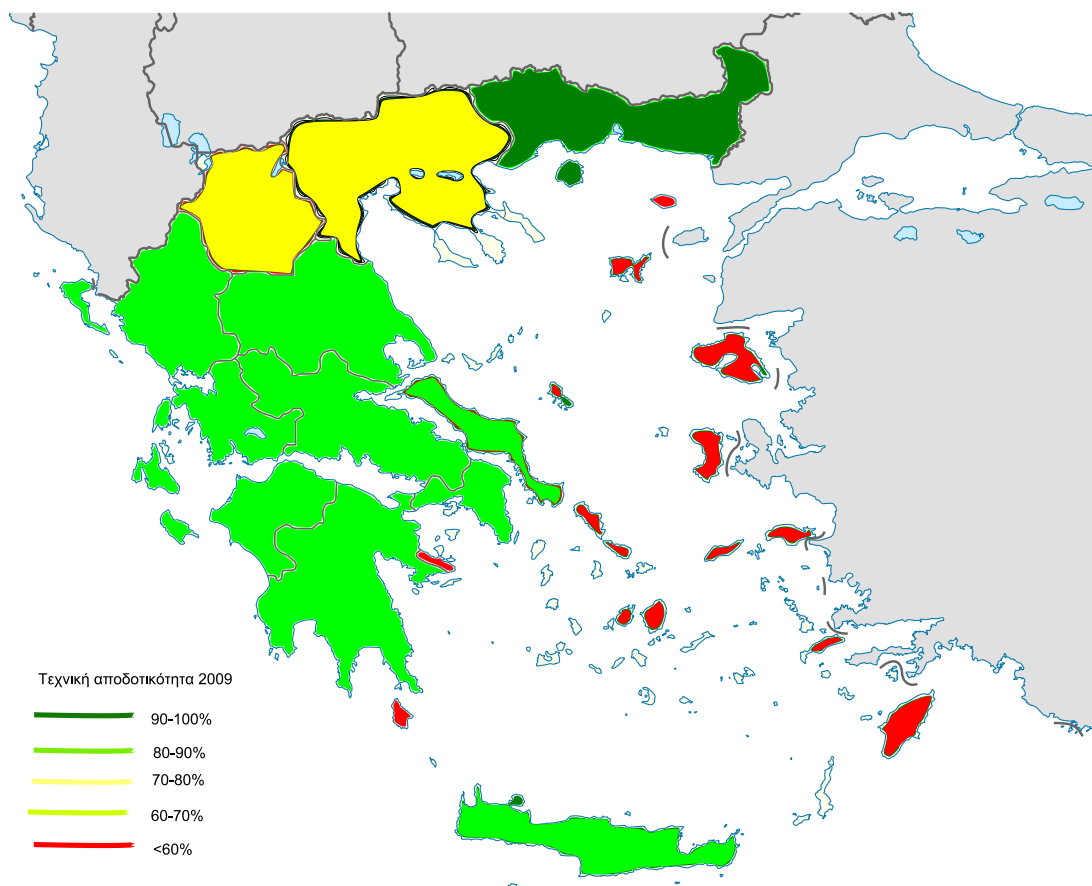
- Η αποδοτικότητα κλίμακας ξεκινάει το έτος 2009 από το 85,67% και στη συνέχεια μειώνεται στο 2010 στο 83,94%, το 2011 μειώνεται ελαφρώς στο 82,70%, το 2012 μειώνεται στο 76,71%. Κατά το έτος 2013 αυξάνεται στο 81,61% και το έτος 2014 στο 83,88%

Αυτό που παρατηρείται είναι ελαφρά πτωτική πορεία για την τεχνική και την καθαρή αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια των τεσσάρων πρώτων ετών, μια αρκετά απότομη μείωση των μεγεθών αυτών το 2013 και μια μερική ανάκαμψη το 2014.

Στην εικόνα 8.15 φαίνεται μια απεικόνιση για την τεχνική αποδοτικότητα καθεμίας υγειονομικής περιφέρειας για το έτος 2009 (κατά την αρχή της οικονομικής κρίσης), για εποπτικούς λόγους. Τα στοιχεία έχουν προκύψει από τη μελέτη αποδοτικότητας που πραγματοποιήθηκε και με τη χρήση των οικονομικών στοιχείων. Οι τιμές της τεχνικής αποδοτικότητας ανά υγειονομική περιφέρεια έχουν αποδοθεί με χρώματα τα οποία επεξηγούνται επί της εικόνας. Φαίνεται ότι η υγειονομική περιφέρεια με έδρα τον Πειραιά, υστερεί αισθητά στις τιμές της τεχνικής αποδοτικότητας σε σχέση με τις υπόλοιπες.

**Εικόνα 8.15**

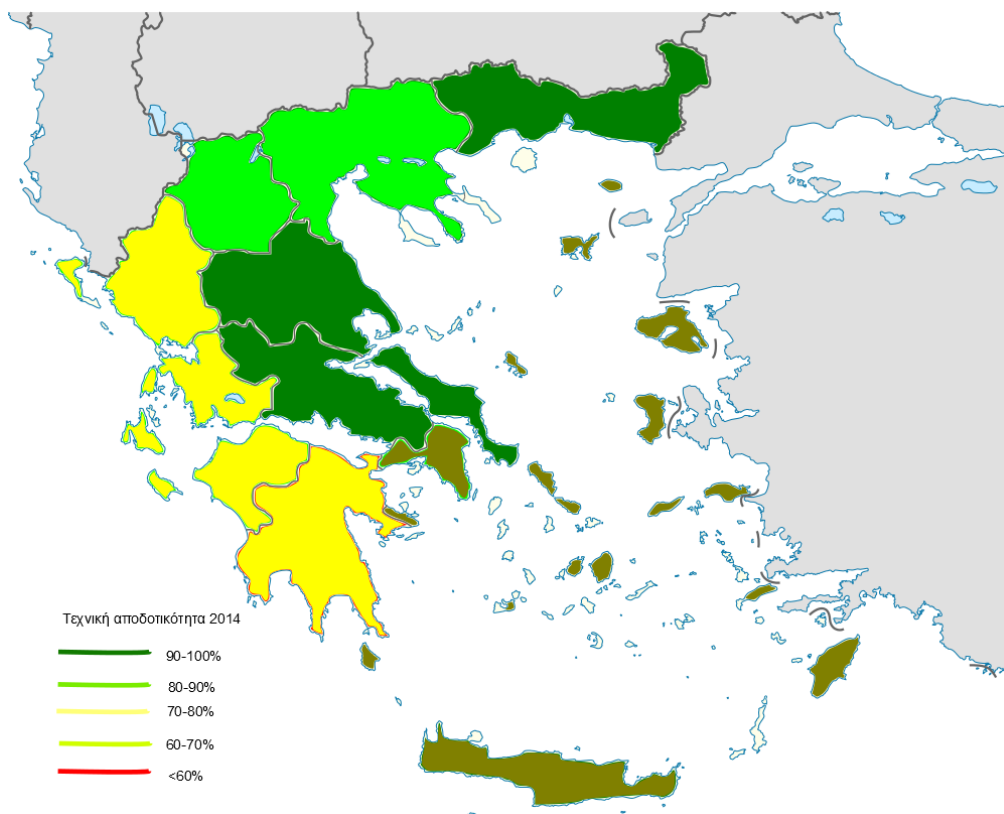
**Η τεχνική αποδοτικότητα ανά Υγειονομική Περιφέρεια κατά το 2009**



Στην εικόνα 8.16 φαίνονται μια ομαδοποίηση των τιμών της τεχνικής αποδοτικότητας για το έτος 2014 (το τελευταίο έτος της μελέτης).

**Εικόνα 8.16**

**Η τεχνική αποδοτικότητα ανά Υγειονομική Περιφέρεια κατά το 2014**



Οι ομαδοποιήσεις των τιμών της καθαρής αποδοτικότητας ανά περιφέρεια φαίνονται και πάλι στην εικόνα. Από την εικόνα προκύπτει ότι οι τιμές της τεχνικής αποδοτικότητας των υγειονομικών περιφερειών έχουν μειωθεί για ορισμένες περιφέρειες (Αθηνών, Κρήτης, Δυτικής Ελλάδος Ηπείρου Πελοποννήσου και Ιονίων Νήσων) έχουν αυξηθεί για άλλες (Πειραιώς, Μακεδονίας). Ωστόσο αφενός ο όγκος των ασθενών και των παρεχομένων υπηρεσιών σε κάποιες υγειονομικές περιφέρειες (όπως των Αθηνών), που επηρεάζει τη βαρύτητα ορισμένων περιφερειών σε σχέση με άλλες και η αναλυτική μελέτη των αποτελεσμάτων της τεχνικής αποδοτικότητας δείχνει πως η συνολική εικόνα δείχνει τη μείωση της τεχνικής αποδοτικότητας μεταξύ των ετών 2009 έως 2014.

## **8.2 Πολιτικές υγείας Ελληνικών κυβερνήσεων και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων**

### *8.2.1 Πολιτικές υγείας Καραμανλή και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων*

Η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας, όπως αυτές προέκυψαν από τις μελέτες Window-DEA που πραγματοποιήθηκαν, είναι αποτέλεσμα των πολιτικών κάθε



κυβέρνησης, οι οποίες μέσω των μέτρων που εφάρμοσαν επέδρασαν θετικά ή αρνητικά στην αποδοτικότητα. Οι πολιτικές υγείας που αναλύθηκαν σε προηγούμενα σημεία της παρούσης, επηρεάζουν τη λειτουργία των νοσοκομείων και ενδεχομένως της αποδοτικότητας. Οι πολιτικές υγείας δεν στοχεύουν αποκλειστικά στην αύξηση της αποδοτικότητας. Οι πολιτικές υγείας ενδέχεται να στοχεύουν στην αύξηση της αποδοτικότητας, ή της ισότητας ή της αποτελεσματικότητας ή ακόμη και στην συγκράτηση του κόστους. Η επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα γίνεται με έναν σύνθετο τρόπο. Οι πολιτικές υγείας επιδρούν σε κάποιες ή σε όλες από τις εισροές και άλλες πολιτικές υγείας επιδρούν σε κάποιες ή όλες από τις εκροές. Μια ανάλυση των πολιτικών υγείας σε σχέση με την επίδραση τους στις εισροές και στις εκροές, θα δείξει τελικά τη σχέση αυτών των πολιτικών υγείας με την αποδοτικότητα.

Για να μελετηθεί η επίδραση της πολιτικής υγείας στην αποδοτικότητα, πέραν της αποτύπωσης των πολιτικών υγείας που έγινε σε προηγούμενη ενότητα απαιτείται η παράθεση των εξής στοιχείων :

- Μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας για την υποπερίοδο μελέτης.
- Μεταβολή των εισροών και των εκροών της έρευνας κατά την υποπερίοδο μελέτης.
- Ποσοστιαία μεταβολή των εισροών και των εκροών της έρευνας κατά την υποπερίοδο μελέτης (συγκρινόμενη με την αρχική τιμή κάθε εισροής ή εκροής της υποπεριόδου)
- Διάγραμμα ποσοστιαίων μεταβολών εισροών μελέτης για την υποπερίοδο.
- Πίνακας συντελεστών Pearson μεταξύ κάθεμιας εισροής – εκροής και μεταβολής των τιμών της καθαρής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας.

Με την ταυτόχρονη μελέτη των στοιχείων αυτών, θα γίνει δυνατή η εύρεση του τρόπου με τον οποίο η κάθεμια πολιτική υγείας επιδρά στις εισροές και τις εκροές και με τη βοήθεια και των συντελεστών Pearson να καταδειχτεί πως επιδρά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Η μεταβολή των εισροών και των εκροών καθώς και η συσχέτιση τους μέσω συντελεστών Pearson στη μεταβολή της αποδοτικότητας είναι χρήσιμη για την ερμηνεία της επίδρασης των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα. Η μεταβολή των μεγεθών αυτών χρησιμεύει στην ερμηνεία, αλλά δεν αποτελεί η ίδια την αιτία της μεταβολής της αποδοτικότητας, η οποία προκύπτει από την μελέτη WDEA. Ο συνδυασμός της μεταβολής των μεγεθών αυτών, τα οποία επηρεάζονται από την άσκηση των πολιτικών υγείας, με τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας που προκύπτουν από τη WDEA, επεξηγεί την αιτία της μεταβολής. Δηλαδή, χωρίς τη μελέτη WDEA, η επίδραση των πολιτικών υγείας στη μεταβολή της αποδοτικότητας δεν θα μπορούσε να είχε ερμηνευτεί.

Αφού πραγματοποιηθούν οι παραπάνω ενέργειες για την κυβέρνηση Καραμανλή, θα επεκταθούν και στις κυβερνήσεις που διακυβέρνησαν μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, προκειμένου να σχηματιστεί μια ολοκληρωμένη εικόνα για την επίδραση των πολιτικών υγείας στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Με βάση όσα προαναφέρθηκαν για τα απαιτούμενα για την ερμηνεία της επίδρασης στην αποδοτικότητα των πολιτικών υγείας, στον πίνακα 8.22 φαίνεται η μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή. Στον πίνακα 8.23 φαίνονται οι εισροές και εκροές της έρευνας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή και στον πίνακα 8.24 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή αυτών. Στην εικόνα 8.17 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή, \

**Πίνακας 8.22**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (με περιορισμό βαρών)**

	2006	2007	2008	2009
TE	44,26%	46,97%	49,25%	53,28%
PTE	57,30%	60,15%	62,18%	64,45%
SE	77,24%	78,09%	79,21%	82,66%

**Πίνακας 8.23**

**Εισροές και εκροές της έρευνας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2006	33853	17791	36052	7147	9455856	1687568
2007	34224	18986	36113	7184	9158088	1740472
2008	34277	19016	36412	7569	9301536	1773160
2009	34911	19750	36723	7971	9194438	1792943

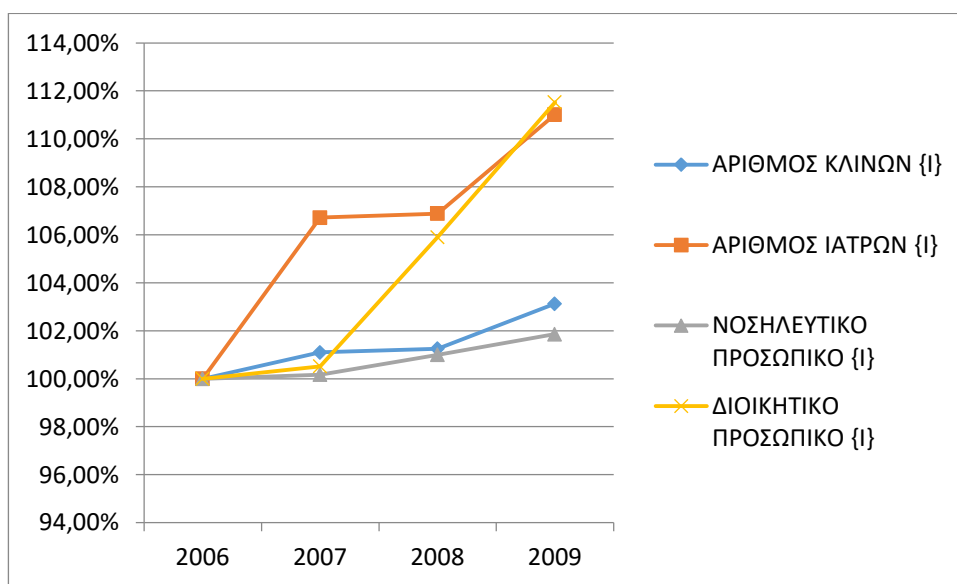
**Πίνακας 8.24**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2006	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2007	101,10%	106,72%	100,17%	100,52%	96,85%	103,13%
2008	101,25%	106,89%	101,00%	105,90%	98,37%	105,07%
2009	103,13%	111,01%	101,86%	111,53%	97,24%	106,24%

**Εικόνα 8.17**

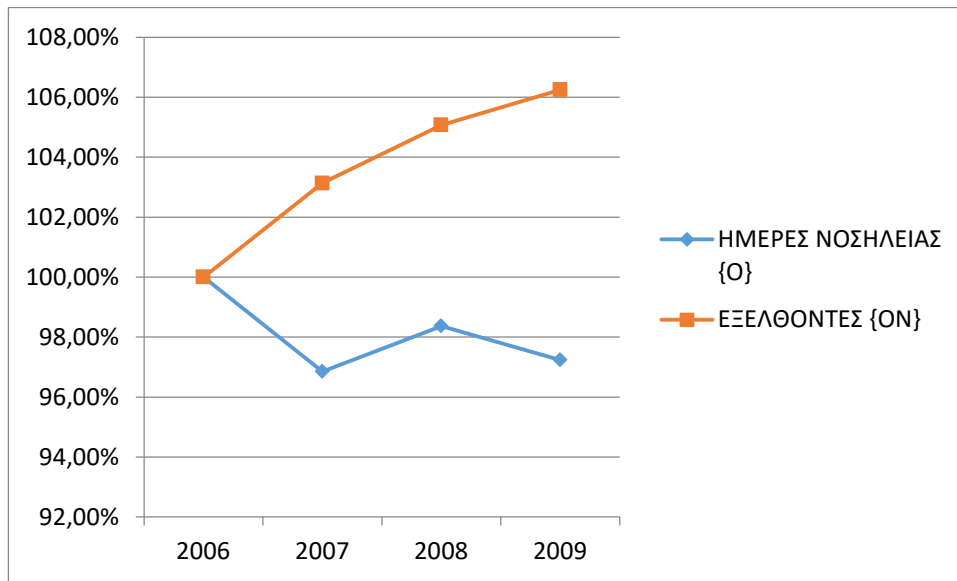
**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή**



ενώ στην εικόνα 8.18 η αντίστοιχη μεταβολή των εκροών. Τέλος, στον πίνακα 8.25 φαίνονται οι συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή.

Εικόνα 8.18

Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή



**Πίνακας 8.25**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

Pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	0,977675	0,938707	0,976571	0,967355	-0,62129	0,951393
PTE	0,948234	0,960378	0,948437	0,933398	-0,66884	0,987819
SE	0,977994	0,867549	0,974775	0,974281	-0,52705	0,858341

Επί της κυβερνήσεως Καραμανλή, από τη μελέτη αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων διαπιστώνεται μια συνεχής άνοδος της τεχνικής αποδοτικότητας, μια συνεχής άνοδος της καθαρής αποδοτικότητας και μια μικρότερη αλλά επίσης συνεχής άνοδος της αποδοτικότητας κλίμακας. Η άνοδος της καθαρής αποδοτικότητας δείχνει την άνοδο των δυνατοτήτων παραγωγής των νοσοκομείων με βάση τους πόρους που χρησιμοποιούν και αναφέρεται στην διαχειριστική επίδοση. Η αύξηση της αποδοτικότητας κλίμακας δείχνει την επάρκεια μεγέθους για να εφαρμοστούν οι οικονομίες κλίμακας και την επιτυχία της διοίκησης να επιλέξει το βέλτιστο μέγεθος του νοσοκομείου. Η αύξηση της τεχνικής αποδοτικότητας δείχνει τη συνολική αύξηση της αποδοτικότητας όσον αφορά την καθαρή αποδοτικότητα μαζί με την αποδοτικότητα κλίμακας.

Μια παράμετρος που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, είναι η μειωμένη τιμή της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας, οι οποίες εμφανίζονται στην έναρξη της μελετώμενης υποπεριόδου και οφείλονται στα χρόνια δομικά προβλήματα του Ελληνικού συστήματος υγείας τα οποία αναλύθηκαν ανωτέρω. Μια άμεση συνέπεια της διαπίστωσης αυτής, είναι ότι μια προσπάθεια λήψης μέτρων για την αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, είναι περισσότερο πιθανόν να αποδώσει όταν η εφαρμογή των μέτρων αυτών εκκινεί από μια μειωμένη τιμή της αποδοτικότητας. Από τα αποτελέσματα της μεταβολής της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας, συμπεραίνεται ότι τα μέτρα που ελήφθησαν από την Κυβέρνηση Καραμανλή συνεπεία της πολιτικής υγείας που εφαρμόστηκαν, είχαν θετική επίδραση στις μεταβολές των μεγεθών αυτών και επομένως χαρακτηρίζονται ως επιτυχημένα.

Από τα στοιχεία μεταβολής των εισροών και εκροών, φαίνεται ότι ο αριθμός των εισροών εμφανίζει αύξηση κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή. Η αύξηση αυτή αφορά κυρίως τον αριθμό

των ιατρών και το διοικητικό προσωπικό. Η αύξηση είναι μικρότερη όσον αφορά τον αριθμό κλινών και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού. Φαίνεται πως η αναπτυξιακή πορεία της Ελληνικής οικονομίας πριν την οικονομική κρίση ακολουθείται από μια θετική μεταβολή στον αριθμό των εισροών και το στοιχείο αυτό είναι οπωσδήποτε δυσμενές ως προς την ενδεχόμενη μεταβολή της αποδοτικότητας. Ως προς τις εκροές, ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών, παρουσιάζει αύξηση, γεγονός που επιχειρεί να αυξήσει την αποδοτικότητα, αλλά αντίθετα, ο αριθμός των ημερών νοσηλείας παρουσιάζει στασιμότητα έως μείωση, γεγονός που δεν επιδρά ή επιδρά αρνητικά στην αύξηση της αποδοτικότητας.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή, επηρεάζουν τις εισροές και τις εκροές και με τον τρόπο αυτό επιδρούν την αποδοτικότητα. Ο τρόπος που επιδρούν οι πολιτικές αυτές μέσω των μέτρων που έχουν ληφθεί στις εισροές και τις εκροές είναι ο εξής :

- Η ενίσχυση των δημοσίων νοσοκομείων, τα οποία ακολουθούν την ανοδική πορεία τους, επιδρά στην αποδοτικότητα. Το συνεχώς βελτιούμενο και υψηλό επίπεδο των δημοσίων νοσοκομείων προσελκύει έναν αυξανόμενο αριθμό ασθενών εξ αυτών που χρήζουν εισαγωγής και το ποσοστό αυτών διαμορφώνεται στο ποσοστό 84% επί του συνόλου των εισαγωγών. Αυτό το γεγονός έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική αύξηση του αριθμού των εισαγωγών και επομένως του αριθμού των εξελθόντων ασθενών και επομένως επιδρά θετικά στην αποδοτικότητα.
- Η αναπτυξιακή πολιτική υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή, που ακολουθεί την άνευ ισχυρών περιορισμών λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων και που όπως προαναφέρθηκε οδηγεί τα δημόσια νοσοκομεία σε πολύ καλή λειτουργία και συνεπάγεται αύξηση της εισαγωγών σε αυτά, συνοδεύεται από αύξηση των εισροών. Η αναπτυξιακή πολιτική εκδηλώνεται με μέτρα για την ανάπτυξη κλινών και την πρόσληψη προσωπικού και επιτρέπει στις εισροές να αυξάνονται, και αυτό το γεγονός θεωρητικά δεν είναι ωφέλιμο για την αύξηση της αποδοτικότητας. Όμως, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα WDEA, η αύξηση των εισροών προς τις εκροές σε όλα τα γενικά νοσοκομεία είναι τέτοια, που καταλήγει στην αύξηση της αποδοτικότητας του συνόλου αυτών.
- Η πολιτική προσλήψεων οδηγεί στη αύξηση του αριθμού των ιατρών και του διοικητικού προσωπικού (και μάλιστα μόνο κατά το τελευταίο έτος) από την πλευρά των εισροών, ενώ ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού και ο αριθμός των κλινών δεν αυξάνονται παρά μόνο κατά πολύ λίγο. Η μικρή αύξηση των εισροών είναι δυσαανάλογη με τη μεγάλη αύξηση των εξελθόντων ασθενών και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, η καθαρή αποδοτικότητα, η οποία

δείχνει την επίδοση της διαχειριστικής λειτουργίας, να αυξάνεται συνεχώς κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή και να προκαλεί την αύξηση και της τεχνικής αποδοτικότητας. Σε κάθε περίπτωση, τα αποτελέσματα προκύπτουν από την εφαρμογή της μελέτης Window-DEA.

- Η μεταβολή του μεγέθους των νοσοκομείων με βάση την επέκταση ή τη μείωση των κλινών τους, παίζει ρόλο στη μεταβολή της αποδοτικότητας. Μια επέκταση ή μείωση εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της περιόδου της διακυβέρνησης αυτής, η οποία τοποθετεί τα νοσοκομεία στη σωστή θέση τους από άποψη μεγέθους και η οποία καταλήγει στην αύξηση της αποδοτικότητας κλίμακας. Αυτό καταδεικνύει ότι οι ατέλειες στην προηγούμενη λειτουργία ενός αριθμού κλινών είχαν γίνει αντιληπτές και είχαν βελτιωθεί, με τον εντοπισμό ενός αριθμού ανενεργών κλινών οι οποίες όμως απαιτούσαν πόρους για τη λειτουργία τους και την αναδιανομή των κλινών και μέσω αυτής, της λειτουργίας των νοσοκομείων στο επιθυμητό μέγεθος.
- Μια μεγάλη αύξηση του αριθμού των ιατρών πραγματοποιείται προοδευτικά κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή. Με το Ν. 3754/2009, πραγματοποιείται η μαζική πρόσληψη ενός μεγάλου αριθμού ιατρών, οι οποίοι συμπληρώνουν τις προϋπάρχουσες προσλήψεις. Η αύξηση αυτή πραγματοποιείται για να καθοριστεί ο τρόπος εφημέρευσης και να μην υπερβαίνουν οι εφημερίες των ιατρών ένα ανώτατο όριο. Η αύξηση του αριθμού των ιατρών, ως εισροές, επιδρούν αρνητικά στην αποδοτικότητα. Ωστόσο, η επίδραση της αύξησης του αριθμού των ιατρών ως αύξηση των εισροών στην αποδοτικότητα, αντισταθμίζεται από την αύξηση των εισαγωγών, η οποία αναπτύσσεται παρακάτω.
- Η πολιτική υγείας με τα μέτρα για την αύξηση των προσλήψεων έχουν ως αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού. Η αύξηση αυτή είναι δυσμενής για τη θετική μεταβολή της αποδοτικότητας.
- Οι ημέρες νοσηλείας μειώνονται ελαφρώς κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή. Παρόλο που ο αριθμός των εισαγωγών αυξάνεται, οι ημέρες νοσηλείας δεν ακολουθούν αυτή την αύξηση αλλά μειώνονται ελαφρώς. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ο ρυθμός αύξησης των κλινών σε σχέση με το ρυθμό μεταβολής των εισαγωγών (που προκύπτει από τους εξελθόντες ασθενείς). Οι εισαγωγές αυξάνονται κατά μεγάλο ποσοστό (περίπου 6% συνολικά). Η αύξηση αυτή των εισαγωγών οφείλεται στην αύξηση της προσέλευσης στα δημόσια νοσοκομεία (όπως προαναφέρθηκε οι εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν το 84% των συνολικών εισαγωγών) και αυτή οφείλεται στην παροχή υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών στην οποία έχουν οδηγηθεί τα δημόσια νοσοκομεία και

αυτό οφείλεται και στις πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή, οι οποίες ενθαρρύνουν τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών στη υποπερίοδο αυτή η οποία διανύεται πριν την οικονομική κρίση. Όμως, οι κλίνες αυξάνονται με υστερούμενο σε σχέση με τις εισαγωγές ρυθμό (συνολική αύξηση κλινών μόνο κατά 3%). Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή ως προς την αύξηση των κλινών, δεν ανταποκρίνονται στην αύξηση των εισαγωγών. Για να εξυπηρετηθούν όμως τα αυξημένα περιστατικά που χρήζουν νοσηλείας, πραγματοποιούνται όσες εξαγωγές μπορούν να πραγματοποιηθούν σε λιγότερο χρόνο νοσηλείας, αλλά με ασφάλεια. Με τον τρόπο αυτό, απελευθερώνονται οι απαιτούμενες κλίνες, ειδικά στα υπερφορτωμένα νοσοκομεία. Μια άλλη παράμετρος που επιδρά στη μείωση του αριθμού των ημερών νοσηλείας, είναι η αύξηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας, που κορυφώνεται κατά τη μελετώμενη υποπερίοδο, ως αποτέλεσμα της αύξησης της τεχνολογίας και του προσωπικού και την πρόσβαση σε εκπαίδευση. Οι καλύτερες υπηρεσίες υγείας, που είναι και αποτέλεσμα της αναπτυξιακής πολιτικής της κυβέρνησης Καραμανλή, επιδρούν στη μείωση των ημερών νοσηλείας αφού οι εξετάσεις και οι ιατρικές πράξεις πραγματοποιούνται ταχύτερα και χωρίς μεγάλους περιορισμούς.

Κάποιες από τις υπόλοιπες πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή, δεν επιδρούν άμεσα στην αποδοτικότητα. Η μείωση του αριθμού των ΥΠΕ επηρεάζει το γραφειοκρατικό κόστος και η μεταφορά των διοικητικών υπαλλήλων της σε άλλες υπηρεσίες δεν επηρεάζει την αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Τα ΣΔΙΤ σε ορισμένα νοσοκομεία έχουν οργανωθεί αλλά καταργούνται πριν την οριστική εφαρμογή τους, όπως και η κάρτα κοινωνικής ασφάλισης η οποία δεν εφαρμόστηκε ουσιαστικά, στερώντας από τα οφέλη της άμεσης παρακολούθησης ιστορικού και αποφυγής χρήσης πόρων άσκοπα τα δημόσια νοσοκομεία. Η εφαρμογή των σύγχρονων λογιστικών αρχών στα νοσοκομεία και η ορθολογική διαχείριση προσφέρει κυρίως στην οικονομική εξυγίανση τους. Η οργάνωση και λειτουργία ενός κεντρικού συστήματος προμηθειών είναι αυτή που προσφέρει στην αποδοτικότητα, δεδομένου ότι και η συγκράτηση του κόστους πραγματοποιείται σε σχέση με πριν και η προμήθεια των υλικών γίνεται πιο έγκαιρα και σε ποσότητες προσαρμοσμένες στις ανάγκες. Το ίδιο συμβαίνει και με τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη υγείας, τα οποία επιδρούν στην υγεία και αποσυμφορίζουν τα δημόσια νοσοκομεία από περιστατικά. Πάντως, τα περισσότερα από τα μέτρα της κυβέρνησης Καραμανλή είναι προσαρμοσμένα στη λιτότητα, συμπεριλαμβανομένων και των μέτρων στο χώρο του φαρμάκου. Η επίδραση των μέτρων αυτών στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων θα εξεταστεί σε επόμενο σημείο της παρούσας.



Πέραν από την μελέτη αποδοτικότητας με περιορισμό βαρών και την επίδραση των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή, σημαντική είναι και η μελέτη αποδοτικότητας χωρίς περιορισμό βαρών και η επίδραση των πολιτικών υγείας σε αυτήν. Ενώ η μελέτη αποδοτικότητας χωρίς περιορισμό βαρών χρησιμεύει στην σύγκριση αποτελεσμάτων σε οποιαδήποτε μελλοντική έρευνα, η μελέτη με περιορισμό βαρών καταδεικνύει το ρόλο της σημαντικότητας των εισροών και εκροών στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας και παράγει αποτελέσματα με βάση τη σύγκριση με τις αντίστοιχες τιμές της μελέτης χωρίς περιορισμό βαρών. Για τη μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών σχηματίζεται ο πίνακας 8.26 στον οποίο φαίνονται οι τιμές της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας και ο πίνακας 8.27, στον οποίο φαίνονται οι συντελεστές Pearson για τις μεταβολές της αποδοτικότητας σε σχέση με τις μεταβολές των εισροών και εκροών, για την περίπτωση αυτή. Οι υπόλοιποι πίνακες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών, χρησιμοποιούνται όπως έχουν, αφού ο περιορισμός δεν επιφέρει καμία αλλαγή σε αυτούς.

**Πίνακας 8.26**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (χωρίς περιορισμό βαρών)**

	2006	2007	2008	2009
TE	56,28%	59,62%	60,37%	61,76%
PTE	70,32%	71,37%	71,89%	71,90%
SE	80,04%	83,54%	83,97%	85,89%

**Πίνακας 8.27**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A χωρίς περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
PEARSON TE	0,910335	0,989882	0,849208	0,825424	-0,80993	0,986526
PEARSON PTE	0,798777	0,927563	0,790061	0,763238	-0,73525	0,978499
PEARSON SE	0,934929	0,998095	0,854759	0,832125	-0,82813	0,975037

Παρατηρείται μια διαφοροποίηση στις τιμές της αποδοτικότητας χωρίς περιορισμό βαρών σε σχέση με τις τιμές με περιορισμό βαρών. Όμως, η μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας με περιορισμό βαρών ακολουθεί την ίδια μονοτονία όσον αφορά την τεχνική και την αποδοτικότητα κλίμακας, ενώ οι μεταβολές έχουν μεγαλύτερες τιμές. Η καθαρή αποδοτικότητα δείχνει ότι αυξάνει στη μελέτη με περιορισμό βαρών ενώ δείχνει σχεδόν σταθερή στη μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι η μελέτη με περιορισμό βαρών έχει μεγαλύτερη ευαισθησία και μπορεί να εντοπίσει και να αναδείξει καλύτερα τις μεταβολές της αποδοτικότητας και ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι διότι περιορίζει τα βάρη εισροών ή εκροών που θεωρούνται παραδοσιακά κρίσιμα για την καλή λειτουργία των νοσοκομείων (όπως τον αριθμό των ιατρών). Από τους συντελεστές Pearson, προκύπτει ότι η τεχνική αποδοτικότητα έχει μια ουσιαστική γραμμική συσχέτιση με τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών, ενώ οι υπόλοιπες συσχετίσεις είναι τυχαίες. Η καθαρή αποδοτικότητα έχει επίσης μια ουσιαστική γραμμική σχέση με τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών και η αποδοτικότητα κλίμακας το ίδιο. Όσον αφορά την επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα χωρίς τη χρησιμοποίηση του περιορισμού βαρών, αυτή είναι πανομοιότυπη με αυτήν με τη χρησιμοποίηση του περιορισμού βαρών, αφού η μονοτονία της μεταβολής και στις δύο περιπτώσεις είναι ίδια. Οπότε, οι πολιτικές της κυβέρνησης Καραμανλή επηρεάζουν με τον ίδιο τρόπο τις τιμές της αποδοτικότητας όπως προαναφέρθη.

Τα μεγάλα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή, εξετάζονται ως προς τις τιμές της αποδοτικότητας τους και για να διαπιστωθούν οι επιδράσεις των ασκούμενων πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων αυτών. Σχηματίστηκαν οι κατάλληλοι πίνακες και εικόνες που θα χρησιμεύσουν στην ερμηνεία της επίδρασης των πολιτικών υγείας στην μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Στον πίνακα 8.28 φαίνεται η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων, που έχουν προκύψει από τη μελέτη αποδοτικότητας λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό βαρών κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή και στην εικόνα 8.19 απεικονίζονται οι μεταβολές αυτές. Στον πίνακα 8.29 φαίνονται οι εισροές και οι εκροές των μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή και στον πίνακα 8.30 η ποσοστιαία μεταβολή των μεγεθών αυτών. Στην εικόνα 8.20 και στην εικόνα 8.21 απεικονίζονται οι μεταβολές των εισροών και των εκροών των μεγάλων νοσοκομείων κατά την υποπερίοδο μελέτης. Στον Πίνακα 8.31 φαίνονται οι συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή.



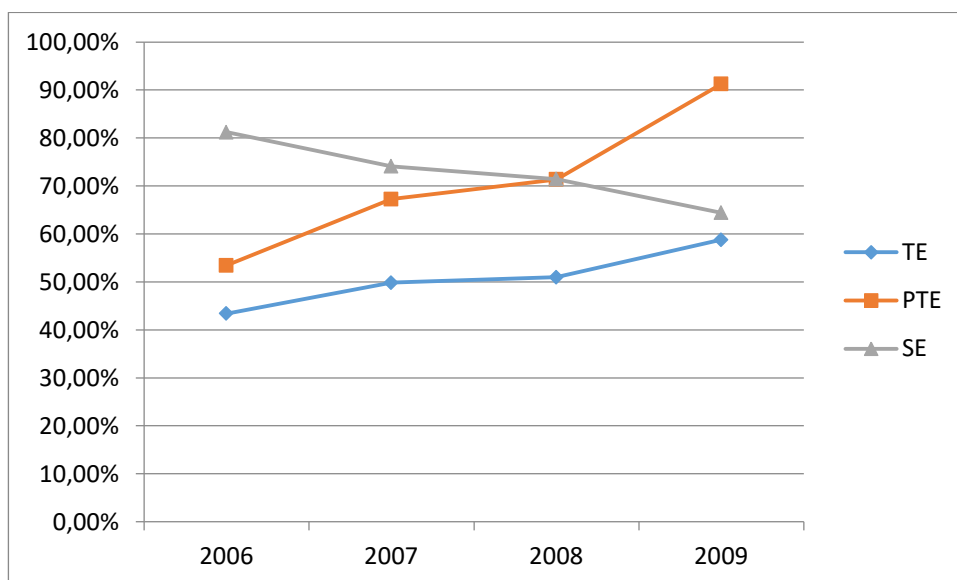
**Πίνακας 8.28**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (με περιορισμό βαρών)**

big DMUs	2006	2007	2008	2009
TE	43,40%	49,84%	50,97%	58,77%
PTE	53,44%	67,26%	71,37%	91,24%
SE	81,21%	74,10%	71,42%	64,42%

**Εικόνα 8.19**

**Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή**



**Πίνακας 8.29**

**Εισροές και εκροές μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2006	4275	2371	4557	774	1243944	188152
2007	4193	2714	4641	789	1293104	190880
2008	4227	2774	4487	811	1288032	192496
2009	4337	2579	4505	791	1353800	206752

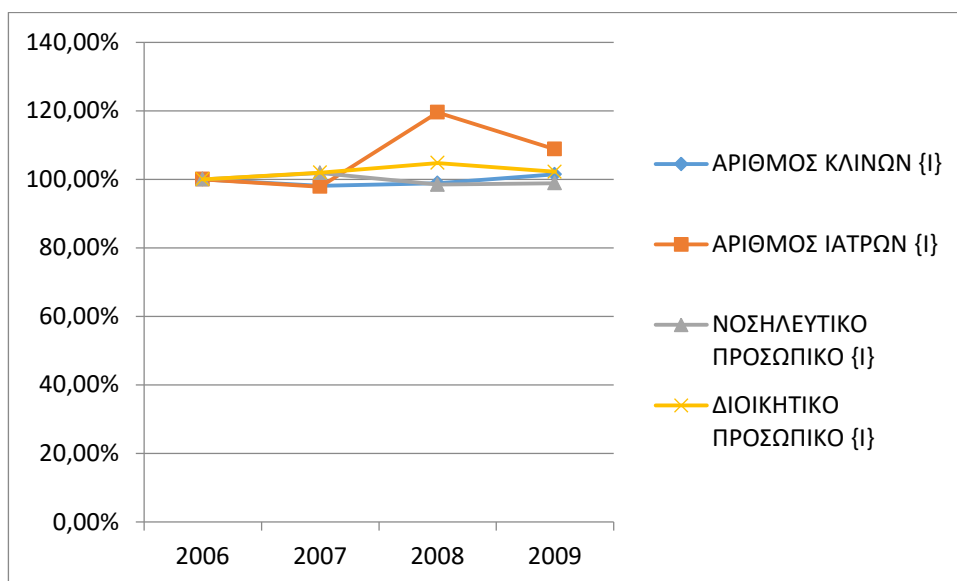
**Πίνακας 8.30**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2006	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2007	98,08%	97,84%	101,84%	101,94%	103,95%	101,45%
2008	98,88%	119,52%	98,46%	104,78%	103,54%	102,31%
2009	101,45%	108,77%	98,86%	102,20%	108,83%	109,89%

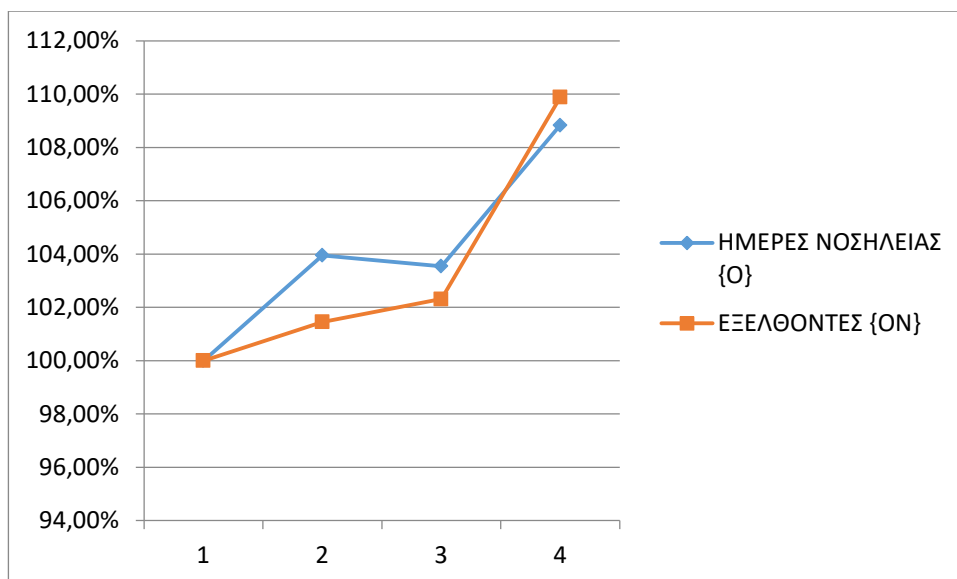
**Εικόνα 8.20**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή**



**Εικόνα 8.21**

**Γραφική μεταβολή εκροών μελέτης μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή**



**Πίνακας 8.31**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

Pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	47,47%	41,19%	-39,03%	45,68%	99,19%	93,95%
PTE	52,30%	42,71%	-43,25%	44,05%	98,82%	95,52%
SE	-43,07%	-50,08%	44,55%	-54,71%	-97,32%	-91,22%

Από τα στοιχεία αυτά, προκύπτει ότι η καθαρή αποδοτικότητα των μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή, ακολουθεί μια αυξητική πορεία. Η τεχνική αποδοτικότητα ακολουθεί ομοίως μια αυξητική πορεία, αν και με μικρότερο ρυθμό. Αντίθετα, η αποδοτικότητα κλίμακας μειώνεται με αντίστροφο ρυθμό. Αυτό που δείχνουν τα αποτελέσματα, είναι ότι η κυβέρνηση Καραμανλή επιτυγχάνει αποτελέσματα σε επίπεδο διαχειριστικής επίδοσης και σε επίπεδο παραγωγής αποτελεσμάτων υγείας με περιορισμένους πόρους. Όμως, στην τοποθέτηση των

μεγάλων νοσοκομείων στην κλίμακα η κυβέρνηση αυτή δεν τα καταφέρνει, όπως φαίνεται από τη μεταβολή της αποδοτικότητας κλίμακας.

Από τις μεταβολές των εισροών και εκροών των μεγάλων νοσοκομείων, διαπιστώνεται μια σταθερότητα στις εισροές. Συγκεκριμένα, πέρα από την αύξηση του αριθμού των ιατρών, η μεταβολή των υπόλοιπων εισροών είναι μικρότερη από 2%. Σε αντίθεση με τις εισροές, οι εκροές αυξάνονται κατά περίπου 9%, ιδίως κατά το τελευταίο έτος της διακυβέρνησης Καραμανλή. Η διαφορά της μεταβολής αυτής μεταξύ των εκροών και των εισροών, είναι αυτή που αυξάνει τις τιμές της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων.

Από τους συντελεστές Pearson για την αποδοτικότητα, προκύπτουν οι συσχετίσεις της μεταβολής των εισροών και των εκροών με τη μεταβολή της αποδοτικότητας. Η μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας σχετίζεται με τη μεταβολή των εκροών. Οι ημέρες νοσηλείας έχουν σχεδόν απόλυτη συσχέτιση με τη μεταβολή τόσο της τεχνικής όσο και της καθαρής αποδοτικότητας. Ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών έχει επίσης πάρα πολύ μεγάλη συσχέτιση με τα μεγέθη αυτά. Στον αντίποδα, οι ημέρες νοσηλείας και ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών σχετίζεται γραμμικά αλλά με αρνητική σχέση με τη μεταβολή της αποδοτικότητας κλίμακας. Η αύξηση του μεγέθους των νοσοκομείων φαίνεται ότι τα τοποθετεί σε κατώτερη θέση στην κλίμακα. Από τους συντελεστές αυτούς, φαίνεται ότι η αύξηση της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας οφείλεται κυρίως στην αύξηση των εκροών και στην μεγαλύτερη αύξηση των εκροών έναντι της αύξησης των εισροών.

Τα μέτρα που έχουν ληφθεί συνεπεία πολιτικής υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή είναι αυτά που επηρεάζουν τις τιμές της αποδοτικότητας κατά την υποπερίοδο αυτή. Τα μέτρα και οι συνέπειες τους στα μεγάλα νοσοκομεία είναι :

- Η αύξηση του αριθμού των ιατρών, η οποία συμβαίνει σε αυτήν την υποπερίοδο ως πολιτική επιλογή της κυβέρνησης Καραμανλή, αφορά και τα μεγάλα νοσοκομεία, στα οποία όμως εκδηλώνεται σε περιορισμένο βαθμό. Τα μεγάλα νοσοκομεία έχοντας ήδη μεγάλη ζήτηση από ιατρούς, έχουν καλύψει τα περισσότερα από τα οργανικά κενά τους, ενώ η διαδικασία δημιουργίας νέων κενών είναι χρονοβόρα και αντικείμενο μακροπρόθεσμου σχεδιασμού. Οπότε, τα μεγάλα νοσοκομεία διατηρούν χαμηλά την αύξηση των ιατρών, γεγονός που, σε αντίθεση με τα γενικά νοσοκομεία, επιδρά στην αύξηση των τιμών της αποδοτικότητας λόγω της πραγματοποιηθείσας αύξησης των εκροών.
- Όπως προαναφέρθηκε, μια μεταβολή του μεγέθους των νοσοκομείων και μια αναδιανομή του αριθμού των κλινών τους, πραγματοποιήθηκε στην περίοδο αυτή, επηρεάζοντας τη μεταβολή της αποδοτικότητας. Ενώ όμως η μεταβολή αυτή επηρεάζει θετικά τα μικρά και τα μεσαία

νοσοκομεία, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα επιδρά αρνητικά στην τοποθέτηση των μεγάλων νοσοκομείων στην κλίμακα και στην μεταβολή της τιμής της αποδοτικότητας κλίμακας τους. Αυτή η μεταβολή εντείνεται από το γεγονός, ότι τα μεγάλα νοσοκομεία προχωρούν σε αύξηση κλινών αυτήν την περίοδο, γεγονός που επιδρά δυσμενώς στην αποδοτικότητα κλίμακας αυτών.

- Η παροχή υπηρεσιών ποιότητας και δωρεάν, από τα Ελληνικά νοσοκομεία, σε συνδυασμό με την αναπτυξιακή πολιτική υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή, επηρεάζουν τα δημόσια νοσοκομεία και μεταξύ αυτών και τα μεγάλα νοσοκομεία, στα οποία αυξάνεται ο όγκος των ληπτών υπηρεσιών υγείας που προσέρχονται σε αυτά για θεραπεία. Το αποτέλεσμα είναι να αυξάνεται και ο αριθμός των εισαγωγών και των εξαγωγών. Αυτή η αύξηση είναι μεγαλύτερη στα μεγάλα νοσοκομεία από ότι στα υπόλοιπα, λόγω της εισαγωγής των καινοτομιών σε αυτά. Η αύξηση αυτή των εξερχομένων ασθενών επιδρά θετικά στις τιμές της αποδοτικότητας.
- Οι ημέρες νοσηλείας των δημοσίων μεγάλων νοσοκομείων ακολουθούν μια ανοδική πορεία, ανάλογη με την αύξηση του αριθμού των εξερχομένων ασθενών. Αυτές οι δύο μεταβολές είναι αυτές που προκαλούν τη μεγάλη αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Οι ημέρες νοσηλείας των δημοσίων μεγάλων νοσοκομείων δεν ακολουθούν τη μεταβολή των γενικών νοσοκομείων. Τα μεγάλα νοσοκομεία έχουν επαρκή αριθμό κλινών όπως διαπιστώνεται και από τη μικρή μεταβολή των κλινών αυτών. Δεν συντρέχει λόγος σε αυτά τα νοσοκομεία να επισπευτεί η νοσηλεία λόγω αύξησης των εισαγωγών που συμβαίνει σε αυτή την υποπερίοδο, διότι τα νοσοκομεία αυτά είχαν από πριν επαρκείς κλίνες για να αντιμετωπίσουν τα αυξημένα περιστατικά των ασθενών που προσέρχονταν σε αυτά.

Οι υπόλοιπες πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή δεν επηρεάζουν την αποδοτικότητα. Ορισμένες από τις πολιτικές αυτές, όπως η οργάνωση και λειτουργία συστήματος προμηθειών, η δημιουργία σύγχρονων προϋπολογισμών, επιδρούν στη συγκράτηση του κόστους και όχι στην παρούσα μελέτη, η οποία δεν έχει οικονομικά στοιχεία. Μελέτη με οικονομικά στοιχεία πραγματοποιείται σε επόμενο σημείο. Άλλες πολιτικές, όπως η συγχώνευση των ΥΠΕ δεν επιδρούν στην αποδοτικότητα ενώ άλλες πολιτικές, όπως η εφαρμογή των ΣΔΙΤ και η κάρτα υγείας δεν προλαβαίνουν να ολοκληρωθούν.

Τα μικρά νοσοκομεία μεταβάλλουν τις τιμές της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας κατά την υποπερίοδο διακυβέρνησης Καραμανλή και αυτή η μεταβολή χρήζει ανάλυσης προκειμένου να εντοπιστούν οι επιδράσεις των πολιτικών υγείας σε αυτήν. Στον πίνακα 8.32 φαίνεται η μεταβολή των μεγεθών αυτών κατά τη διάρκεια της υποπεριόδου, με στοιχεία από τη



μελέτη με περιορισμό βαρών. Η γραφική μεταβολή των μεγεθών αυτών φαίνεται στην εικόνα 8.22. Στον πίνακα 8.33 φαίνονται οι εισροές και οι εκροές των μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της μελετώμενης υποπεριόδου, ενώ στον πίνακα 8.34 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των μεγεθών αυτών. Στην εικόνα 8.23 και στην εικόνα 8.24, φαίνονται η γραφική παράσταση της ποσοστιαίας μεταβολής εισροών και εκροών της μελέτης κατά τη διάρκεια της υποπεριόδου αυτής. Στον πίνακα 8.35 φαίνονται οι συντελεστές Pearson, για τη γραμμική συσχέτιση των εισροών και εκροών της μελέτης με τις τιμές της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας που έχουν παραχθεί με το model A και περιορισμό βαρών.

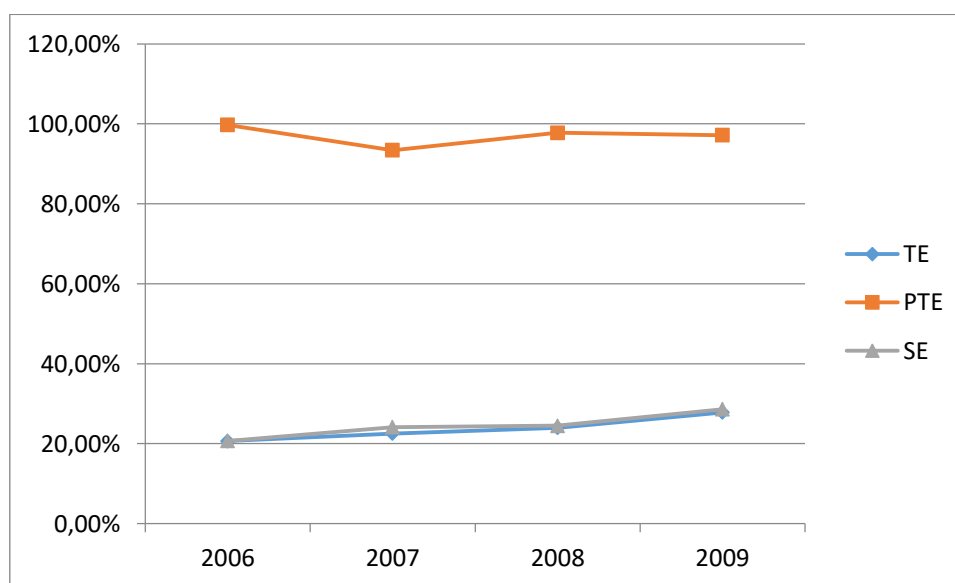
**Πίνακας 8.32**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (με περιορισμό βαρών)**

small DMUs	2006	2007	2008	2009
TE	20,64%	22,55%	23,97%	27,82%
PTE	99,71%	93,41%	97,76%	97,18%
SE	20,70%	24,14%	24,52%	28,63%

**Εικόνα 8.22**

**Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Καραμανλή**



**Πίνακας 8.33****Εισροές και εκροές μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

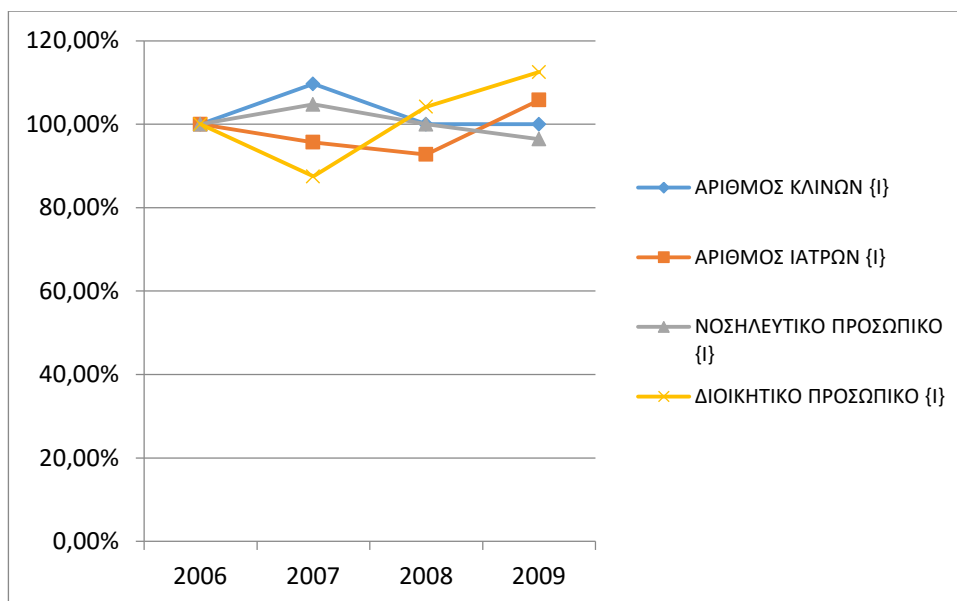
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2006	155	69	84	24	19032	3472
2007	170	66	88	21	20768	3584
2008	155	64	84	25	19200	3608
2009	155	73	81	27	19040	3752

**Πίνακας 8.34****Ποσοστιαία μεταβολή Εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2006	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2007	109,68%	95,65%	104,76%	87,50%	109,12%	73,39%
2008	100,00%	92,75%	100,00%	104,17%	100,88%	103,92%
2009	100,00%	105,80%	96,43%	112,50%	100,04%	108,06%

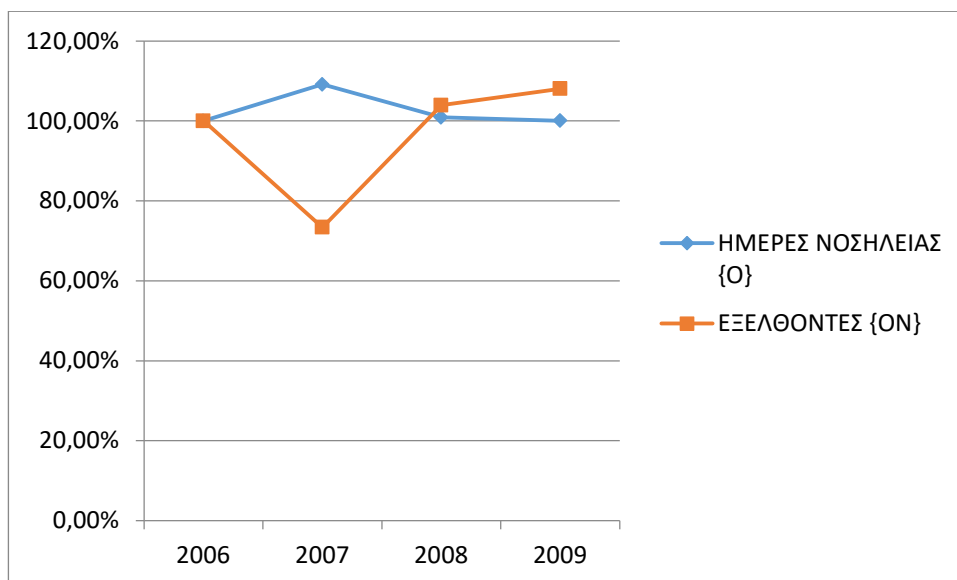
**Εικόνα 8.23**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης  
Καραμανλή**



**Εικόνα 8.24**

**Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μελέτης μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης  
Καραμανλή**



**Πίνακας 8.35**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή**

Pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	-26,20%	52,61%	-64,94%	70,33%	-26,10%	45,91%
PTE	-91,20%	25,03%	-65,69%	61,01%	-92,09%	80,96%
SE	-7,31%	45,92%	-49,42%	55,39%	-7,10%	28,13%

Από τα αποτελέσματα της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας των μικρών νοσοκομείων, προκύπτει μια μέτρια αύξηση στην τιμή της τεχνικής και της αποδοτικότητας κλίμακας, ενώ μια σχετική σταθερότητα (με εξαίρεση τη μικρή μείωση κατά το έτος 2007) της καθαρής αποδοτικότητας. Επομένως, επιτυγχάνεται η αύξηση της παραγωγής του προϊόντος υγείας με τους διαθέσιμους πόρους και αύξηση της επάρκειας μεγέθους προκειμένου να εφαρμοστούν οι οικονομίες κλίμακας. Αντίθετα, ως προς την δυνατότητα της επίδοσης της διαχειριστικής απόδοσης υπάρχει μια μικρή μείωση από τα μικρά νοσοκομεία.

Η ποσοστιαία μεταβολή των εισροών δεν εμφανίζει μια συγκεκριμένη τάση. Ο αριθμός των κλινών εμφανίζει αρχικά μια αύξηση και μετά επανέρχεται στην αρχική τιμή. Ο αριθμός των ιατρών εμφανίζει μια μείωση και μετά αυξάνεται. Ο αριθμός των νοσηλευτών αρχικά μειώνεται και μετά αυξάνεται. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αρχικά αυξάνεται και μετά μειώνεται. Ο αριθμός του διοικητικού προσωπικού αρχικά μειώνεται και μετά αυξάνεται. Η ποσοστιαία μεταβολή των εκροών, επίσης δεν εμφανίζει μια συγκεκριμένη τάση. Ενώ ο αριθμός των ημερών νοσηλείας αρχικά αυξάνεται και μετά ανακάμπτει, ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών αρχικά μειώνεται και τελικά αυξάνεται. Δεν διαφαίνεται κάποια συσχέτιση μεταξύ της μεταβολής των εισροών και των εκροών που μπορεί να ερμηνεύσει άμεσα τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Αυτό το γεγονός είναι κάπως αναμενόμενο για τα μικρά νοσοκομεία, δεδομένου ότι οι πολιτικές υγείας στοχεύουν κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία, αλλά και οι εισροές και οι εκροές μεταβάλλονται αρκετά και από την εμφάνιση τυχαίων παραγόντων, όπως η τυχαία αποχώρηση έστω και ενός ελαχίστου αριθμού ιατρών μπορεί να επηρεάσει την αποδοτικότητα μιας μικρής μονάδας. Η συνολική μεταβολή των εισροών και των εκροών, δεδομένου ότι αυτές υπόκεινται σε αυξομειώσεις, είναι αυτό που προκαλεί τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας.

Από τους συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας με τη μεταβολή των εισροών της έρευνας, διαπιστώνεται η μη ύπαρξη ισχυρής συσχέτισεως. Ως προς τη μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας, η μόνη μεταβλητή που φαίνεται ότι σχετίζεται και αυτή όχι ισχυρά, είναι η μεταβολή του διοικητικού προσωπικού, η οποία είναι τυχαία. Το ίδιο συμβαίνει, κι ακόμα σε πιο ασθενές βαθμό με την αποδοτικότητα κλίμακας, η οποία επίσης είναι τυχαία. Η καθαρή αποδοτικότητα εμφανίζει υψηλή αρνητική συσχέτιση με τον αριθμό κλινών, η οποία είναι τυχαία και τις ημέρες νοσηλείας, η οποία είναι πραγματική. Πράγματι, η άνοδος του αριθμού των ημερών νοσηλείας προκαλεί κάθοδο της καθαρής αποδοτικότητας και αντίστροφα. Πλην της συσχέτισης αυτής, δεν διαπιστώνεται κάποια άλλη αξιοσημείωτη συσχέτιση από τους συντελεστές Pearson για μεταξύ τιμών της αποδοτικότητας και της μεταβολής των εισροών και εκροών της μελέτης.

### *8.2.2 Πολιτικές υγείας Παπανδρέου και Παπαδήμου και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων*

Επί των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου (η οποία διακυβέρνησε επί ένα σχετικά μικρό χρονικό διάστημα και συνέχισε τις πολιτικές υγείας της προηγούμενης κυβέρνησης), πραγματοποιείται μελέτη για να διαπιστωθούν οι επιδράσεις των πολιτικών υγείας στις τιμές της αποδοτικότητας. Κατ' αρχήν, στον πίνακα 8.36 παρατίθεται η μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή (όπως προκύπτει από την εφαρμογή του model A με περιορισμό βαρών) και στην εικόνα 8.25 η σχετική μεταβολή αυτών. Στον πίνακα 8.37 φαίνεται η μεταβολή των εισροών και των εκροών της έρευνας και στον πίνακα 8.38 η ποσοστιαία μεταβολή αυτών, σύμφωνα με το model A. Στην εικόνα 8.26 και στην εικόνα 8.27 φαίνεται η γραφική μεταβολή των εισροών και των εκροών αυτών σε συνάρτηση με τα έτη. Στον πίνακα 8.39 φαίνονται οι συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών και των εκροών και της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της υποπεριόδου σύμφωνα με το model A.

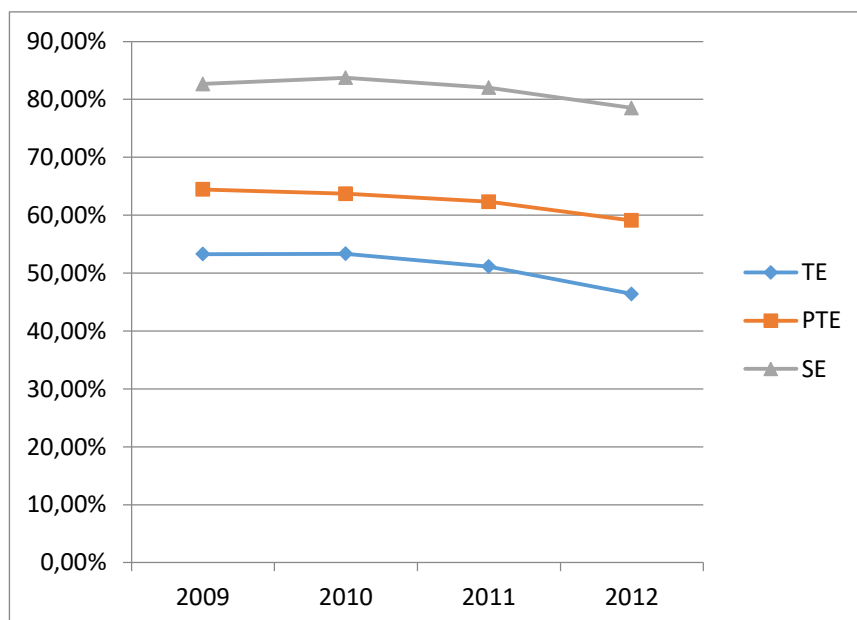
**Πίνακας 8.36**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου (model A με περιορισμό βαρών)**

	2009	2010	2011	2012
TE	53,28%	53,34%	51,12%	46,38%
PTE	64,45%	63,69%	62,31%	59,09%
SE	82,66%	83,74%	82,03%	78,50%

**Εικόνα 8.25**

**Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου**



**Πίνακας 8.37**

**Εισροές και εκροές της έρευνας (model A) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2009	34911	19750	36723	7971	9194438	1792943
2010	34599	19978	36258	7600	8860600	1736072
2011	33801	20222	35947	7469	8762392	1717016
2012	34433	20163	34864	7129	8674582	1680215

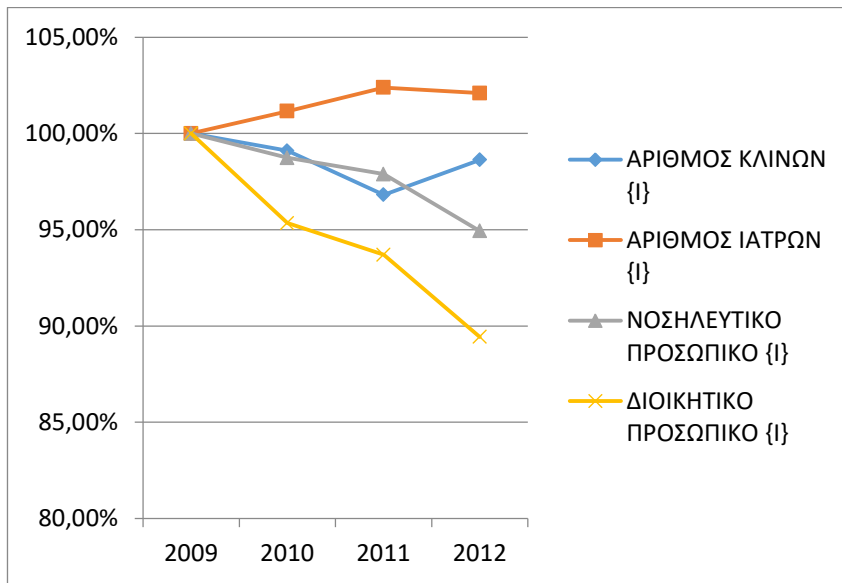
**Πίνακας 8.38**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας (model A) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2009	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2010	99,11%	101,15%	98,73%	95,35%	96,37%	96,83%
2011	96,82%	102,39%	97,89%	93,70%	95,30%	95,77%
2012	98,63%	102,09%	94,94%	89,44%	94,35%	93,71%

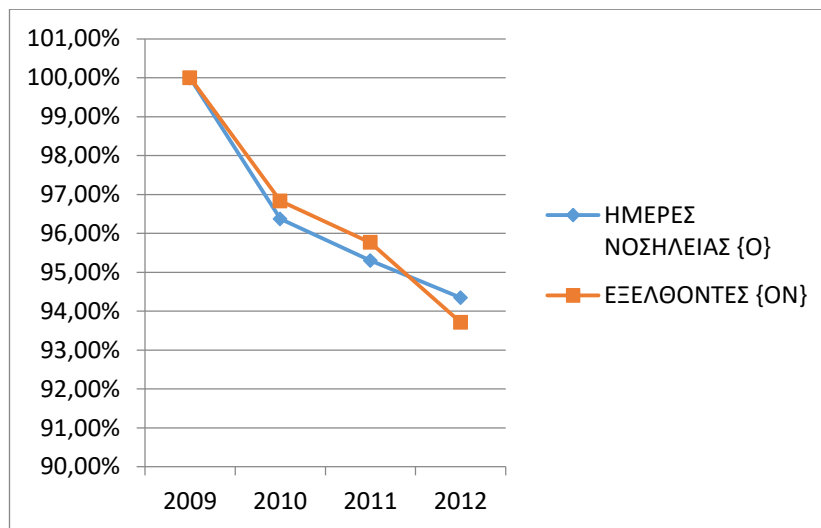
**Εικόνα 8.26**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου**



**Εικόνα 8.27**

**Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μελέτης κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου**





**Πίνακας 8.39**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A με περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου**

Pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	30,61%	-64,84%	96,87%	88,33%	72,17%	83,72%
PTE	37,59%	-72,66%	94,12%	94,12%	81,07%	90,62%
SE	18,44%	-50,89%	90,15%	77,18%	57,03%	71,12%

Η τεχνική αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου εμφανίζει μείωση που σημαίνει ότι υπάρχει μείωση στην ικανότητα των νοσοκομείων να παράγουν το μέγιστο προϊόν με τους ελάχιστους διαθέσιμους πόρους. Η καθαρή αποδοτικότητα εμφανίζει μικρή μείωση, που αντιστοιχεί σε μικρή μείωση της διαχειριστικής απόδοσης των νοσοκομείων ενώ η αποδοτικότητα κλίμακας αυξομειώνεται, γεγονός που αντιστοιχεί στην αυξομείωση της τοποθέτησης των νοσοκομείων ως προς το μέγεθος τους.

Από τη μεταβολή του αριθμού των εισροών και των εκροών, προκύπτει μείωση των εισροών κατά τη διάρκεια της υποπεριόδου, πλην του αριθμού των ιατρών, ο οποίος εμφανίζει μικρή αύξηση. Η μείωση αυτή των εισροών αντιστοιχεί στις μειώσεις των πόρων που είχαν εφαρμοστεί από την κυβέρνηση συνεπεία της οικονομικής κρίσης. Η μείωση αυτή των εισροών είναι ένας θετικός παράγοντας για τυχόν αύξηση της αποδοτικότητας. Επίσης, προκύπτει μείωση των εκροών, η οποία επιδρά στη μείωση της αποδοτικότητας. Τόσο ο αριθμός των εξαγωγών (που εξαρτάται από τις εισαγωγές), όσο και ο αριθμός των ημερών νοσηλείας εμφανίζουν μείωση. Αυτή η μείωση είναι δυσμενές στοιχείο για τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας.

Η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας, σχετίζονται γραμμικά με την αρνητική μεταβολή του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού. Αυτό είναι ένα γεγονός που δεν θα έπρεπε να συμβαίνει εφόσον η μεταβολή του προσωπικού ήταν η αιτία της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας, αφού η μεταβολή των εισροών αυτών θα έπρεπε να αυξάνει την αποδοτικότητα (άρα η συσχέτιση θα ήταν ισχυρά αρνητική). Η ερμηνεία του συντελεστή Pearson δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στο αποτέλεσμα αλλά και στην ύπαρξη λογικών σχέσεων, άρα η

συσχέτιση αυτή απορρίπτεται. Ο λόγος για τον οποίο μειώνονται οι τιμές της αποδοτικότητας φαίνεται από την ισχυρή γραμμική συσχέτιση που έχουν οι τιμές αυτές με τις μεταβολές των εξαγωγών και των ημερών νοσηλείας. Φαίνεται ότι οι μεταβολές των εκροών αυτών αντισταθμίζουν τις μειώσεις των εκροών και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι τιμές της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας μειώνονται.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Παπανδρέου και τα μέτρα που ελήφθησαν συνεπεία των πολιτικών αυτών, έχουν επίδραση στη μεταβολή της αποδοτικότητας μέσω του επηρεασμού των εισροών και εκροών. Οι πολιτικές και ο τρόπος που επηρεάζουν τις εισροές και τις εκροές και επομένως επιδρούν στη μεταβολή της αποδοτικότητας είναι ο εξής :

- Η μείωση προσωπικού, με τις αποχωρήσεις και συνταξιοδοτήσεις μόνιμου και επικουρικού προσωπικού, προκάλεσε μείωση του αριθμού των εργαζομένων.
- Η μείωση εισοδημάτων εργαζομένων με τις μεγάλες περικοπές μισθολογικών εξόδων, οδήγησε έναν αριθμό εργαζομένων σε οικειοθελή αποχώρηση και έναν αριθμό εργαζομένων σε μη αποδοχή πρόσληψης, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τον αριθμό προσωπικού.
- Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων επίδρασαν στην ανακατανομή των κλινών και στη μεταβολή του αριθμού τους. Πολλα νοσοκομεία ανακατένειμαν τις κλίνες τους και ο συνολικός αριθμός των κλινών τελικά μειώθηκε.
- Η μείωση τιμών προμηθειών με τη θέσπιση μέτρων για τον περιορισμό των τιμών, οδήγησε σε πολλές περιπτώσεις σε έλλειψη υλικών και καθυστερήσεις στην προμήθεια υλικών, τα οποία συνέβαλαν στην κατεδάφιση της φήμης των δημοσίων νοσοκομείων και στη δημιουργία κύματος μειωμένης προσέλευσης σε αυτά, μειώνοντας τις εισαγωγές-εξαγωγές.
- Η μείωση κάλυψης υπηρεσιών που συνέβη και ενδονοσοκομειακά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, οδήγησε σε απομάκρυνση από τα δημόσια νοσοκομεία ένα ποσοστό των προσερχομένων ασθενών, με αποτέλεσμα τη μείωση των εισαγωγών και εξαγωγών.
- Ο περιορισμός νοσοκομειακών φαρμάκων, μέσω των μειώσεων τιμών και της εισαγωγής θετικού καταλόγου, επίσης μείωσε τους προσερχόμενους ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία.

Ορισμένες πολιτικές της κυβέρνησης Παπανδρέου αφορούν τη λιτότητα που εκδηλώθηκε με μέτρα περιορισμού του κόστους. Τέτοιες πολιτικές είναι η λιτότητα με την περικοπή προϋπολογισμών, η περικοπή κεφαλαίων κοινωνικής ασφάλισης, η πολιτική πληρωμής με βάση την ασθένεια, η πολιτική περικοπής αποζημιώσεων, περικοπής πάνω από το όριο και προνομιούχων παροχών, η μείωση εισοδημάτων εργαζομένων, η κεντρικοποίηση της διαδικασίας προμηθειών, η περικοπή τιμών προμηθειών και οι περικοπές κάλυψης υπηρεσιών. Οι πολιτικές αυτές επιδρούν στη μείωση του

κόστους και υπό προϋποθέσεις στην αύξηση της αποδοτικότητας και η ανάλυση αυτών γίνεται στο μοντέλο που χρησιμοποιεί τα οικονομικά στοιχεία.

Ορισμένες πολιτικές υγείας που εφάρμοσε η κυβέρνηση Παπανδρέου δεν επέδρασαν στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Οι λόγοι που συνέβη αυτό είναι είτε διότι οι πολιτικές επιδρούν σε άλλους τομείς του συστήματος υγείας είτε διότι οι πολιτικές έχουν άλλους σκοπούς από την αύξηση της αποδοτικότητας. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν οι εξής :

- Η αναδιάρθρωση κοινωνικής ασφάλισης και οι συγχωνεύσεις ταμείων υγείας είναι από τις μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στην αύξηση της αποδοτικότητας οργανισμών υγείας, αλλά όχι της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αφορούν τον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, και σε πιο περιορισμένο βαθμό τη λειτουργία της ΠΦΥ, στην οποία απαιτούνται μακροπρόθεσμη εφαρμογή για να παραχθούν αποτελέσματα.
- Τα διαχειριστικά μέτρα που ελήφθησαν κατά τη διακυβέρνηση αυτή, όπως το monitoring και τα πληροφοριακά συστήματα, παρόλο που γενικά συνδέονται με την αποδοτικότητα, δεν φαίνεται να επιδρούν στην αύξηση της. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέτρα αυτά είναι προσανατολισμένα περισσότερο στην παρακολούθηση της λειτουργίας των νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας, παρά στην αύξηση της αποδοτικότητας.

Η κυβέρνηση Παπανδρέου επικεντρώθηκε ιδιαίτερος στις πολιτικές λιτότητας υγείας. Η επίδραση αυτών των πολιτικών στην αποδοτικότητα θα εξεταστεί κατά την μελέτη της μεταβολής της αποδοτικότητας με οικονομικά στοιχεία. Ένας παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη στο σημείο αυτό και αφορά την μη αύξηση της καθαρής αποδοτικότητας αλλά και της τεχνικής αποδοτικότητας είναι η αντίσταση του ανθρώπινου παράγοντα στις αλλαγές, που συμβαίνει κατά τις οικονομικές κρίσεις. Επίσης, το γεγονός ότι η προηγούμενη κυβέρνηση Καραμανλή αύξησε την τεχνική και την καθαρή αποδοτικότητα, αποτελεί έναν παράγοντα που επιδρά στη δυσκολία να αυξηθεί περαιτέρω από την επόμενη Κυβέρνηση Παπανδρέου. Από τα αποτελέσματα της μελέτης και την ερμηνεία τους συμπεραίνεται ότι τα μέτρα που ελήφθησαν συνεπεία των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Παπανδρέου δεν κατόρθωσαν να επιδράσουν θετικά στην αύξηση της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας, δεδομένου ότι οι τιμές της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας παρουσίασαν μείωση κατά την υποπερίοδο αυτή.

Στη συνέχεια παρατίθενται τα στοιχεία της μελέτης αποδοτικότητας χωρίς περιορισμό βαρών. Η μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών, είναι χρήσιμη για την μελλοντική σύγκριση με παρόμοιες έρευνες και αφετέρου δίνοντας ελευθερία στα βάρη, επιτυγχάνει μια οπτική απελευθερωμένη από περιορισμούς. Στον πίνακα 8.40 φαίνονται οι συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών – εκροών

και της μεταβολής των τιμών αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου όπως προκύπτουν από το model A χωρίς τον περιορισμό βαρών. Ως στοιχεία μεταβολής των εισροών – εκροών και ποσοστιαίας μεταβολής εισροών – εκροών λαμβάνονται υπόψη τα στοιχεία που έχουν αναφερθεί στον περιορισμό βαρών. Στον πίνακα 8.41, φαίνονται οι συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών – εκροών και της μεταβολής των τιμών τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου.

**Πίνακας 8.40**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου & Παπαδήμου (model A χωρίς περιορισμό βαρών)**

	2009	2010	2011	2012
TE	61,76%	60,68%	60,60%	60,16%
PTE	71,90%	70,74%	71,07%	69,92%
SE	85,89%	85,78%	85,27%	86,04%

**Πίνακας 8.41**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας (model A χωρίς περιορισμό βαρών) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου - Παπαδήμου**

Pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	59,13%	-88,87%	86,96%	96,34%	99,01%	98,15%
PTE	29,80%	-70,47%	91,98%	94,82%	89,21%	93,80%
SE	80,17%	-44,50%	-24,68%	-6,33%	17,94%	1,84%

Στη μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών των γενικών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου παρουσιάζονται ορισμένες σημαντικές διαφοροποιήσεις από τη μελέτη με τον περιορισμό βαρών. Κατ' αρχήν στη μελέτη χωρίς τον περιορισμό βαρών η τεχνική αποδοτικότητα διατηρείται σταθερή, ενώ στη μελέτη με τον περιορισμό βαρών μειώνεται. Η καθαρή αποδοτικότητα χωρίς περιορισμό βαρών διατηρείται σταθερή (σε εύρος μιας μονάδας) ενώ με περιορισμό βαρών μειώνεται. Η αποδοτικότητα κλίμακας παραμένει σταθερή χωρίς τον περιορισμό βαρών, ενώ με τον περιορισμό βαρών ακολουθεί μια μικρή αυξομείωση. Φαίνεται πως η μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών, δίνοντας απόλυτη ελευθερία στα βάρη, υπολογίζει τις διακυμάνσεις των τιμών της αποδοτικότητας σε ένα πολύ πιο περιορισμένο εύρος από αυτήν με τον περιορισμό βαρών, για αυτό και συγκρατεί τις τιμές της αποδοτικότητας. Η διαφορά που προκύπτει στη μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών, σε σχέση με την μελέτη με περιορισμό βαρών, είναι ότι η μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών δεν δίνει βαρύνουσα σημασία στον αριθμό των ιατρών και των νοσηλευτών καθώς και στον αριθμό των εξελθόντων ασθενών, επιτρέποντας με τον τρόπο αυτό λύσεις με μηδενικά σχεδόν βάρη που αντιστοιχούν για παράδειγμα σε ένα νοσοκομείο το οποίο λειτουργεί αποδοτικά διαθέτοντας έναν μόνο ιατρό, λύση που δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή σε πραγματικές συνθήκες.

Από τους συντελεστές Pearson, για τη μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών, προκύπτει μια αρνητική συσχέτιση της μεταβολής της αποδοτικότητας με τη μεταβολή του αριθμού των ιατρών, που καταδεικνύει την επίδραση της αύξησης των ιατρών στην μείωση της αποδοτικότητας. Επίσης, προκύπτει συσχέτιση της μεταβολής του υπόλοιπου προσωπικού με τη μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας η οποία όμως είναι συμπτωματική, δεδομένου ότι η μεταβολή του προσωπικού είναι

αρνητική, όπως και η μεταβολή της αποδοτικότητας. Επομένως οι αιτίες της μεταβολής της αποδοτικότητας πρέπει να αναζητηθούν σε άλλους παράγοντες (εκροές). Εμφανίζεται συσχέτιση της μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας με τη μεταβολή των εκροών, που αποτελεί και την κύρια αιτία της μεταβολής της αποδοτικότητας. Παρόμοια εικόνα συσχετίσεων εμφανίζει και η καθαρή αποδοτικότητα με τις εισροές και τις εκροές, ενώ η αποδοτικότητα κλίμακας δεν εμφανίζει υψηλή συσχέτιση.

Στην περίπτωση της μελέτης αποδοτικότητας χωρίς περιορισμό βαρών, η επίδραση καθεμίας από τις πολιτικές υγείας στις εισροές και στις εκροές είναι ακριβώς όμοια με αυτήν που αναλύθηκε στην περίπτωση της μελέτης αποδοτικότητας με περιορισμό βαρών. Επομένως, δεν απαιτείται καμία περεταίρω ανάλυση όσον αφορά την επίδραση των πολιτικών υγείας στην τεχνική, την καθαρή και την αποδοτικότητα κλίμακας. Η μόνη διαφορά είναι οι προαναφερθέντες περιορισμοί βαρών, οι οποίοι δίνουν διαφορετική σημαντικότητα σε ορισμένες από τις εισροές και τις εκροές και με τον τρόπο αυτό μεταβάλλουν τα αποτελέσματα των τιμών της αποδοτικότητας σε σχέση με τα αποτελέσματα της μελέτης με περιορισμό βαρών. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνουν αυτές οι αυξημένες μεταβολές στη μελέτη με τον περιορισμό των βαρών, έναντι της μελέτης χωρίς τον περιορισμό των βαρών, είναι το γεγονός ότι ο περιορισμός βαρών προσφέρει μεγαλύτερη ευαισθησία στη μελέτη και διακρίνει καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιούνται οι μεταβολές της αποδοτικότητας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο περιορισμός βαρών δίνει αυξημένη σημαντικότητα στα βάρη των ιατρών έναντι του νοσηλευτικού προσωπικού και στα βάρη του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι του διοικητικού προσωπικού. Όμως, επειδή ο αριθμός των ιατρών βαίνει αυξανόμενος σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό, και το νοσηλευτικό προσωπικό βαίνει μειούμενο με μικρότερο ρυθμό σε σχέση με το διοικητικό προσωπικό, η σημαντικότητα της αύξησης ιατρών είναι αυξημένη, με αποτέλεσμα αυτή η αύξηση να επιδρά με πιο άμεσο τρόπο στην μεταβολή (μείωση της αποδοτικότητας). Το ίδιο συμβαίνει με την αυξημένη σημαντικότητα της μείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι του διοικητικού, η σχετική μεταβολή μεταξύ αυτών των μεγεθών επιδρά πιο ισχυρά στην αρνητική μεταβολή της αποδοτικότητας (στο μοντέλο με τον περιορισμό βαρών). Στο μοντέλο με τον περιορισμό βαρών, φαίνεται ότι η επιχειρηθείσα αύξηση της αποδοτικότητας με τον περιορισμό του προσωπικού δεν αποδίδει και πρώτιστος λόγος για αυτό είναι η μείωση των εκροών η οποία ακολουθεί τη μείωση των εισροών. Όμως, ο σημαντικότερος λόγος ο οποίος μειώνει την αποδοτικότητα είναι η αύξηση του αριθμού των ιατρών σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό, δεδομένου ότι το κύμα φυγής των ιατρών των Ελληνικών νοσοκομείων προς το εξωτερικό δεν έχει ξεκινήσει ακόμα και ουδεμία πρόβλεψη έχει γίνει ως προς την ελάττωση του αριθμού των ιατρών – αντίθετα οι ιατροί δύνανται να συνταξιοδοτηθούν σε μεγαλύτερη ηλικία από

πριν. Η αύξηση του αριθμού των ιατρών σε συνδυασμό ότι από το μοντέλο που χρησιμοποιείται δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη βαρύτητα των ιατρών. Το μοντέλο αυτό επομένως ανιχνεύει την αύξηση των ιατρών, διότι είναι ευαίσθητο ως προς την παράμετρο αυτή και δίδει την αρνητική μεταβολή της αποδοτικότητας η οποία δεν εμφανίζεται στο μοντέλο χωρίς τον περιορισμό βαρών.

Στη συνέχεια εξετάζονται τα μεγάλα νοσοκομεία ως προς τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας τους και την επίδραση των πολιτικών υγείας σε αυτή τη μεταβολή. Στον πίνακα 8.42 φαίνεται η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων, όπως προκύπτει από τη μελέτη Window-DEA (model-A) με εφαρμογή του περιορισμού βαρών και στην εικόνα 8.28 φαίνεται γραφική παράσταση των μεταβολών αυτών της αποδοτικότητας συναρτήσει του χρόνου. Στον πίνακα 8.43 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της υποπεριόδου αυτής, ενώ στις εικόνες 8.29 και 8.30 φαίνονται οι ποσοστιαίες μεταβολές των εισροών και εκροών των νοσοκομείων αυτών. Στον πίνακα 8.44 φαίνονται οι συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση της μεταβολής των εισροών και εκροών με τις μεταβολές των τιμών της αποδοτικότητας.

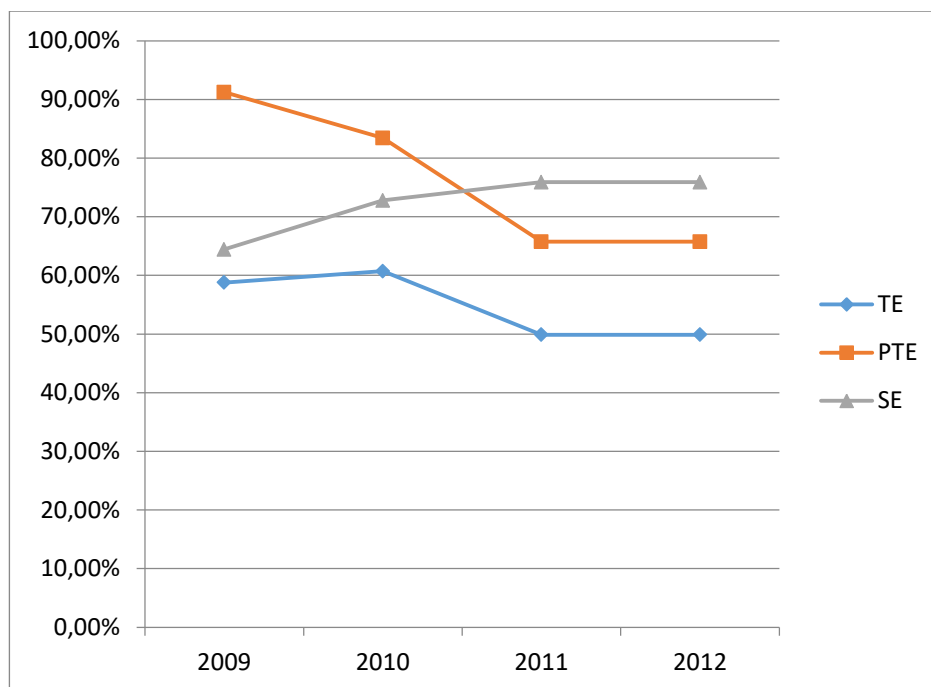
**Πίνακας 8.42**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου μεγάλων νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)**

big DMUs	2009	2010	2011	2012
TE	58,77%	60,73%	49,89%	49,89%
PTE	91,24%	83,43%	65,73%	65,73%
SE	64,42%	72,78%	75,90%	75,90%

**Εικόνα 8.28**

**Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου μεγάλων νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)**



**Πίνακας 8.43**

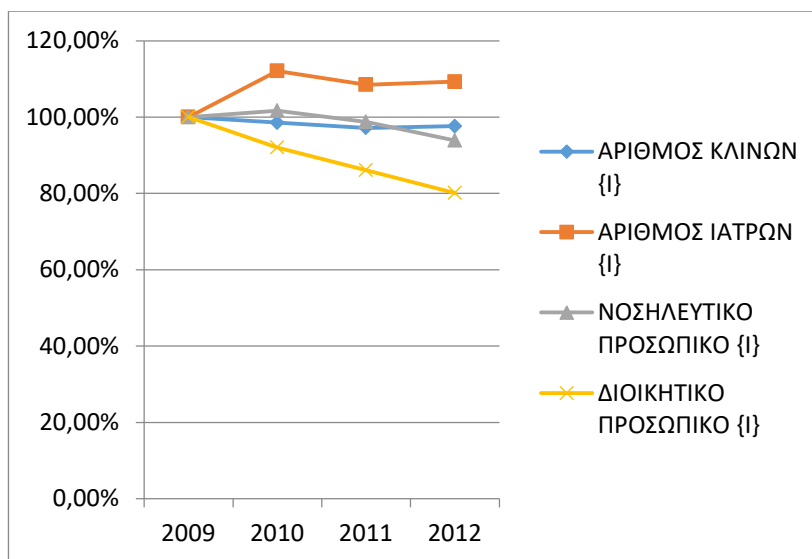
**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**

Big	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2009	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2010	98,55%	112,10%	101,71%	92,04%	98,18%	97,83%
2011	97,16%	108,49%	98,76%	86,09%	96,08%	95,98%
2012	97,65%	109,27%	93,90%	80,15%	93,37%	91,63%



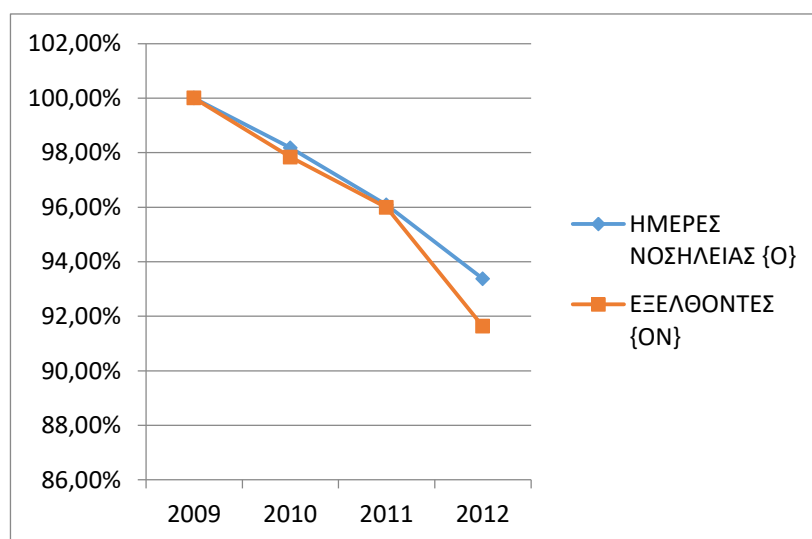
**Εικόνα 8.29**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**



**Εικόνα 8.30**

**Ποσοστιαία μεταβολή εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**



**Πίνακας 8.44**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών – εκροών και μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**

pearson big	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	0,790794	-0,179116	0,800406	0,816436	0,83876	0,787128
PTE	0,955971	-0,538309	0,703407	0,945696	0,920789	0,865406
SE	-0,971672	0,840334	-0,474256	-0,923624	-0,851026	-0,801142

Η μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων μειώνεται με μικρότερο ρυθμό από αυτή των γενικών νοσοκομείων. Η καθαρή αποδοτικότητα των μεγάλων νοσοκομείων μειώνεται με πολύ μεγαλύτερο ρυθμό και πολύ περισσότερο από αυτή των γενικών νοσοκομείων. Αντίθετα, η αποδοτικότητα κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων αυξάνεται, ενώ των γενικών νοσοκομείων διατηρείται σταθερή και εμφανίζει μια μικρή μειωτική τάση. Τα μεγάλα νοσοκομεία αυτήν την υποπερίοδο, εμφανίζουν μεγάλη μείωση ως προς τη διαχειριστική τους επίδοση, ωστόσο τοποθετούνται πολύ καλύτερα μέσα στην κλίμακα. Τα μεγάλα νοσοκομεία εκκινούν από μεγάλες τιμές της αποδοτικότητας κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τη μελέτη WDEA, τα νοσοκομεία αυτά υφίστανται και τη μεγαλύτερη μείωση των τιμών της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας. Αυτό οφείλεται και στο γεγονός ότι εκκινούν από υψηλές τιμές αποδοτικότητας και είναι περισσότερο ευαίσθητα στις αρνητικές επιδράσεις των πολιτικών υγείας. Αυτή η μείωση των τιμών της αποδοτικότητας είναι ένα σημαντικό συμπέρασμα, δεδομένου ότι οι πολιτικές υγείας σχεδιάζονται έτσι ώστε να παράγουν αποτελέσματα που επηρεάζουν μονοσήμαντα την αποδοτικότητα.

Από τις εισροές των μεγάλων νοσοκομείων, ο αριθμός των ιατρών εμφανίζει μια αύξηση και στη συνέχεια σταθερότητα, ενώ οι υπόλοιπες εισροές γενικά μειώνονται. Οι εκροές μειώνονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις εισροές και αυτό αποτελεί μια ένδειξη για την αρνητική μεταβολή της αποδοτικότητας. Παρατηρείται ότι οι εκροές μειώνονται περισσότερο από αυτές των γενικών νοσοκομείων και αυτή η διαφορά είναι αυτή που προκαλεί τη μεγαλύτερη μείωση της αποδοτικότητας στα μεγάλα νοσοκομεία.

Καμία αιτιολογημένη γραμμική συσχέτιση δεν συμβαίνει μεταξύ των εισροών και της τεχνικής αποδοτικότητας. Όμως η τεχνική αποδοτικότητα εμφανίζει σημαντική αιτιολογημένη συσχέτιση με

καθεμιά από τις εκροές. Επίσης, η καθαρή αποδοτικότητα δεν εμφανίζει καμία αιτιολογημένη γραμμική συσχέτιση με καμία από τις εισροές, όμως εμφανίζει σημαντική αιτιολογημένη γραμμική συσχέτιση με όλες τις εκροές. Η μεγάλη πτώση των εκροών είναι η αιτία της πτώσης της καθαρής αποδοτικότητας. Η άνοδος της καθαρής αποδοτικότητας εμφανίζει μεγάλη αρνητική γραμμική συσχέτιση με τη μείωση των κλινών και αυτή είναι μια σχέση που εξηγείται, διότι η μείωση των κλινών τοποθετεί καλύτερα τα νοσοκομεία στην κλίμακα. Η αρνητική συσχέτιση της αποδοτικότητας κλίμακας με τη μείωση των εκροών είναι τυχαία.

Οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου επιδρούν στις εισροές και εκροές και στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων ως εξής :

- Η μείωση εισοδημάτων εργαζομένων περικόπτει τον αριθμό προσωπικού και επιχειρεί την αύξηση της αποδοτικότητας. Όμως ο αριθμός των ιατρών στηρίζεται. Το κύμα φυγής των ιατρών δεν έχει ακόμα εκδηλωθεί και τα νοσοκομεία στηρίζονται από πλευράς ιατρικού προσωπικού, δεδομένου ότι πριν την κρίση δεν υπήρχαν πολλοί ιατροί. Η αύξηση των ιατρών είναι δυσμενής για τη θετική μεταβολή της αποδοτικότητας. Η διακύμανση του προσωπικού στα μεγάλα νοσοκομεία είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή των μικρών νοσοκομείων. Η αύξηση των ιατρών είναι πολύ μεγαλύτερη και η μείωση του διοικητικού προσωπικού το ίδιο. Αυτό επιβεβαιώνει ότι οι μεταρρυθμίσεις αποσκοπούν κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία και συντελεί στη μεγαλύτερη μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας.
- Η μείωση προσωπικού περικόπτει ευθέως τον αριθμό του προσωπικού και επιχειρεί την αύξηση της αποδοτικότητας. Περισσότερο μειώνεται το διοικητικό προσωπικό και λιγότερο το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Στα μεγάλα νοσοκομεία δεν εφαρμόστηκαν οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων, αλλά μειώθηκαν οι κλίνες. Η μείωση αυτή των κλινών είναι μεγαλύτερη από τη μείωση κλινών των γενικών νοσοκομείων και με τη γενικότερη μείωση μεγέθους των μεγάλων νοσοκομείων, τα τοποθετεί σε καλύτερη θέση στην κλίμακα αυξάνοντας την αποδοτικότητα κλίμακας.
- Η εισαγωγή εισιτηρίου αποθαρρύνει τους λήπτες υπηρεσιών υγείας από την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο νοσοκομείο. Αυτό έχει επίπτωση στον αριθμό των εξελθόντων ασθενών και στον αριθμό των ημερών νοσηλείας. Όμως στα μεγάλα νοσοκομεία αυτή η πτώση των εκροών είναι ελαφρώς πιο συγκρατημένη από ότι στα γενικά νοσοκομεία, διότι τα μεγάλα νοσοκομεία παρέχουν σύγχρονες υπηρεσίες υγείας οι οποίες παρέχονται σε μικρότερο βαθμό από την υπηρεσία του ιδιωτικού τομέα. Η μικρή αυτή συγκράτηση δεν είναι

ικανή να συγκρατήσει και τις τιμές της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων οι οποίες υφίστανται μεγάλη μείωση.

- Η μείωση των παρεχομένων υπηρεσιών προκαλεί επίσης τη μείωση του αριθμού των προσελθόντων και άρα των εξερχομένων ασθενών και των ημερών νοσηλείας. Η μείωση αυτή είναι μικρότερη στα μεγάλα νοσοκομεία και επομένως προκαλεί και λιγότερο ισχυρά αποτελέσματα.
- Ο περιορισμός φαρμάκων με τη εισαγωγή θετικού καταλόγου προκαλεί ελλείψεις φαρμάκων και ενισχύει το φαινόμενο οι ασθενείς να απομακρύνονται από τα δημόσια νοσοκομεία και μεταξύ αυτών και από τα μεγάλα νοσοκομεία.

Στη συνέχεια, εξετάζονται τα στοιχεία που επιδρούν στις τιμές της αποδοτικότητας των μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου & Παπαδήμου. Στον πίνακα 8.45 φαίνεται η μεταβολή της τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας των μικρών νοσοκομείων, όπως προκύπτει από την εφαρμογή του model A με περιορισμό βαρών και στην εικόνα 8.31 η γραφική μεταβολή αυτών. Στον πίνακα 8.46 φαίνεται η μεταβολή των εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου και στον πίνακα 8.47 η ποσοστιαία μεταβολή αυτών. Στην εικόνα 8.32 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή εισροών των μικρών νοσοκομείων και στην εικόνα 8.33 η ποσοστιαία μεταβολή εισροών των νοσοκομείων αυτών.

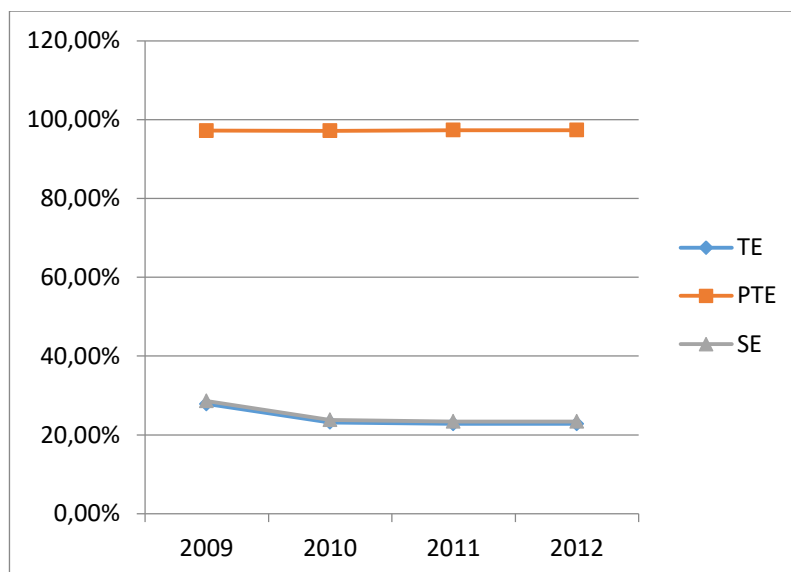
**Πίνακας 8.45**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου - Παπαδήμου μικρών νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)**

small DMUs	2009	2010	2011	2012
TE	27,82%	23,15%	22,79%	22,79%
PTE	97,18%	97,18%	97,33%	97,33%
SE	28,63%	23,83%	23,41%	23,41%

**Εικόνα 8.31**

**Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου μικρών νοσοκομείων (model A με περιορισμό βαρών)**



**Πίνακας 8.46**

**Μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2009	155	73	81	27	19040	3752
2010	155	77	90	25	14688	3448
2011	155	70	99	25	12224	3072
2012	155	74	101	22	13608	3112

**Πίνακας 8.47**

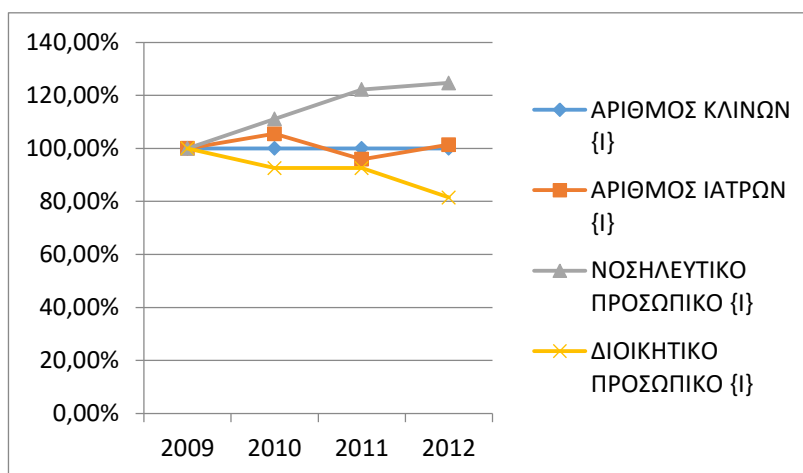
**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2009	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2010	100,00%	105,48%	111,11%	92,59%	77,14%	91,90%
2011	100,00%	95,89%	122,22%	92,59%	64,20%	81,88%
2012	100,00%	101,37%	124,69%	81,48%	89,87%	82,94%

Τέλος, στον πίνακα 8.48 δίδονται οι συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών – εκροών και μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας.

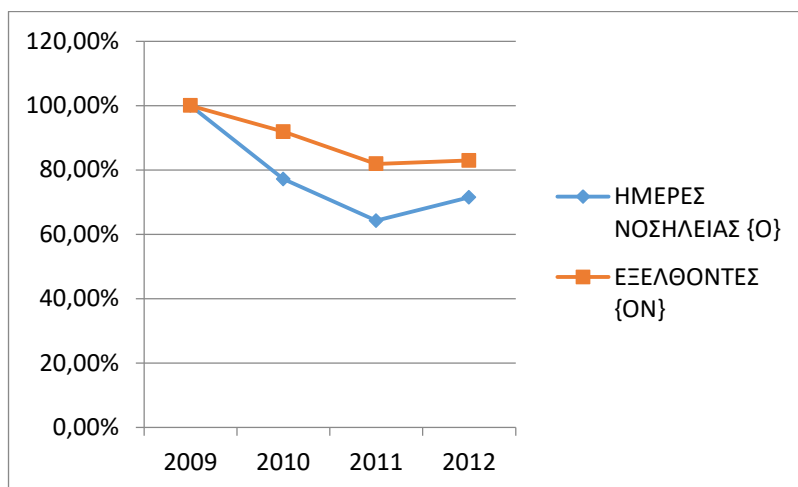
**Εικόνα 8.32**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**



**Εικόνα 8.33**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**



**Πίνακας 8.48**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών – εκροών και μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου – Παπαδήμου**

Pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	-	-0,05186	0,893062	0,750006	0,957212	0,883814
PTE	-	-0,61029	0,904553	-0,69275	-0,76284	-0,91243
SE	-	-0,0521	-0,89051	0,751912	0,958623	0,886868

Από τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου, προκύπτει μια αρχικά μικρή μείωση και στη συνέχεια σταθερότητα στην τιμή της τεχνικής αποδοτικότητας, σταθερότητα στην τιμή της καθαρής αποδοτικότητας και μικρή μείωση και στη συνέχεια σταθερότητα στην τιμή της αποδοτικότητας κλίμακας. Η μείωση της αποδοτικότητας κλίμακας είναι αυτή που προκαλεί τη μείωση της τεχνικής αποδοτικότητας, δεδομένου ότι η καθαρή αποδοτικότητα παραμένει σταθερή. Τα μικρά νοσοκομεία εμφανίζουν εντελώς διαφορετική εικόνα της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας τόσο από τα μεγάλα νοσοκομεία όσο και από τα γενικά νοσοκομεία. Αυτή η διαφορετική εικόνα αφορά τόσο τις εναρκτήριες τιμές της αποδοτικότητας, δεδομένου ότι τα μικρά νοσοκομεία έχουν πολύ υψηλή καθαρή αποδοτικότητα και πολύ μικρή τεχνική αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας όσο και την μεταβολή τους.

Οι εισροές και οι εκροές των μικρών νοσοκομείων δεν έμφανίζουν ενιαίου τύπου μεταβολή. Ενώ ο αριθμός των κλινών παραμένει σταθερός, ο αριθμός των ιατρών εμφανίζει αυξομείωση, ο αριθμός των νοσηλευτών μεγάλη αύξηση και ο αριθμός των διοικητικών μεγάλη μείωση. Οι εισροές προσωπικού κινούνται σε αντίθετη κατεύθυνση μεταξύ τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα μικρά νοσοκομεία επηρεάζονται πιο εύκολα από τυχαίες μεταβολές. Αντίθετα, οι εκροές ακολουθούν γενικά πτωτική πορεία κατά τη διάρκεια της υποπεριόδου. Είναι η συνολική μεταβολή των εισροών και εκροών η οποία με τη βοήθεια της μελέτης WDEA προκαλεί τη σχετική σταθερότητα των τιμών της αποδοτικότητας.

Από τον πίνακα συντελεστών Pearson, φαίνεται ότι η τεχνική και η αποδοτικότητα κλίμακας συνδέονται ισχυρά με τη μείωση των εκροών, ενώ η καθαρή αποδοτικότητα συνδέεται αρνητικά με τη μείωση αυτή. Αυτές οι συσχετίσεις δεν αποτελούν λόγο για τη μεταβολή της αποδοτικότητας και δεν γίνονται αποδεκτές διότι αφενός οι τιμές της αποδοτικότητας είναι σχεδόν σταθερές και αφετέρου, διότι όπως προαναφέρθη, η μεταβολή της αποδοτικότητας κλίμακας, που προκύπτει από την τοποθέτηση των μικρών νοσοκομείων από άποψη μεγέθους στην κλίμακα ως προς τα υπόλοιπα, είναι αυτή που προκαλεί την αρνητική μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας, δεδομένου ότι η καθαρή αποδοτικότητα παραμένει σταθερή.

Οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου επιδρούν στις εισροές και εκροές και στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων ως εξής :

- Η μείωση εισοδημάτων εργαζομένων περικόπτει τον αριθμό προσωπικού και επιχειρεί την αύξηση της αποδοτικότητας. Αυτή η μείωση όμως δεν αφορά τον αριθμό των νοσηλευτών και αυτό αποτελεί μια ιδιαιτερότητα για τα μικρά νοσοκομεία. Πολλοί νοσηλευτές μετατάσσονται στα μικρά νοσοκομεία αυτήν την υποπερίοδο.
- Η μείωση προσωπικού περικόπτει ευθέως τον αριθμό του προσωπικού και επιχειρεί την αύξηση της αποδοτικότητας. Ισχύει ότι προηγουμένως.
- Η ανακατανομή των κλινών των μικρών νοσοκομείων (412 και 245), μαζί με τη γενικότερη μεταβολή των εισροών και εκροών των μικρών νοσοκομείων σε σχέση με τη συνολική μεταβολή, είναι αυτή που τα τοποθετεί σε καλύτερη θέση στην κλίμακα αυξάνοντας την αποδοτικότητα κλίμακας.
- Η εισαγωγή εισιτηρίου απομάκρυνε τους ασθενείς από τα δημόσια νοσοκομεία και μεταξύ αυτών και από τα μικρά νοσοκομεία. Αυτό το γεγονός συντελεί σε μείωση των τιμών της αποδοτικότητας.



- Η μείωση των παρεχομένων υπηρεσιών προκαλεί επίσης τη μείωση αριθμού των ασθενών που προσέρχονται στα δημόσια νοσοκομεία και προκαλεί μείωση των τιμών της αποδοτικότητας.
- Ο περιορισμός φαρμάκων επηρεάζει και τα μικρά νοσοκομεία προκαλεί φαινόμενα δυσλειτουργίας και μείωση του αριθμού των προσερχόμενων ασθενών.

Οι πολιτικές Παπανδρέου και Παπαδήμου, επηρεάζουν τις εισροές των μικρών νοσοκομείων προς αντίθετες κατευθύνσεις μεταξύ τους και μειώνουν τις εκροές. Όπως προκύπτει από τη WDEA, μειώνουν ελαφρώς της αποδοτικότητα κλίμακας, η οποία μειώνει ελαφρώς την τεχνική αποδοτικότητα, δεδομένου ότι η καθαρή αποδοτικότητα παραμένει σταθερή. Η μείωση αυτή προκαλείται ευθύς αμέσως με την έναρξη της οικονομικής κρίσης και την εφαρμογή των νέων πολιτικών υγείας.

Οι διακυμάνσεις της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των γενικών νοσοκομείων με και χωρίς περιορισμό βαρών, των μεγάλων και μικρών νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου αναλύθηκαν παραπάνω. Σε σύγκριση με τη μεταβολή των τιμών αποδοτικότητας όλης της μελετώμενης περιόδου, οι τιμές αποδοτικότητας της υποπεριόδου αυτής παρουσιάζουν μια μείωση. Η μείωση σταθερότητα των τιμών αυτών κατά την υποπερίοδο, έρχονται σε αντίθεση με την κύρια υπόθεση εργασίας. Η ερμηνεία αυτής της μείωσης για τις τιμές της αποδοτικότητας (χωρίς οικονομικά στοιχεία), ερμηνεύεται από τη μεταβολή των εισροών και εκροών της μελετώμενης υποπεριόδου. Οι εισροές και οι εκροές αυτές παρουσιάζουν μια προοδευτική μείωση συναρτήσει του χρόνου και το μίγμα της μείωσης αυτής υπαγορεύει τη μείωση των τιμών της αποδοτικότητας που διαπιστώνεται από τη μελέτη WDEA. Η επίδραση των πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στην αποδοτικότητα είναι εξαιρετικά περιορισμένη και ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι παρόλο που οι κυβερνήσεις αυτές έχουν λάβει εξαιρετικά αυστηρά μέτρα, τα μέτρα αυτά επιδιώκουν να επιτύχουν λιτότητα και όχι την αύξηση της αποδοτικότητας. Πράγματι, μελετώντας τις πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων αυτών, παρατηρείται ότι τα οικονομικά μέτρα, αλλά και τα διαχειριστικά και τα μέτρα στο πεδίο του φαρμάκου έχουν αποκλειστικά οικονομικό χαρακτήρα. Οι περικοπές προϋπολογισμών, τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια, οι περικοπές μισθολογικών εξόδων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ο περιορισμός κόστους φαρμάκων και μια σειρά από άλλα μέτρα σκοπεύουν πρωτίστως στον περιορισμό του κόστους και εμμέσως στην αύξηση της αποδοτικότητας. Όπως προκύπτει, οι πολιτικές αυτές δεν μπορούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα, δεδομένου ότι εμφανίζεται μείωση των εκροών παράλληλα με τις εισροές, η οποία τελικά, όπως προκύπτει διατηρεί την αποδοτικότητα σε σταθερές τιμές. Στα μοντέλα DEA που χρησιμοποιήθηκαν, ελήφθησαν υπόψη οι συχνότερα

χρησιμοποιούμενες εισροές και εκροές. Σε επόμενο σημείο, στο οποίο αναλύεται το μοντέλο με τις δαπάνες, θα εξεταστεί περαιτέρω η επίδραση των πολιτικών υγείας (με τη χρησιμοποίηση των δαπανών) αυτής της περιόδου στην αποδοτικότητα.

Η χρησιμοποίηση του μοντέλου με τα οικονομικά στοιχεία (model E), προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας και την επίδραση των πολιτικών υγείας των Κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου σε αυτήν. Η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας κατά την υποπερίοδο αυτή φαίνονται στον πίνακα 8.49 και η ποσοστιαία μεταβολή αυτών φαίνεται στην εικόνα 8.34. Οι συνολικές εισροές και εκροές της έρευνας που χρησιμοποιούνται στο model E κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου φαίνονται στον πίνακα 8.50. Η ποσοστιαία μεταβολή των εισροών και εκροών αυτών φαίνεται στον πίνακα 8.51. Η γραφική παράσταση των ποσοστιαίων μεταβολών των εισροών και των εκροών φαίνεται στις εικόνες 60 και 61 αντίστοιχα. Οι συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών-εκροών και της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου φαίνονται στον πίνακα 8.52.

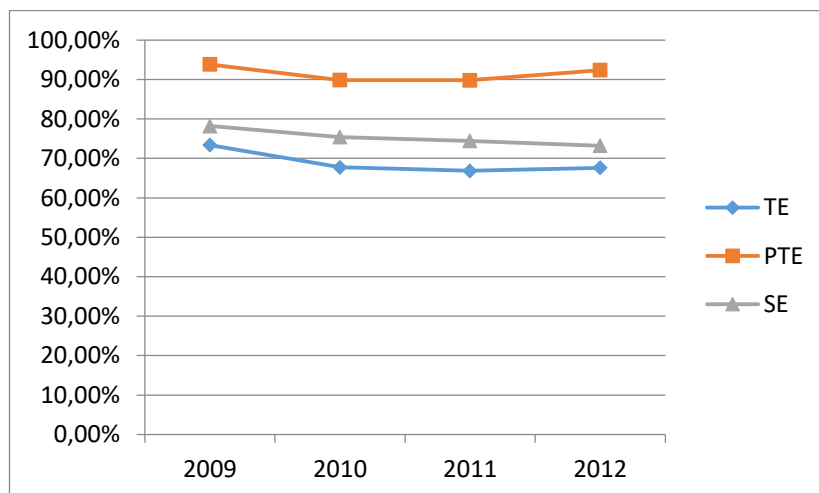
#### **Πίνακας 8.49**

##### **Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου & Παπαδήμου (model E με οικονομικά στοιχεία)**

	2009	2010	2011	2012
TE	73,35%	67,73%	66,85%	67,60%
PTE	93,82%	89,84%	89,82%	92,37%
SE	78,18%	75,39%	74,43%	73,19%

Εικόνα 8.34

Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Παπανδρέου – Παπαδήμου (model E με οικονομικά στοιχεία)



Πίνακας 8.50

Εισροές και εκροές της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΑΠΑΝΕΣ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2009	54.358	27.175	49.133	10.679	2.751.367.808	14.880.686	2.232.043
2010	52.058	26.603	48.592	10.389	2.614.908.343	14.281.766	2.173.958
2011	51.109	26.958	47.883	10.196	2.450.143.543	14.389.010	2.147.275
2012	50.482	26.231	45.116	9.369	2.201.631.814	14.804.782	2.100.613

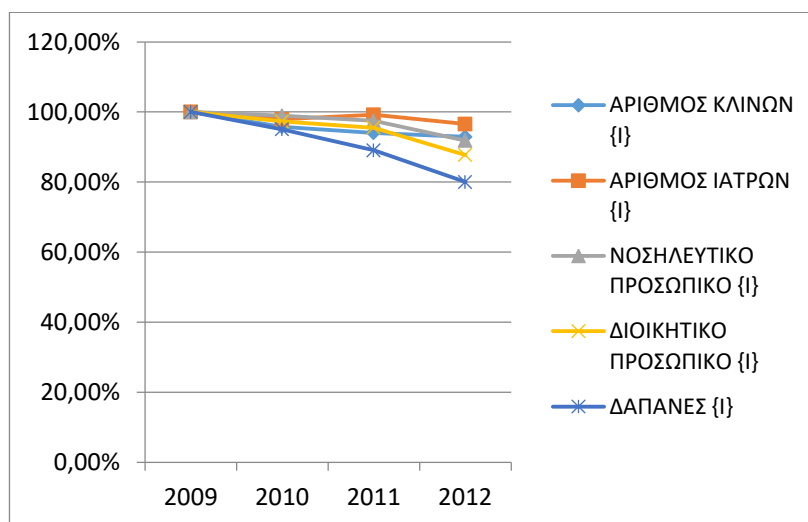
**Πίνακας 8.51**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΑΠΑΝΕΣ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘ ΟΝΤΕΣ {ON}
2009	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2010	95,77%	97,90%	98,90%	97,28%	95,04%	95,98%	97,40%
2011	94,02%	99,20%	97,46%	95,48%	89,05%	96,70%	96,20%
2012	92,87%	96,53%	91,82%	87,73%	80,02%	99,49%	94,11%

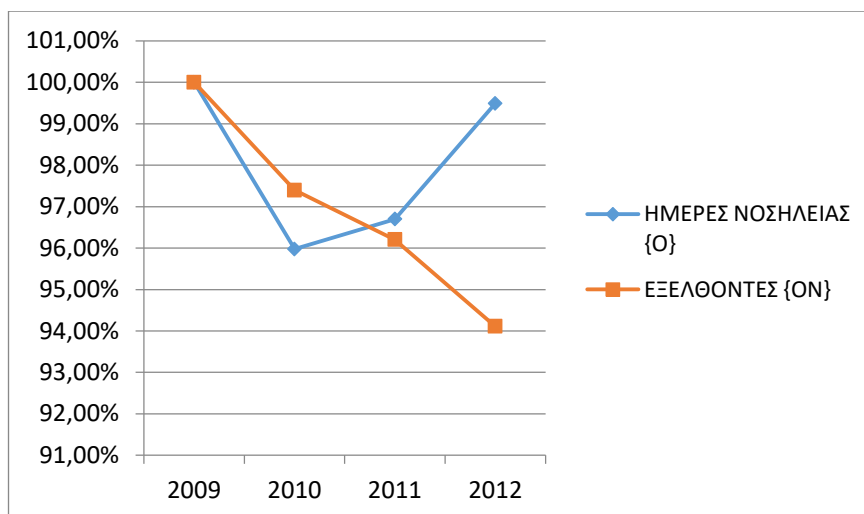
**Εικόνα 8.35**

**Ποσοστιαία μεταβολή των εισροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου**



**Εικόνα 8.36**

**Ποσοστιαία μεταβολή των εκροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου**



**Πίνακας 8.52**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου**

Κυβερνήσεις Παπανδρέου & Παπαδήμου	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΑΠΑΝΕΣ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
PEARSON TE	92,91%	61,93%	51,71%	59,13%	69,19%	66,60%	82,51%
PEARSON PTE	55,21%	16,36%	-6,84%	2,11%	15,66%	96,67%	35,12%
PEARSON SE	99,60%	80,58%	83,60%	88,06%	93,46%	28,01%	98,84%

Όπως διαπιστώθηκε, κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου, οι τιμές της αποδοτικότητας (σύμφωνα με το model E με τα οικονομικά στοιχεία) μεταβάλλονται ως εξής : η τεχνική αποδοτικότητα μειώνεται το έτος 2010 και στη συνέχεια διατηρείται σταθερή, η καθαρή αποδοτικότητα μειώνεται το έτος 2010 και ανακάμπτει κατά μεγάλο βαθμό το 2012 και η αποδοτικότητα κλίμακας μειώνεται το 2010 και ακολουθεί μια ελαφρώς φθίνουσα πορεία από εκεί και μετά.

Οι κυβερνήσεις Παπανδρέου και Παπαδήμου μειώνουν όλες τις εκροές και τις εκροές που συμμετέχουν στη μελέτη. Τόσο ο αριθμός των κλινών, όσο και το προσωπικό αλλά και οι δαπάνες (όλες οι εισροές) ακολουθούν μια συνεχή καθοδική πορεία που δεν ανακόπτεται σε κανένα έτος της υποπεριόδου. Αυτή η μείωση των εισροών, με ποσοστό από 4,5% για το ιατρικό προσωπικό, έως και 20% για τις δαπάνες των νοσοκομείων, είναι αυτή που επιχειρεί να αυξήσει την αποδοτικότητα. Η επίδραση των πολιτικών υγείας σε αυτήν τη μείωση των εισροών θα εξεταστεί αμέσως μετά. Όμως, η αποδοτικότητα αντί να αυξηθεί αρχικά μειώνεται. Η ερμηνεία του γεγονότος αυτού, αποδίδεται στην μείωση των εκροών. Πράγματι, οι εκροές μειώνονται κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου και αυτό προκαλεί τη σταθερότητα (γενικά) των τιμών της αποδοτικότητας. Κατά το τελευταίο έτος όμως, εμφανίζεται μια ανάκαμψη της ημερών νοσηλείας, γεγονός που προκαλεί και την ανάκαμψη της καθαρής αποδοτικότητας. Ο παράγοντας που επιδρά καθοριστικά στην ανάκαμψη της καθαρής αποδοτικότητας είναι αυτή ακριβώς η αύξηση του αριθμού των ημερών νοσηλείας. Η αιτία της αύξησης αυτής αναλύεται στην παράγραφο των πολιτικών υγείας.

Από τους συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση της τεχνικής αποδοτικότητας με τις εισροές και τις εκροές, δεν διαπιστώνεται καμία σημαντική συσχέτιση, πλην αυτή με τη μεταβολή των κλινών. Ωστόσο, και η συσχέτιση αυτή, αν και αριθμητικά υψηλή, φαίνεται πως είναι τυχαία, δεδομένου ότι η φύση της μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας (μικρή μείωση και μετά σταθερότητα), θα συσχετιζόταν ουσιαστικά με μια όμοιας τιμής αλλά αντίθετου προσήμου μεταβολή των κλινών. Η καθαρή αποδοτικότητα σχετίζεται σε πολύ υψηλό ποσοστό με τις ημέρες νοσηλείας και αυτό δηλώνει πράγματι μια ισχυρή γραμμική συσχέτιση, διότι η μεταβολή αυτή των ημερών νοσηλείας (η οποία αναλύεται παρακάτω) είναι αυτή που προκαλεί την ανάκαμψη της καθαρής αποδοτικότητας, αλλιώς η καθαρή αποδοτικότητα θα ακολουθούσε πτωτική πορεία.

Οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου επιδρούν στις εισροές και στις εκροές και μέσω αυτών, επιδρούν τελικά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων αυτών επιδρούν στην αποδοτικότητα ως εξής:

- Η πολιτική αλλαγής με βάση την αξία που υλοποιείται με τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων, με τις ενοποιήσεις νοσοκομείων υπο κοινή διοίκηση, την συγχώνευση ομοειδών υπηρεσιών υγείας και την λειτουργία μονάδων βάση χάρτη υπηρεσιών, μείωσαν τον αριθμό των κλινών και με αυτόν τον τρόπο συνέβαλλαν στη μείωση των εισροών.
- Η πολιτική μείωσης προσωπικού, η οποία υλοποιείται με τις αποχωρήσεις προσωπικού, είτε με εθελουσία έξοδο, είτε με πρόωρη συνταξιοδότηση είτε με ελάτωση συμβασιούχων,

αποτυπώνεται στη μείωση του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού, ενώ ο αριθμός των ιατρών, μετά από μια πρώτη μείωση ακολουθεί μια μικρή αυξομείωση.

- Οι πολιτικές λιτότητας υγείας, οι περικοπές στους προϋπολογισμούς, οι περικοπές στα κεφάλαια κοινωνικής ασφάλισης, οι μισθολογικές περικοπές η εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων, το παρατηρητήριο τιμών, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η μείωση κόστους φαρμάκου οδηγούν στη μείωση των δαπανών στα νοσοκομεία. Οι πολιτικές αυτές αποτελούν και τον κύριο όγκο των εφαρμοσθεισών πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στα νοσοκομεία. Αυτή η μείωση επιχειρεί να περιορίσει το κόστος και εφόσον τα υπόλοιπα στοιχεία παραμείνουν σταθερά, να αυξήσει την αποδοτικότητα, δεδομένου ότι οι δαπάνες αποτελούν μια εισροή.
- Ως προς τη μεταβολή των συνολικών εκροών και την επίδραση τους στην αποδοτικότητα, ο αριθμός των εξαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία μειώνεται συγκρατημένα. Ο αριθμός των εξαγωγών εξαρτάται από τον αριθμό των εισαγωγών. Η μείωση των υπηρεσιών της κυβέρνησης Παπανδρέου και η περαιτέρω μείωση κάλυψης υπηρεσιών της κυβέρνησης Παπαδήμου, πέραν της επιχειρούμενης εξοικονόμησης χρημάτων είχαν ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα : την φυγή ληπτών υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία πριν την έναρξη της κρίσης χαρακτηρίζονταν από την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών με αποτέλεσμα να προσελκύουν μεγάλο αριθμό ασθενών και να πραγματοποιούν πολύ υψηλό ποσοστό (84%) των συνολικών εισαγωγών. Η μείωση των εισερχομένων ασθενών επιδρά αρνητικά στη μεταβολή της αποδοτικότητας.
- Η πολιτική συγχωνεύσεων επίσης προκαλεί τη μεταβολή των ημερών νοσηλείας και την αύξηση της αποδοτικότητας. Αυτό παρατηρείται στην παρούσα μελέτη, στην οποία συμμετέχει το σύνολο των νοσοκομείων και αφορά τη συμμετοχή των ειδικών νοσοκομείων στη μελέτη. Αυτό το γεγονός συμβαίνει ως εξής : οι ημέρες νοσηλείας ενώ ακολουθούν πτωτική πορεία αυξάνονται κατά το έτος 2012. Η αύξηση των ημερών νοσηλείας αντιστοιχεί σε αύξηση του παραγόμενου έργου. Το πιο σημαντικό είναι ότι η αύξηση των ημερών νοσηλείας πραγματοποιείται με ταυτόχρονη μείωση του αριθμού των εξαγωγών, γεγονός που σημαίνει ότι σε λιγότερα περιστατικά νοσηλείας αντιστοιχεί μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας. Η διερεύνηση του γεγονότος αυτού δείχνει ότι η αύξηση των ημερών νοσηλείας κατά το 2012 (η οποία ξεκίνησε από το 2011), εντοπίζεται σε δύο μόνο υγειονομικές περιφέρειες και περισσότερο στην 5<sup>η</sup> ΥΠΕ (αύξηση κατά 400.000 ημέρες νοσηλείας περίπου) και στη 2<sup>η</sup> ΥΠΕ (κατά 300.000 ημέρες νοσηλείας περίπου). Ενδεικτικά, στην 5<sup>η</sup> ΥΠΕ, ορισμένα ειδικά νοσοκομεία (471 και 475) εμφανίζουν μεγάλη αύξηση των ημερών νοσηλείας τους. Η

αύξηση των ημερών νοσηλείας τους εμφανίζεται με ταυτόχρονη αύξηση του αριθμού των εισερχομένων ασθενών που αντιστρέφει την έως τότε πορεία τους. Η αύξηση όμως των εισερχομένων ασθενών δεν γίνεται αντιληπτή από τη μέθοδο όσον αφορά το σύνολο των εισερχομένων ασθενών (εξεληθόντων), διότι οι συνολικές εισαγωγές βαίνουν ταχέως μειούμενες και ως εκ τούτου, η αύξηση ορισμένων νοσοκομείων ενσωματώνεται στη γενικότερη μείωση του συνόλου των νοσοκομείων και δεν γίνεται αντιληπτή στα αποτελέσματα. Η αύξηση αυτή ορισμένων ειδικών νοσοκομείων, είναι αποτέλεσμα των συγχωνεύσεων που συμβαίνουν κατά την περίοδο αυτή. Ενδεικτικά, στη Θεσσαλία μόνο εμφανίζονται στα δεδομένα 4 νοσοκομεία λιγότερα το έτος 2012 έναντι του έτους 2011, παρόλα αυτά όμως ο αριθμός των ημερών νοσηλείας εμφανίζει αύξηση κατά 400.000 περίπου. Η πολιτική συγχωνεύσεων που ακολουθήθηκε, προκάλεσε το κλείσιμο ορισμένων νοσοκομείων και την υπερφόρτωση άλλων, προκαλώντας μια μεταβατική περίοδο στην οποία ο αριθμός των ημερών νοσηλείας αυξάνεται. Επομένως, η πολιτική συγχωνεύσεων προκαλεί την πρόσκαιρη αύξηση του αριθμού των ημερών νοσηλείας αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό την καθαρή αποδοτικότητα.

- Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων έχουν επίδραση και στην αποδοτικότητα κλίμακας. Η αποδοτικότητα κλίμακας μειώνεται μετά το 2010. Η μείωση αυτή οφείλεται στην μη επιτυχή αναδιανομή των κλινών που πραγματοποιείται μετά το 2010 και στην πολιτική συγχωνεύσεων των νοσοκομείων, γεγονότα που οδηγούν την αποδοτικότητα κλίμακας σε μικρή μείωση. Η γενικότερη μείωση του μεγέθους των νοσοκομείων δεν κατορθώνει να τα τοποθετήσει σε καλύτερο σημείο στην κλίμακα. Η μείωση αυτή της τεχνικής αποδοτικότητας είναι αυτή η οποία, μαζί με τη διακύμανση της καθαρής αποδοτικότητας διατηρεί την τεχνική αποδοτικότητα σε σταθερά επίπεδα μετά το έτος 2010.

Επί της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου, οι πολιτικές υγείας δεν πετυχαίνουν την αύξηση της αποδοτικότητας. Η τεχνική αποδοτικότητα μετά από μια αρχική μείωση διατηρείται σταθερή, η καθαρή αποδοτικότητα αρχικά μειώνεται αλλά μετά ανακάμπτει, ενώ η αποδοτικότητα κλίμακας μειώνεται αρχικά και στη συνέχεια μειώνεται ελαφρώς. Οι πολιτικές λιτότητας και μείωσης προσωπικού πετυχαίνουν την μείωση των εισροών, αλλά υπάρχει και μια αντίστοιχη μείωση των εκροών. Μόνο μια άνοδος του αριθμού των ημερών νοσηλείας επιδρά στην ανάκαμψη της καθαρής αποδοτικότητας. Από τη μελέτη με τα οικονομικά στοιχεία (τα οποία δίνουν τη δυνατότητα να εκτιμηθεί η επίδραση της λιτότητας στην αποδοτικότητα) προκύπτουν τα εξής : Κατά την διακυβέρνηση Παπανδρέου και Παπαδήμου προκύπτει μια συνεχιζόμενη μείωση στις συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων. Η μείωση αυτή ανέρχεται σε 136.459.464 Ευρώ (ποσοστό 4,96%,



έναντι του συνόλου των δαπανών σε σχέση με το προηγούμενο έτος) κατά το 2010, σε 164.764.799 Ευρώ (ποσοστό 6,30%) κατά το 2011 και σε 248.511.728 Ευρώ (ποσοστό 10,14%) κατά το 2012. Διαπιστώνεται ότι η μείωση αυτή ακολουθεί έναν αυξανόμενο ρυθμό. Η μείωση αυτή αποτελεί προϊόν της εφαρμογής πολιτικών λιτότητας (που στοχεύουν στη συγκράτηση του κόστους) στα δημόσια νοσοκομεία, δεδομένου ότι κατά την περίοδο πριν την οικονομική κρίση οι δαπάνες των δημοσίων νοσοκομείων είχαν εκτιναχθεί στα ύψη, ακολουθώντας την μεγάλη αύξηση των δαπανών του τομέα υγείας. Η εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας ήταν ένα ζήτημα που απασχολούσε επί ένα πολύ μεγάλο διάστημα τους μελετητές του Ελληνικού τομέα υγείας. Η κυβέρνηση Παπανδρέου, μετά την υπογραφή του μνημονίου και τις διαρκείς πιέσεις από τους δανειστές, προχώρησε στην εφαρμογή πολιτικών αυστηρής λιτότητας, με τη λήψη αυστηρών μέτρων προκειμένου να ελατώσει το κόστος. Οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν και μείωσαν το κόστος ήταν η μείωση των προϋπολογισμών δημόσιας υγείας, η μείωση δαπανών μέσω της πληρωμής αποζημιώσεων με βάση την ασθένεια, οι πολιτικές μείωσης των τιμών προμηθειών, οι αλλαγές με βάση την αξία μέσω των συγχωνεύσεων, η μείωση κάλυψης υπηρεσιών (μέσω ηλεκτρονικής συνταγογράφησης) και ο περιορισμός κόστους φαρμάκου. Οι πολιτικές αυτές συνεχίστηκαν κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπαδήμου και επεκτάθηκαν με την πολιτική ανασχεδίασης της αποζημίωσης και την πολιτική εκσυγχρονισμού λογιστικών συστημάτων. Οι πολιτικές αυτές που εφαρμόστηκαν από τις κυβερνήσεις Παπανδρέου και Παπαδήμου οδήγησαν στον περιορισμό του κόστους και στην περικοπή των δαπανών των νοσοκομείων. Η μείωση των δαπανών αποτελεί έναν παράγοντα που συντελεί σε ενδεχόμενη αύξηση της αποδοτικότητας μέσω της μείωσης των απαιτούμενων εισροών. Όμως, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, καμία τιμή της αποδοτικότητας δεν αυξάνεται κατά τη διάρκεια της μελετώμενης υποπεριόδου. Οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων αυτών είναι προσανατολισμένες περισσότερο στην μείωση του κόστους, γεγονός που αποτυπώνεται στην συνεχή μείωση των δαπανών των νοσοκομείων και από αυτή την άποψη εκπληρώνουν το σκοπό τους. Όμως, ως προς τη μεταβολή της αποδοτικότητας, η τεχνική αποδοτικότητα μειώνεται αρχικά και στη συνέχεια παραμένει σταθερή και αυτό είναι ένα αποτέλεσμα της μείωσης των εκροών και ειδικά της απομάκρυνσης των ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία. Επομένως, οι πολιτικές υγείας φαίνονται να επιδρούν σημαντικά στη μείωση του κόστους των νοσοκομείων αλλά όχι σε θετική μεταβολή της αποδοτικότητας.

### *8.2.3 Πολιτικές υγείας Σαμαρά και μελέτη αποδοτικότητας νοσοκομείων*

Επί κυβερνήσεως Σαμαρά, οι πολιτικές της κυβέρνησης αυτής έχουν επίδραση στη μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας. Στον πίνακα 8.53 παρατίθεται η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και

της αποδοτικότητας κλίμακας των γενικών νοσοκομείων και στην εικόνα 8.37 η γραφική μεταβολή των τιμών αυτών. Στον πίνακα 8.54 παρατίθενται οι τιμές των εισροών και των εκροών των γενικών νοσοκομείων και στον πίνακα 8.55 η ποσοστιαία μεταβολή αυτών. Στις εικόνες 63 και 64 οι γραφικές μεταβολές των εισροών και εκροών αυτών αντίστοιχα. Στον πίνακα 8.56 φαίνονται οι συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τη μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (σύμφωνα με τα αποτελέσματα του model A).

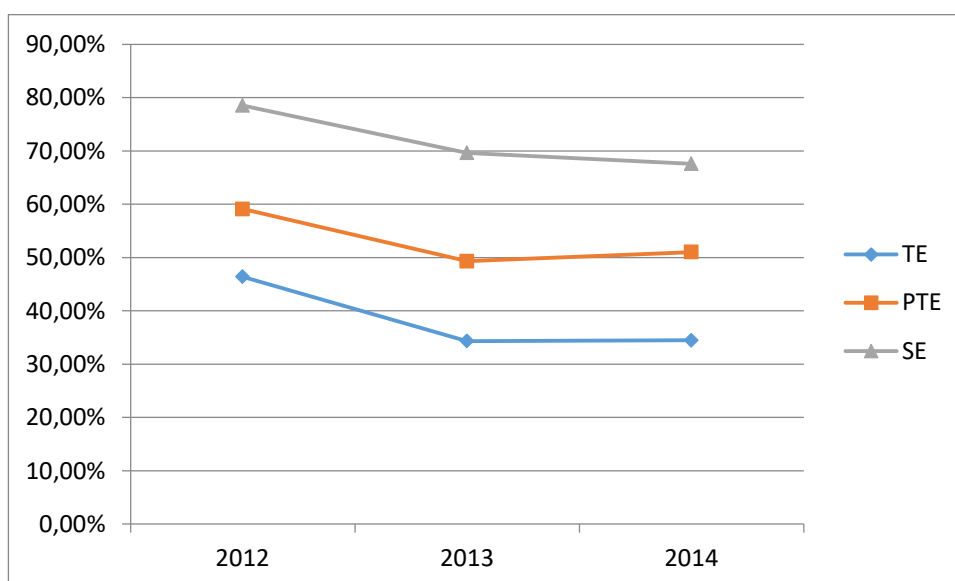
**Πίνακας 8.53**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**

Σαμαράς	2012	2013	2014
TE	46,38%	34,32%	34,48%
PTE	59,09%	49,29%	51,02%
SE	78,50%	69,63%	67,57%

**Εικόνα 8.37**

**Γραφική μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**



**Πίνακας 8.54****Μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

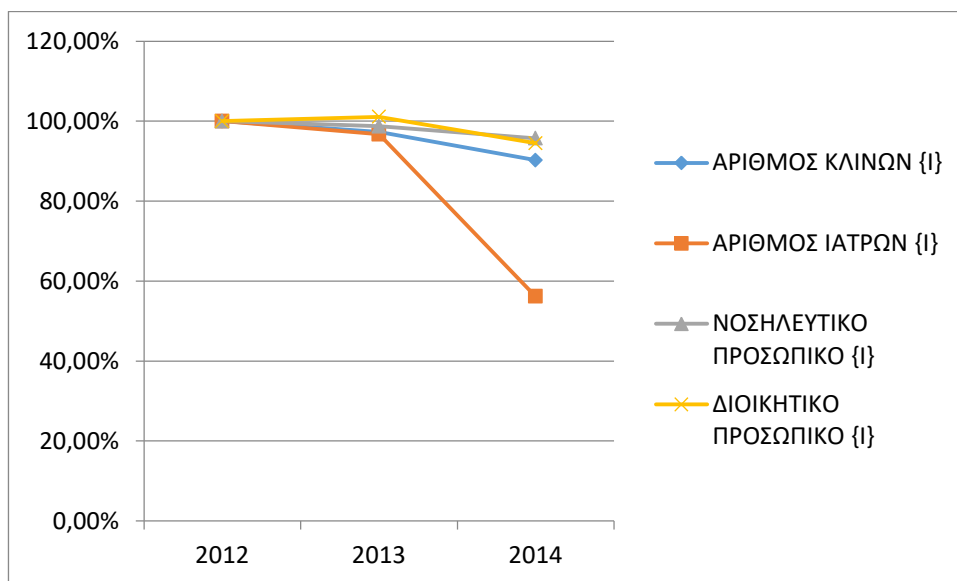
	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	34433	20163	34864	7129	8674582	1680215
2013	33509	19504	34413	7206	7123841	1261170
2014	31075	11321	33370	6735	6659971	1211824

**Πίνακας 8.55****Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2013	97,29%	96,73%	98,71%	101,08%	82,12%	75,06%
2014	90,25%	56,15%	95,71%	94,47%	76,78%	72,12%

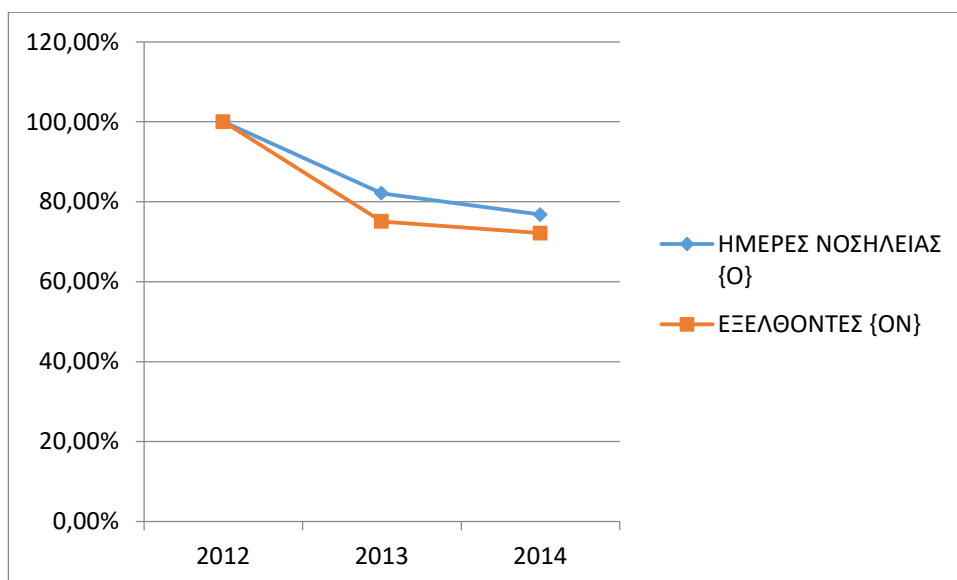
**Εικόνα 8.38**

**Επί τοις εκατό μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά**



**Εικόνα 8.39**

**Επί τοις εκατό ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά**



**Πίνακας 8.56**

**Συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τη μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

Pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	70,69%	54,75%	72,50%	35,17%	97,30%	99,43%
PTE	58,91%	41,16%	60,99%	20,29%	92,57%	96,58%
SE	82,74%	69,52%	84,17%	52,16%	99,91%	99,66%

Από την εφαρμογή του model A με περιορισμό βαρών διαπιστώνεται η εξής εικόνα για τις τιμές της αποδοτικότητας : η τεχνική αποδοτικότητα μειώνεται και στη συνέχεια παραμένει σταθερή, η καθαρή αποδοτικότητα μειώνεται και κατά το έτος 2014 αυξάνεται. Η αποδοτικότητα κλίμακας μειώνεται και κατά το έτος 2014 αυξάνεται λίγο. Το 2013 είναι το έτος στο οποίο οι τιμές της αποδοτικότητας εμφανίζουν πτώση. Κατά το έτος 2014 οι τιμές αυτές εμφανίζουν μια σταθερότητα σε σχέση με το προηγούμενο έτος (ή πολύ μικρή μεταβολή).

Οι εισροές (πλην του αριθμού των ιατρών) εμφανίζουν μια μικρή μείωση κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά. Ο αριθμός των ιατρών εμφανίζει μια πολύ μεγαλύτερη μείωση από τις υπόλοιπες εισροές. Η μείωση του αριθμού των ιατρών αντιπροσωπεύει τη φυγή των ιατρών από τα δημόσια νοσοκομεία που πραγματοποιείται κατά το 2014. Η μείωση αυτή των εισροών επιχειρεί να αυξήσει την αποδοτικότητα, χωρίς όμως να το καταφέρνει, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της μελέτης WDEA. Η αιτία για την οποία συμβαίνει αυτό είναι η μείωση των εκροών. Τόσο ο αριθμός ημερών νοσηλείας όσο και ο αριθμός των εξερχομένων ασθενών μειώνεται, γεγονός που αντισταθμίζει και υπερκερνά την μείωση των εισροών, όπως προκύπτει από τη μελέτη WDEA.

Από τους συντελεστές Pearson, προκύπτει μια μεγάλη συσχέτιση της μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας με τις εκροές (σχεδόν απόλυτη με τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών). Η συσχέτιση αυτή εμφανίζει τη σχέση μεταξύ της μεταβολής των εκροών με την τεχνική αποδοτικότητα, δεδομένου ότι η μεταβολή των εκροών είναι η αιτία της μεταβολής της τεχνικής αποδοτικότητας. Η μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας σχετίζεται πάρα πολύ με τις δύο εκροές και αυτό δείχνει ότι η μεταβολή των εκροών είναι και αιτία της μεταβολής της καθαρής αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα κλίμακας του συνόλου των νοσοκομείων σχετίζεται σχεδόν

απόλυτα με τη μεταβολή των εκροών. Η μεταβολή των εκροών είναι η αιτία της μεταβολής της αποδοτικότητας κλίμακας.

Η εικόνα που δίδεται από τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας είναι ότι οι πολιτικές υγείας της Κυβέρνησης Σαμαρά μειώνουν αρχικά τις τιμές της αποδοτικότητας και στη συνέχεια τις διατηρούν σταθερές. Η επίδραση των πολιτικών υγείας στη μεταβολή των εισροών και των εκροών και κατά συνέπεια στη μεταβολή της αποδοτικότητας έχουν ως εξής :

- Οι συγχωνεύσεις μονάδων υγείας, οι οποίες θα αύξαναν την αποδοτικότητα, νομοθετούνται αλλά εφαρμόζονται κατά ένα μέρος. Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων, πέρα από τη μείωση του αριθμού των προσερχομένων ασθενών, έχουν επίδραση στην ανακατανομή των κλινών. Η ανακατανομή των κλινών και η αλλαγή του μεγέθους των νοσοκομείων τοποθετούν τα νοσοκομεία σε διαφορετικές θέσεις από πλευράς αποδοτικότητας κλίμακας, μειώνοντας το μέγεθος αυτό, όπως προκύπτει από τη WDEA.
- Η πολιτική περιορισμού της πρόσβασης σε ευπαθείς ομάδες προκάλεσε τη μειωμένη προσέλευση ληπτών υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία. Η μείωση της προσέλευσης σε αυτά που προκλήθηκε από την πολιτική περιορισμού της πρόσβασης σε συνδυασμό με την θέσπιση εισιτηρίων για την προσέλευση στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά και μια έλλειψη φαρμάκων και άλλων υλικών, είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση των εισαγωγών και επομένως των εξελθόντων ασθενών, που αποτελεί μια σημαντική εκροή. Αυτό το γεγονός αποτυπώνεται στην πτώση των τιμών της καθαρής, τεχνικής και αποδοτικότητας κλίμακας.
- Η κυβέρνηση Σαμαρά νομοθέτησε κίνητρα για την αντιμετώπιση της έλλειψης φαρμάκων, ωστόσο μια τέτοια προσπάθεια αποδίδει σχετικά με την αποκατάσταση της φήμης των δημοσίων νοσοκομείων και τη μερική επαναπροσέλκυση ληπτών υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία τουλάχιστον από το επόμενο έτος και μετά, γεγονός που συνέβαλλε και στη μερική ανάκαμψη της αποδοτικότητας.
- Η κυβέρνηση επιχείρησε τη χρήση κουπονιών για τους ανασφάλιστους, ώστε να παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας σε ανασφάλιστους. Με τον τρόπο αυτό θα αυξάνονταν και οι εκροές ασθενών. Όμως το μέτρο απέτυχε και εγκαταλείφθηκε, οπότε δεν είχε επίδραση στην αποδοτικότητα.
- Η μείωση παροχής υπηρεσιών υγείας, που συνέβη με τη συγχώνευση υπηρεσιών υγείας και την παραχώρηση κλινών και υπηρεσιών σε ιδιώτες, προκάλεσε τη μείωση του αριθμού των προσερχόμενων ασθενών και τη μείωση των εξελθόντων ασθενών, επομένως επέδρασε αρνητικά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας.

- Μια γενικευμένη κοινωνική αναταραχή που δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά ως αντίδραση στις πολιτικές υγείας λιτότητας τις οποίες επιχείρησε η κυβέρνηση αυτή, παρακώλυσε την αποδοτική λειτουργία διαφόρων δομών μεταξύ των οποίων και τα νοσοκομεία. Εκτεταμένες απεργίες και στάσεις εργασίας στα νοσοκομεία και στις μονάδες υγείας γενικότερα, δημιούργησαν σοβαρές δυσλειτουργίες στη λειτουργία των μονάδων αυτών. Η δυσλειτουργία αυτή αντικατοπτρίζεται στην μείωση του αριθμού των προσερχομένων ασθενών και στη μείωση των ημερών νοσηλείας. Επομένως η δυσλειτουργία που προκάλεσαν οι εκτεταμένες πολιτικές λιτότητας συνέβαλε αρνητικά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας.
- Η πολιτική ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα, με τη σύναψη συμβάσεων με ιδιώτες ασφαλιστές και τα κίνητρα επέκτασης του ιδιωτικού τομέα, οδήγησαν στην απομάκρυνση ενός μέρους του πληθυσμού από τα δημόσια νοσοκομεία. Ενώ προηγουμένως, κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, μεγάλο μέρος του πληθυσμού είχε προσέλθει στα δημόσια νοσοκομεία για να αποφύγει το αυξημένο κόστος του ιδιωτικού τομέα, κατά την υποπερίοδο αυτή παρατηρείται το αντίστροφο φαινόμενο. Η πολιτική αυτή συμβάλει στη μείωση της αποδοτικότητας.
- Η αλλαγή μίγματος υπηρεσιών και η λειτουργία της ΠΦΥ ως φίλτρο, επιτρέπει σε ορισμένους μόνο ασθενείς να κατευθύνονται προς το δημόσιο νοσοκομείο μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τις εκροές και την αποδοτικότητα. Η λειτουργία της ΠΦΥ ως φίλτρο εφαρμόζεται μόνο εν μέρει, ωστόσο και αυτή η περιορισμένη λειτουργία της συμβάλει στο φαινόμενο αυτό. Η πολιτική αυτή επιχειρεί να περιορίσει τις εκροές των νοσοκομείων ανάλογα με τις μειωμένες εισροές και τις μειώσεις στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία.

Η μείωση των τιμών της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας κατά την υποπερίοδο δεν οφείλονται στις εισροές, δεδομένου ότι οι εισροές δηλαδή οι κλίνες και ο αριθμός προσωπικού μειώνονται σε μια προσπάθεια ελάττωσης των απαιτούμενων πόρων. Αντίθετα, οφείλονται στη μείωση των εκροών των μονάδων, οι οποίες μειώνονται κατά πολύ, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν. Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά επιδρούν κυρίως στις εκροές των νοσοκομείων. Οι μειώσεις των υπηρεσιών υγείας με την εφαρμογή των πολιτικών συγχωνεύσεων και τις πολιτικές μειώσεων παροχής υπηρεσιών, ελατώνουν τον αριθμό των ασθενών που προσέρχονται στα δημόσια νοσοκομεία. Οι πολιτικές Σαμαρά επιδρούν και στη μείωση των εισροών, όμως αυτή δεν μπορεί να αντισταθμίσει την πολύ μεγαλύτερη μείωση των εκροών, με αποτέλεσμα τη μείωση των τιμών της αποδοτικότητας κατά το πρώτο έτος διακυβέρνησης. Στη

συνέχεια, οι τιμές της αποδοτικότητας σταθεροποιούνται, κυρίως λόγω του κύματος φυγής των ιατρών από τα δημόσια νοσοκομεία και τη σταθεροποίηση της μείωσης των εκροών.

Η εφαρμογή του μοντέλου χωρίς περιορισμό βαρών, επίσης δίνει αποτελέσματα για τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Η μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών είναι συμπληρωματική αυτής με τον περιορισμό βαρών και σκοπεύει να καταδείξει τις τιμές της αποδοτικότητας ελεύθερες από περιορισμούς, ώστε να είναι συγκρίσιμες με μελλοντικές έρευνες. Επίσης, χρησιμεύει μέσω της σύγκρισης, στη μελέτη της σημαντικότητας των εισροών και εκροών και την επίδραση των πολιτικών υγείας σε αυτή. Στον πίνακα 8.57 φαίνεται η μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά χωρίς περιορισμό βαρών, ενώ στον πίνακα 8.58 φαίνονται οι συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των μεταβολών των τιμών της αποδοτικότητας με τις εισροές και εκροές. Οι εκροές και εκροές των γενικών νοσοκομείων για την περίοδο αυτή και οι γραφικές παραστάσεις αυτών έχουν ήδη παρατεθεί και δεν επαναλαμβάνονται.

**Πίνακας 8.57**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A χωρίς περιορισμό βαρών)**

	2012	2013	2014
TE	60,16%	48,68%	50,78%
PTE	69,92%	58,34%	61,26%
SE	86,04%	83,45%	82,89%



**Πίνακας 8.58**

**Συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση της αποδοτικότητας με τη μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A χωρίς περιορισμό βαρών)**

pearson	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	58,44%	40,64%	60,43%	19,73%	92,36%	96,43%
PTE	52,40%	33,90%	54,49%	12,57%	89,34%	94,25%
SE	82,13%	68,76%	83,52%	51,27%	99,86%	99,74%

Η τεχνική αποδοτικότητα και η αποδοτικότητα κλίμακας των γενικών νοσοκομείων, όπως φαίνεται από τη μελέτη χωρίς τον περιορισμό βαρών, παρουσιάζουν μείωση και ανάκαμψη κατά την υποπερίοδο της διακυβέρνησης Σαμαρά. Η καθαρή αποδοτικότητα παρουσιάζει σταθερότητα. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με αυτά τη μελέτη με τον περιορισμό βαρών. Η μελέτη χωρίς περιορισμό βαρών μειώνει τις τιμές της αποδοτικότητας, αλλά χρησιμεύει για την σύγκριση με παρόμοια μελέτη στο μέλλον. Ο περιορισμός βαρών όμως, στη συγκεκριμένη περίπτωση, με την απόδοση αυξημένης σημασίας στον αριθμό των ιατρών έναντι των διοικητικών και των νοσηλευτών (και επομένως των ιατρών) έναντι του διοικητικού προσωπικού, που συμφωνεί με την εργασιακή κουλτούρα των νοσοκομείων, υπολογίζει λύσεις οι οποίες είναι πιο ρεαλιστικές. Αυτό γίνεται, διότι ο περιορισμός βαρών, δεν επιτρέπει λύσεις οι οποίες θα είναι αποδεκτές μαθηματικά, αλλά θα απέχουν από την ορθολογική λειτουργία των νοσοκομείων. Η μεγάλη σημασία του περιορισμού βαρών καταδεικνύεται στη παρούσα διαφορά μεταξύ των μελετών με και χωρίς περιορισμό βαρών.

Οι πολιτικές υγείας στην περίπτωση της μελέτης χωρίς περιορισμό βαρών επιδρούν με τον ίδιο ακριβώς τρόπο σε αυτήν με περιορισμό βαρών. Και στις δύο περιπτώσεις, ορισμένες πολιτικές επιχειρούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα ενώ άλλες επιχειρούν τη μείωση της και την επίτευξη άλλων σκοπών. Η διαφορά μεταξύ των δύο μελετών, δεν είναι στην επίδραση των πολιτικών υγείας, αλλά στη σημαντικότητα που δίνεται στις εκροές και στις εισροές από καθεμία από τις δύο μελέτες, που επιδρά διαφορετικά στο μετρήσιμο αποτέλεσμα της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας.

Από τους συντελεστές Pearson προκύπτει η συσχέτιση των τιμών της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας με τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών και τον αριθμό των ημερών νοσηλείας. Οι μεταβολές των τιμών των εκροών είναι αυτές που συσχετίζονται γραμμικά και

επηρεάζουν τις μεταβολές όλων των τιμών της αποδοτικότητας. Η μεγάλη μεταβολή των τιμών των εκροών είναι κομβικής σημασίας για τη μεταβολή της αποδοτικότητας.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά. Στον πίνακα 8.59 φαίνεται η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά, όπως προκύπτουν από την εφαρμογή του model A με περιορισμό βαρών και στην εικόνα 8.40 φαίνεται η γραφική παράσταση της μεταβολής των μεγεθών αυτών. Στους πίνακες 8.60 και 8.61 φαίνονται οι μεταβολές των εισροών και των εκροών των μεγάλων νοσοκομείων και η ποσοστιαία μεταβολή αυτών κατά την υποπερίοδο αυτή και στις εικόνες 66 και 67 οι γραφικές μεταβολές των μεγεθών αυτών. Στον πίνακα 8.62 φαίνονται οι συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τις μεταβολές των εισροών και εκροών.

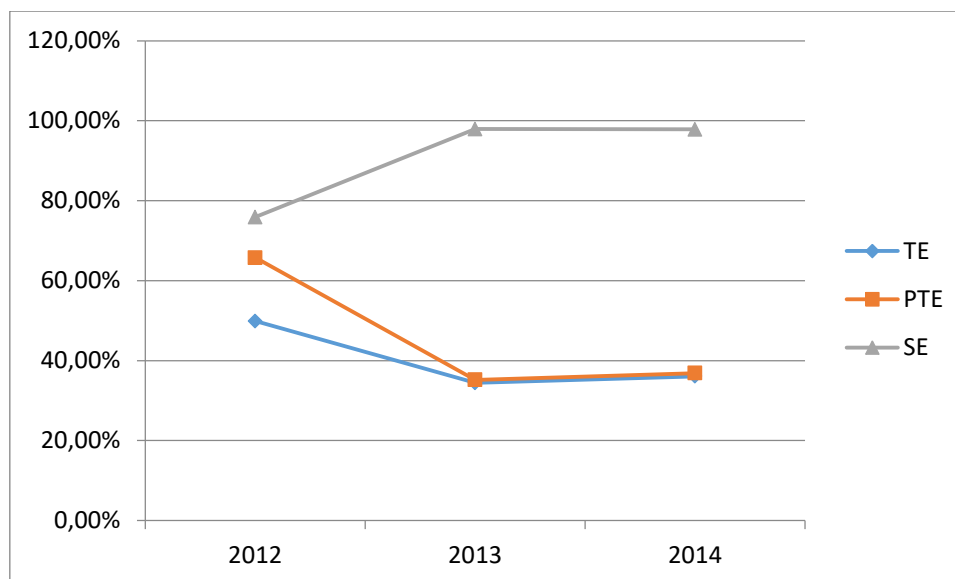
**Πίνακας 8.59**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**

big DMUs	2012	2013	2014
TE	49,89%	34,44%	36,06%
PTE	65,73%	35,18%	36,85%
SE	75,90%	97,91%	97,85%

**Εικόνα 8.40**

**Γραφική μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**



**Πίνακας 8.60**

**Μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	4235	2818	4230	634	1264072	189448
2013	3950	2300	4212	600	922826	134027
2014	3738	1330	3978	553	909823	134379

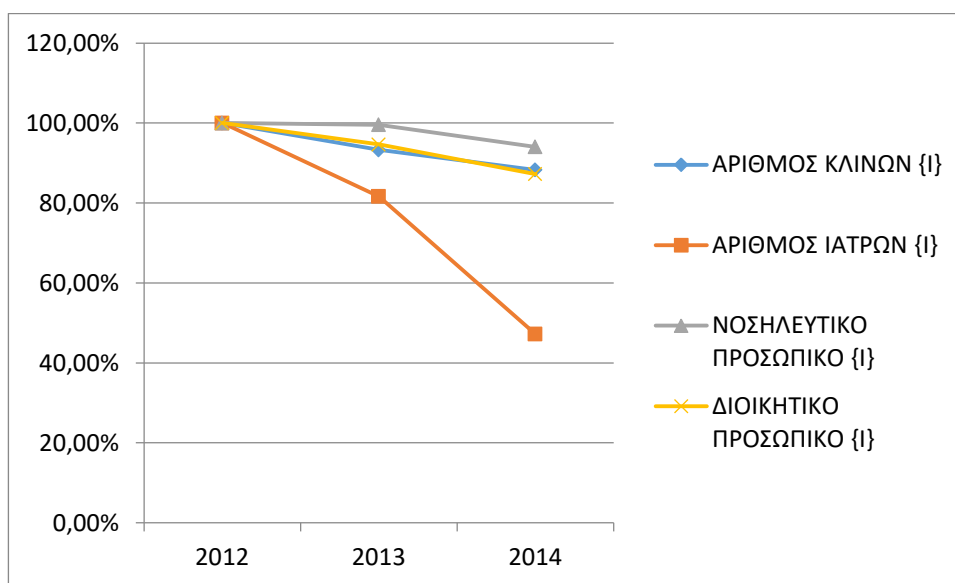
**Πίνακας 8.61**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά  
(model A)**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2013	93,27%	81,62%	99,57%	94,64%	73,00%	70,75%
2014	88,26%	47,20%	94,04%	87,22%	71,98%	70,93%

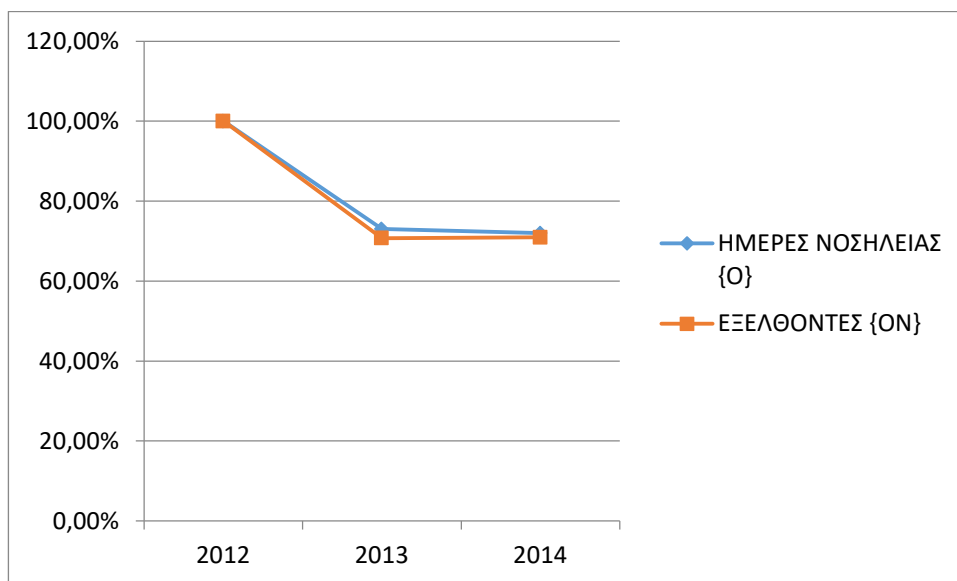
**Εικόνα 8.41**

**Γραφική μεταβολή εισροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά**



**Εικόνα 8.42**

**Γραφική μεταβολή εκροών μεγάλων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά**



**Πίνακας 8.62**

**Συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τη μεταβολή εισροών και εκροών γενικών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

pearson big	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	86,06%	70,20%	47,26%	75,74%	99,18%	99,60%
PTE	88,34%	73,44%	51,32%	78,70%	99,67%	99,91%
SE	-90,41%	-76,51%	-55,24%	-81,48%	-99,94%	-100,00%

Οι τιμές της αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων μειώνονται κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά. Η τεχνική αποδοτικότητα αρχικά μειώνεται και στη συνέχεια ανακάμπτει ελαφρώς. Η καθαρή αποδοτικότητα μειώνεται πάρα πολύ και στη συνέχεια διατηρείται σταθερή. Η αποδοτικότητα κλίμακας αυξάνεται και στη συνέχεια παραμένει σταθερή. Φαίνεται πως το έτος 2013 είναι έτος κατά το οποίο η καθαρή αποδοτικότητα μειώνεται και παρασέρνει και την τεχνική αποδοτικότητα. Το 2014 αυτή η μείωση σταματάει. Η μεταβολή αυτή έχει κάποιες ομοιότητες με τη μεταβολή των γενικών νοσοκομείων, δεδομένου ότι το 2013 είναι η χρονιά της μεγάλης μείωσης των δύο τιμών της αποδοτικότητας. Όμως, στην περίπτωση των μεγάλων νοσοκομείων αυτό που

διαφέρει είναι το μέγεθος της αρνητικής μεταβολής της καθαρής αποδοτικότητας. Η μείωση αυτή, για τα μεγάλα νοσοκομεία, είναι πολύ μεγαλύτερη.

Οι μεταβολές των εισροών είναι αυτές που επιχειρούν την αύξηση της αποδοτικότητας. Από τις εισροές, τη μεγαλύτερη μείωση υφίσταται ο αριθμός των ιατρών. Αυτή η μεταβολή είναι η μεγαλύτερη που παρατηρείται σε όλες τις εισροές και εκροές σε όλη την περίοδο. Οι εκροές εμφανίζουν μεγάλη μείωση κατά το έτος 2013. Κατά το επόμενο έτος, οι ημέρες νοσηλείας συγκρατούν τη μείωση τους, ενώ οι εξελθόντες ασθενείς παραμένουν σχεδόν σταθεροί. Η αρχική μείωση των εκροών τείνει να μειώσει την αποδοτικότητα, ενώ η σταθερότητα στις τιμές τους τείνει να διατηρήσει την αποδοτικότητα σταθερή.

Από τους συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τις εισροές και τις εκροές, προκύπτει ότι η τεχνική αποδοτικότητα των μεγάλων νοσοκομείων εμφανίζει μεγάλη συσχέτιση και με τις ημέρες νοσηλείας και με τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών. Πράγματι, η ταύτιση της μεταβολής αυτής είναι σχεδόν απόλυτη και φαίνεται ότι οι εκροές είναι αυτές που καθορίζουν τη μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας. Οι τιμές της καθαρής αποδοτικότητας εμφανίζουν γραμμική συσχέτιση με τις εκροές, γεγονός που επίσης δείχνει τη μεταξύ τους συσχέτιση. Η αποδοτικότητα κλίμακας σχετίζεται με το μέγεθος των νοσοκομείων και συσχετίζεται σύμφωνα με τον συντελεστή με τις αρνητικές μεταβολές των εισροών. Λοιπές συσχετίσεις των τιμών της αποδοτικότητας με τις εισροές ή τις εκροές είναι αδύναμες ή τυχαίες.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά επηρεάζουν τις εισροές και εκροές και κατά συνέπεια την αποδοτικότητα των μεγάλων νοσοκομείων ως εξής :

- Η μείωση του μεγέθους των μεγάλων νοσοκομείων τα τοποθετεί σε καλύτερη θέση στην κλίμακα και αυξάνει την αποδοτικότητα κλίμακας αυτών. Τα μεγάλα νοσοκομεία με τη μεταβολή αυτή προσεγγίζουν ένα καλύτερο μέγεθος για την απόδοσή τους. Η αποδοτικότητα κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων ακολουθεί αντίθετη μεταβολή από αυτή των γενικών νοσοκομείων.
- Η ανακατανομή των κλινών των μεγάλων νοσοκομείων που υλοποιείται, τοποθετεί τα μεγάλα νοσοκομεία καλύτερα στην κλίμακα και αυξάνει την αποδοτικότητα κλίμακας αυτών.
- Ο περιορισμός πρόσβασης σε ευπαθείς ομάδες στα νοσοκομεία, συνεπεία πολιτικών υγείας, προκάλεσε τη μείωση των εισελθόντων και των εξελθόντων ασθενών των μεγάλων νοσοκομείων. Η μείωση των εξελθόντων ασθενών μειώνει την καθαρή και την τεχνική αποδοτικότητα. Το φαινόμενο της μείωσης είναι μεγαλύτερο στα μεγάλα νοσοκομεία, λόγω

των οργανωμένων γραφείων κίνησης και οδηγεί σε μεγαλύτερη πτώση της αποδοτικότητας από ότι στα γενικά.

- Η θέσπιση εισιτηρίων στα δημόσια νοσοκομεία οδήγησε στη μείωση της προσέλευσης στα μεγάλα νοσοκομεία αυτά μειώνοντας την τεχνική και την καθαρή αποδοτικότητα.
- Ο περιορισμός φαρμάκων οδήγησε σε μείωση φαρμάκων και στα μεγάλα νοσοκομεία, προακλώντας ζημιά στη φήμη τους και εντείνοντας το φαινόμενο της μειωμένης προσέλευσης ασθενών, τείνοντας να μειώσει την αποδοτικότητα.
- Η παραχώρηση κλινών σε ιδιώτες, που συνέβη κυρίως σε μεγάλα νοσοκομεία, μείωσε τον αριθμό των εισερχομένων ασθενών και οδήγησε στη μείωση της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας.
- Η γενικευμένη κοινωνική αναταραχή που εναντιώθηκε στις πολιτικές Σαμαρά, οδήγησε στην απομάκρυνση των ασθενών από τα μεγάλα νοσοκομεία, τα οποία βρίσκονται σε μεγάλες πόλεις και επλήγησαν από αυτό το φαινόμενο περισσότερο από τα υπόλοιπα.
- Η πολιτική επέκτασης και ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα οδήγησε σε απομάκρυνση των ασθενών από τα μεγάλα νοσοκομεία περισσότερο από ότι τα υπόλοιπα, διότι τα μεγάλα νοσοκομεία σε εποχές ευημερίας και στήριξης δέχονται τον κύριο όγκο ασθενών εξαιτίας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών που προσφέρουν. Κατά την περίοδο κρίσης, αυτό το φαινόμενο αντιστρέφεται και αυτοί που προσέρχονταν για τους λόγους αυτούς στα μεγάλα νοσοκομεία σε αυτή την περίοδο απομακρύνονται από αυτά.

Τα μεγάλα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης Σαμαρά, μειώνουν την καθαρή αποδοτικότητα και την τεχνική αποδοτικότητα τους και αυξάνουν την αποδοτικότητα κλίμακας. Η μείωση των εισροών, η οποία πραγματοποιείται συνεπεία των πολιτικών υγείας Σαμαρά, δεν αρκεί για να αντισταθμίσει την μεγάλη μείωση των εκροών. Οι πολιτικές υγείας Σαμαρά δημιουργούν ένα κύμα φυγής των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία, που είναι πιο έντονο από το αντίστοιχο των γενικών νοσοκομείων και με τον τρόπο αυτό μειώνουν την τιμή της καθαρής και της τεχνικής αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα κλίμακας αυξάνεται διότι τα μεγάλα νοσοκομεία μειώνουν το μέγεθος τους και όπως φαίνεται από τη μελέτη WDEA, τοποθετούνται καλύτερα στην κλίμακα.

Τα μικρά νοσοκομεία μεταβάλλουν επίσης τις τιμές της αποδοτικότητας τους κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά. Στον πίνακα 8.63 φαίνεται η μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων και στην εικόνα 8.43 η γραφική μεταβολή αυτών. Στον πίνακα 8.64 φαίνεται η μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων, στον πίνακα 8.65

η ποσοστιαία μεταβολή αυτών και στις εικόνες 69 και 70 η γραφική μεταβολή αυτών. Στον πίνακα 8.66 φαίνονται οι συντελεστές Pearson για τη γραμμική συσχέτιση των μικρών νοσοκομείων με τη μεταβολή των εισροών και των εκροών.

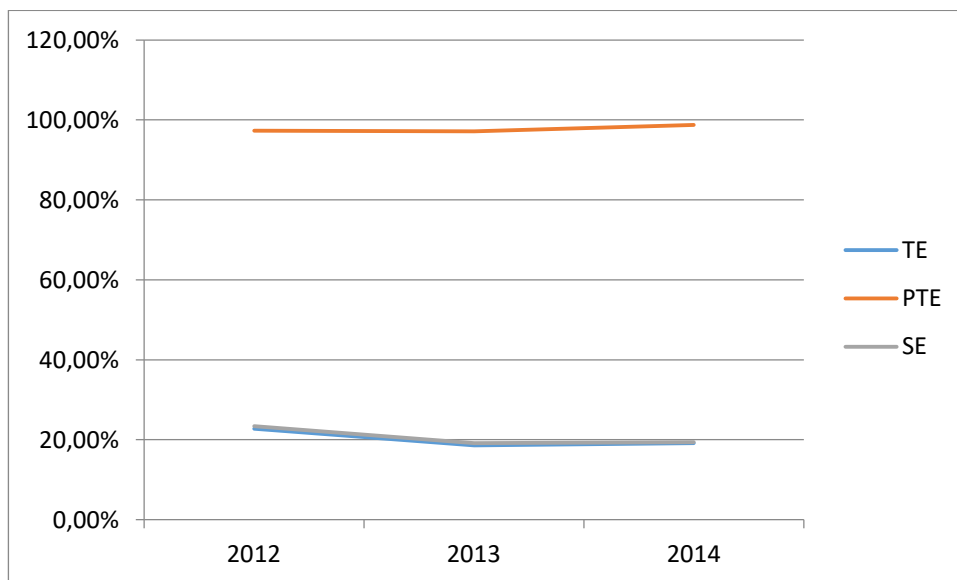
**Πίνακας 8.63**

**Μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**

small DMUs	2012	2013	2014
TE	22,79%	18,58%	19,16%
PTE	97,33%	97,14%	98,71%
SE	23,41%	19,12%	19,41%

**Εικόνα 8.43**

**Ποσοστιαία μεταβολή τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**





**Πίνακας 8.64**

**Μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

Small	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	155	74	101	22	13608	3112
2013	155	76	87	17	13303	2772
2014	152	83	88	17	14349	2784

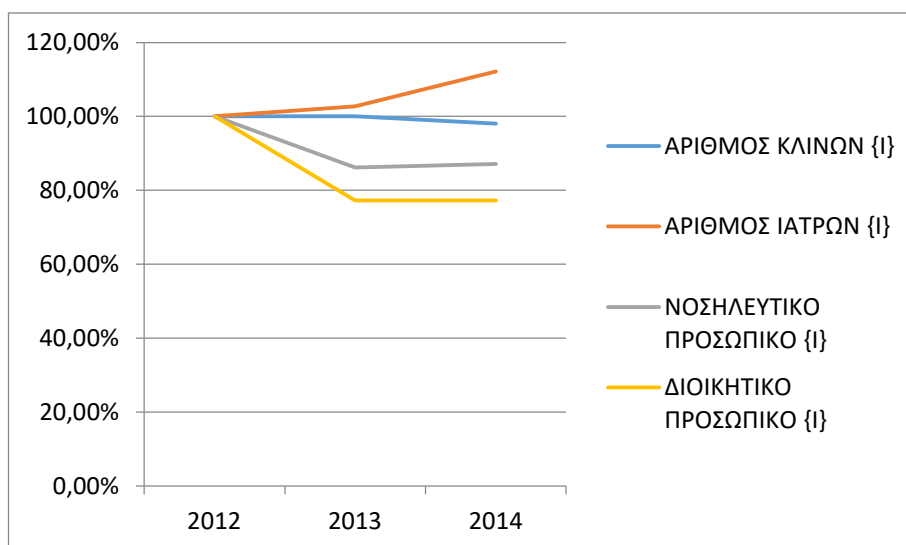
**Πίνακας 8.65**

**Ποσοστιαία, μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

small	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2013	100,00%	102,70%	86,14%	77,27%	97,76%	89,07%
2014	98,06%	112,16%	87,13%	77,27%	105,45%	89,46%

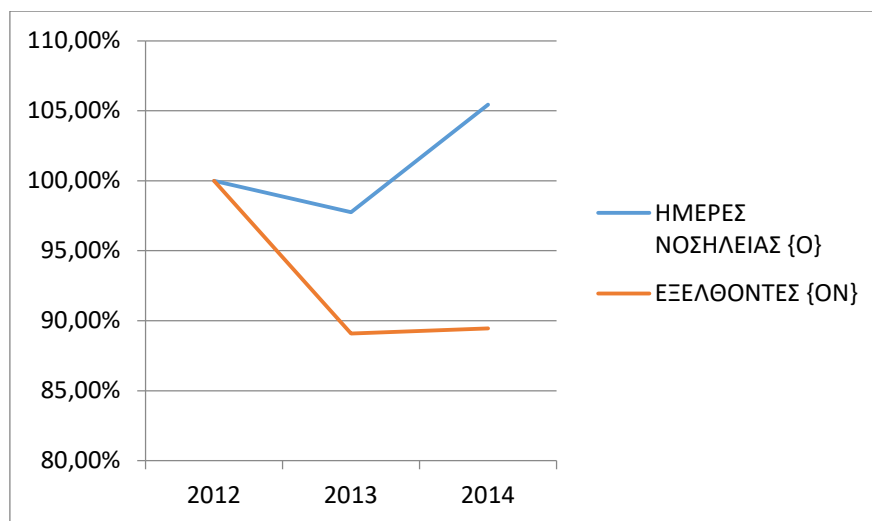
**Εικόνα 8.44**

**Γραφική μεταβολή εισροών μικρων νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**



**Εικόνα 8.45**

**Γραφική μεταβολή εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A με περιορισμό βαρών)**

**Πίνακας 8.66**

**Ποσοστιαία, μεταβολή εισροών και εκροών μικρών νοσοκομείων κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά (model A)**

pearson small	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
TE	0,385445	-0,57197	0,997962	0,991831	-0,10804	0,995318
PTE	-0,9938	0,947775	-0,34115	-0,40063	0,984545	-0,37194
SE	0,447408	-0,62652	0,999991	0,998216	-0,17552	0,99959

Από τα στοιχεία αυτά, προκύπτει ότι αρχικά η τεχνική αποδοτικότητα και η αποδοτικότητα κλίμακας εκκινούν από πολύ χαμηλές τιμές. Αντίθετα, η καθαρή αποδοτικότητα εκκινεί από πολύ υψηλή τιμή. Φαίνεται ότι τα μικρά νοσοκομεία έχουν υψηλή διαχειριστική επίδοση, αλλά είναι τοποθετημένα χαμηλά στην κλίμακα και δεν πετυχαίνουν βέλτιστο αποτέλεσμα σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους. Η καθαρή αποδοτικότητα των μικρών νοσοκομείων παραμένει σταθερή κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά. Η αποδοτικότητα κλίμακας μειώνεται ελαφρώς και αυτό έχει επίπτωση στην πολύ μικρή μείωση της τεχνικής αποδοτικότητας.

Η μεταβολή των εισροών των μικρών νοσοκομείων ακολουθεί αντίθετη κατεύθυνση ανά εισροή. Ο αριθμός των κλινών των μικρών νοσοκομείων παραμένει σχεδόν σταθερός. Ο αριθμός των ιατρών

ακολουθεί μια σημαντική αύξηση, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση σε σχέση με αυτό που συμβαίνει στα γενικά και στα μεγάλα νοσοκομεία. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού και του διοικητικού προσωπικού εμφανίζει μείωση. Όσον αφορά τις εκροές, ο αριθμός των εξερχομένων ασθενών εμφανίζει μείωση και στη συνέχεια σταθερότητα, ενώ ο αριθμός των ημερών νοσηλείας ακολουθεί μια αυξομείωση. Η μεταβολή των ημερών νοσηλείας, η οποία μεταβάλλεται διαφορετικά από τη αντίστοιχη μεταβολή των μεγάλων και των γενικών νοσοκομείων διερευνήθηκε περαιτέρω. Η αύξηση των ημερών νοσηλείας, οφείλεται σε δύο νοσοκομεία, στα 412 και 497. Εμφανίζεται μεγάλη αύξηση του αριθμού των ημερών νοσηλείας κατά το έτος 2014 των νοσοκομείων αυτών, η οποία συνδυάζεται με αύξηση του αριθμού των εξερχομένων ασθενών. Η αύξηση όμως των δύο αυτών μεγεθών δεν ανταποκρίνεται στη συνολική αύξηση των μεγεθών όσον αφορά το σύνολο των μικρών νοσοκομείων και είναι δυσανάλογη υπερ των ημερών νοσηλείας έναντι των εξερχομένων ασθενών. Μελετώντας τα στοιχεία όλων των ετών, για τη μονάδα 497, παρατηρείται ότι υπάρχει μια δυσαναλογία στον αριθμό των εξερχομένων ασθενών σε σχέση με τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, η οποία δεν παρατηρείται σε άλλα νοσοκομεία. Η δυσαναλογία αυτή έχει επίπτωση στη συνολική διαμόρφωση της μεταβολής των ημερών νοσηλείας. Οι ημέρες νοσηλείας των μικρών νοσοκομείων μειώνονται περισσότερο από το αναμενόμενο κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή και αυξάνονται περισσότερο από το αναμενόμενο κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά. Αυτό το γεγονός, δεν μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη ελλατωματικών δεδομένων για ορισμένες από τις μικρές μονάδες, γεγονός που δεν μπορεί να διερευνηθεί περαιτέρω. Σε κάθε περίπτωση, οι μικρές μονάδες είναι ευαίσθητες ακόμη και σε μικρές μεταβολές των εισροών και εκροών και σε σφάλματα και αυτός είναι παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Από τους συντελεστές Pearson, προκύπτει ότι η τεχνική αποδοτικότητα εμφανίζει συσχέτιση με τη μεταβολή των εξελθόντων ασθενών. Η συσχέτιση της με τις εισροές είναι συμπτωματική, δεδομένου ότι εάν ήταν ουσιαστική θα ήταν αρνητικού προσήμου. Η καθαρή αποδοτικότητα σχετίζεται ουσιαστικά μόνο με τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, που συμβάλει στην αύξηση της τιμής της. Η μεταβολή της αποδοτικότητας κλίμακας συνδέεται με τη μεταβολή των εξελθόντων ασθενών, ενώ οι συσχετίσεις με ορισμένες από τις εισροές είναι τυχαίες.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά επιδρούν στη μεταβολή των εισροών και των εκροών και στην αποδοτικότητα των μικρών νοσοκομείων. Ο τρόπος με τον οποίο συμβαίνει αυτό είναι ο εξής :

- Η σταθερότητα του αριθμού των κλινών των μικρών νοσοκομείων, δεν βελτιώνει τη θέση τους στην κλίμακα και δεν αυξάνει την αποδοτικότητα κλίμακας.

- Η μείωση προσωπικού επιδρά θετικά στην αποδοτικότητα. Ωστόσο στα μικρά νοσοκομεία, αυξάνεται ο αριθμός των ιατρών, λόγω των πληρώσεων των οργανικών θέσεων. Αυτό το γεγονός επιδρά αρνητικά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας.
- Ο περιορισμός πρόσβασης σε ευπαθείς ομάδες στα νοσοκομεία, επηρεάζει και τα μικρά νοσοκομεία τα οποία μειώνουν τους εξελθόντες ασθενείς και κατά συνέπεια επηρεάζει αρνητικά την τεχνική και την καθαρή αποδοτικότητα.
- Η θέσπιση εισιτηρίων στα δημόσια νοσοκομεία οδήγησε στη μείωση της προσέλευσης και στα μικρά νοσοκομεία αυτά, επιδρώντας αρνητικά στην τεχνική και την καθαρή αποδοτικότητα.
- Ο περιορισμός φαρμάκων οδήγησε σε μείωση φαρμάκων και στα μικρά νοσοκομεία, προκάλεσε μείωση των εξελθόντων ασθενών και επέδρασε αρνητικά στην αποδοτικότητα.
- Η παραχώρηση κλινών σε ιδιώτες, δεν επηρέασε τα μικρά νοσοκομεία και συνεπώς δεν επέδρασε στην αποδοτικότητα.
- Η κοινωνική αναταραχή εναντίον των πολιτικών Σαμαρά, επέδρασε αρνητικά στην προσέλευση ασθενών και στην αποδοτικότητα.
- Η πολιτική επέκτασης και ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα οδήγησε σε απομάκρυνση των ασθενών και από τα μικρά νοσοκομεία μειώνοντας τους εξερχόμενους ασθενείς και επιδρώντας αρνητικά στην αποδοτικότητα.

Οι πολιτικές Σαμαρά επέδρασαν στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας στα μικρά νοσοκομεία πολύ λιγότερο από τα γενικά νοσοκομεία. Τα μικρά νοσοκομεία είχαν ήδη μια διαμορφωμένη ακραία θέση ως προς τις τιμές της αποδοτικότητας και οι ασκούμενες πολιτικές είναι κυρίως προσανατολισμένες διαχρονικά προς τα μεγάλα νοσοκομεία που δέχονται και τον κύριο όγκο ασθενών. Μια αύξηση του αριθμού των ιατρών στα μικρά νοσοκομεία αυτήν την περίοδο, αντίκειται στη γενικότερη αρνητική μεταβολή των εισροών. Επίσης μια μη αναμενόμενη αύξηση των ημερών νοσηλείας συγκρατεί την καθαρή αποδοτικότητα στα πρότερα επίπεδα. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα ότι οι πολιτικές υγείας Σαμαρά δεν επιδρούν παρά ελάχιστα στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των μικρών νοσοκομείων.

Η μελέτη Window-DEA με τη χρήση οικονομικών στοιχείων δίδει σημαντικά αποτελέσματα που μπορούν να ερμηνευτούν με βάση τις πολιτικές υγείας που άσκησε η κυβέρνηση Σαμαρά. Ξεκινώντας την ανάλυση αυτή, είναι σημαντικό να επισημανθεί η άσκηση πολιτικών λιτότητας από την κυβέρνηση αυτή. Η πληρωμή με βάση την ασθένεια μέσω ΚΕΝ, ο περιορισμός κόστους φαρμάκων μέσω της μείωσης τιμών φαρμάκων και της προώθησης γενοσήμων και η μείωση κάλυψης παροχών με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, έχουν σημαντική επίπτωση στη μείωση

των δαπανών των νοσοκομείων. Η μείωση των δαπανών ακολουθεί συνεχή πτωτική πορεία κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά και διαμορφώνεται στο χαμηλότερο επίπεδο από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Υπό το πρίσμα της συγκράτησης του κόστους, η πολιτική υγείας λιτότητας της κυβέρνησης Σαμαρά πετυχαίνει το σκοπό της καθώς επιτυγχάνει τη χαμηλότερη τιμή δαπανών, ωφελώντας με τον τρόπο αυτόν τον κρατικό προϋπολογισμό και τη συγκράτηση κόστους που πραγματοποιείται.

Για την ανάλυση της μεταβολής της αποδοτικότητας με οικονομικά στοιχεία και για την επίδραση των πολιτικών υγείας της κυβέρνησης Σαμαρά σε αυτήν, παρατίθενται και μελετώνται τα σχετικά στοιχεία. Στον πίνακα 8.67 φαίνεται η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά (model E), ενώ στην εικόνα 8.46 η γραφική μεταβολή των μεγεθών αυτών. Στον πίνακα 8.68 φαίνονται οι εισροές και οι εκροές της έρευνας όπως προκύπτουν από την εφαρμογή της WDEA με το model E κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά και στον πίνακα 8.69 η ποσοστιαία μεταβολή αυτών. Στις εικόνες 72 και 73 φαίνεται η γραφική μεταβολή των εισροών και των εκροών, σύμφωνα με το model E, κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά. Στον πίνακα 8.70 φαίνονται οι συντελεστές Pearson μεταξύ των εισροών-εκροών και της μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας.

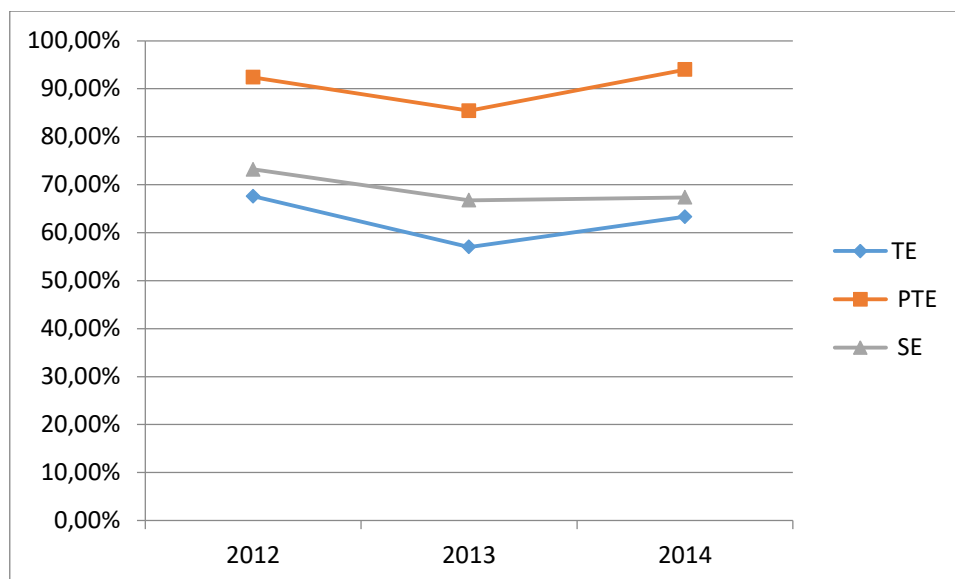
**Πίνακας 8.67**

**Τεχνική, καθαρή και αποδοτικότητα κλίμακας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά (model E)**

	2012	2013	2014
TE	67,60%	57,01%	63,31%
PTE	92,37%	85,42%	93,97%
SE	73,19%	66,74%	67,37%

**Εικόνα 8.46**

**Γραφική μεταβολή της τεχνικής, καθαρής και αποδοτικότητας κλίμακας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά**



**Πίνακας 8.68**

**Εισροές και εκροές της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΑΠΑΝΕΣ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	50.482	26.231	45.116	9.369	2.201.631.814	14.804.782	2.100.613
2013	48.011	24.670	43.967	9.161	1.952.768.094	11.704.556	1.545.120
2014	44.974	14.722	42.893	8.688	1.802.457.004	10.810.451	1.466.526

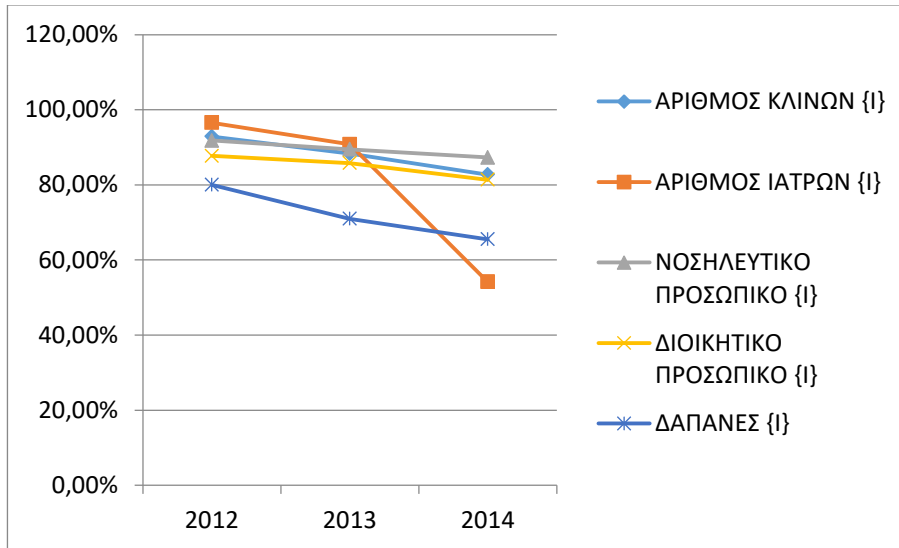
**Πίνακας 8.69**

**Ποσοστιαία μεταβολή εισροών και εκροών της έρευνας (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά**

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΑΠΑΝΕΣ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ {ON}
2012	92,87%	96,53%	91,82%	87,73%	80,02%	99,49%	94,11%
2013	88,32%	90,78%	89,49%	85,79%	70,97%	78,66%	69,22%
2014	82,74%	54,17%	87,30%	81,36%	65,51%	72,65%	65,70%

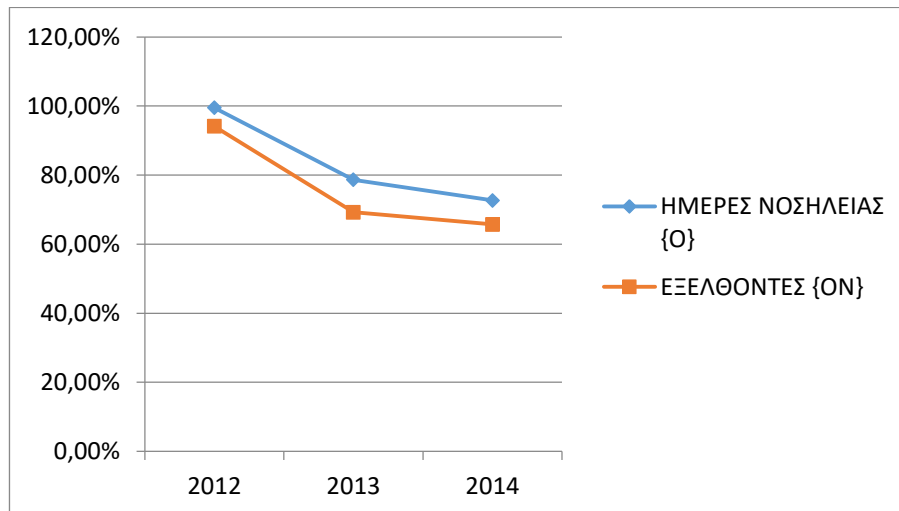
Εικόνα 8.47

Γραφική μεταβολή των εισροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά



Εικόνα 8.48

Γραφική μεταβολή των εκροών (model E) κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά



**Πίνακας 8.70**

**Συντελεστές Pearson μεταξύ εισροών-εκροών και μεταβολής τιμών αποδοτικότητας κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά**

Σαμαράς	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ {I}	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ {I}	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ {I}	ΔΑΠΑΝΕ Σ {I}	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ Σ {O}	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕ Σ {ON}
PEARSON TE	34,78%	1,62%	42,04%	19,23%	52,78%	66,17%	73,39%
PEARSON PTE	-23,40%	-54,40%	-15,68%	-38,75%	-3,53%	13,14%	23,06%
PEARSON SE	78,29%	53,14%	82,94%	67,24%	89,12%	95,43%	97,95%

Από τα στοιχεία αυτά προκύπτουν τα εξής για τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας και τη επίδραση των πολιτικών Σαμαρά στις τιμές αυτές :

Η τεχνική αποδοτικότητα υποχωρεί κατά το 2013 και ανακάμπτει μερικά κατά το 2014. Επομένως η δυνατότητα παραγωγής υπηρεσιών υγείας με βάση δεδομένους πόρους μειώνεται αλλά ανακάμπτει. Η καθαρή αποδοτικότητα εμφανίζει μείωση αρχικά, ενώ στη συνέχεια εμφανίζει αύξηση που οδηγεί σε τιμή μεγαλύτερη από την αντίστοιχη αρχική της υποπεριόδου. Η διαχειριστική επίδοση των νοσοκομείων ενώ υποχωρεί κατά το πρώτο έτος αυξάνεται κατά το δεύτερο. Η αποδοτικότητα κλίμακας αρχικά μειώνεται και στη συνέχεια παραμένει σταθερή. Επομένως, το σύνολο των νοσοκομείων τοποθετείται σε χαμηλότερη επίδοση στην κλίμακα.

Οι εισοές του συνόλου των νοσοκομείων μειώνονται αρχικά και στη συνέχεια (2014) μειώνονται περαιτέρω. Ο αριθμός των ιατρών εμφανίζει μια διαφοροποιημένη εικόνα, αφού μετά την αρχική μείωση ακολουθεί μια υπερβολικά μεγάλη μείωση, που αντιστοιχεί στο κύμα φυγής των ιατρών προς το εξωτερικό. Η μείωση του αριθμού προσωπικού και γενικότερα η μείωση των εισροών, επιχειρεί να αυξήσει την αποδοτικότητα. Οι δαπάνες ακολουθούν μια καθοδική πορεία, ωστόσο ο ρυθμός καθόδου μειώνεται κατά το τελευταίο έτος, διότι έχει επέλθει ήδη μεγάλη συμπίεση κόστους. Οι εκροές μειώνονται κατά πολύ το 2013 και μειώνονται λιγότερο κατά το επόμενο έτος. Η μείωση αυτή επιχειρεί να μειώσει την αποδοτικότητα.

Σύμφωνα με τους συντελεστές Pearson, για τη γραμμική συσχέτιση των τιμών της αποδοτικότητας με τις εισροές και τις εκροές, η τεχνική αποδοτικότητα εμφανίζει αρκετά υψηλό συντελεστή συσχέτισης με τον αριθμό ημερών νοσηλείας και τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών. Η καθαρή



αποδοτικότητα εμφανίζει μια οριακή συσχέτιση με τον αριθμό των ιατρών, επειδή ανακάμπτει κατά το τελευταίο έτος κατά το οποίο ο αριθμός των ιατρών μειώνεται κατά πολύ. Η αποδοτικότητα κλίμακας εμφανίζει συσχέτιση με τις εκροές, δεδομένου ότι η αποδοτικότητα κλίμακας ανακάμπτει κατά το δεύτερο έτος και οι εκροές αναστέλλουν τον ρυθμό πτώσης τους κατά το προηγούμενο έτος.

- Οι δαπάνες των νοσοκομείων μειώνονται κατά πολύ κατά το έτος 2013 και αρκετά κατά το έτος 2014. Η μείωση αυτή οφείλεται στην πολιτική πληρωμής με βάση την ασθένεια, που εφαρμόστηκε με το νέο σύστημα αποζημίωσης ΚΕΝ, στην πολιτική περιορισμού κόστους φαρμάκου που εφαρμόστηκε με την προώθηση γενοσήμων φαρμάκων, στην απευθείας μείωση των τιμών φαρμάκων και στη μείωση κάλυψης υπηρεσιών που εφαρμόστηκε με τις υπηρεσίες ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η μείωση αυτή των δαπανών των νοσοκομείων τείνει να αυξήσει την αποδοτικότητα.
- Η κυβέρνηση Σαμαρά προχώρησε σε ανακατανομή των κλινών και στην διαφοροποίηση των μεγεθών των δημόσιων νοσοκομείων. Τα μέτρα αυτά επιχειρούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα κλίμακας.
- Ο περιορισμός πρόσβασης ευπαθών ομάδων απομάκρυνε ένα μέρος των ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία. Η μείωση των προσερχομένων ασθενών προκάλεσε μείωση στον αριθμό των εξελθόντων ασθενών. Η μείωση αυτή των ασθενών τείνει να μειώσει τις τιμές της αποδοτικότητας.
- Η θέσπιση εισιτηρίων για τους ασθενείς που προσέρχονταν στα δημόσια νοσοκομεία προκάλεσαν τη μείωση των προσερχομένων ασθενών και επομένως των εξελθόντων ασθενών. Αυτή η πολιτική με τα μέτρα που ασκήθηκαν για την εφαρμογή της τείνει να μειώσει την αποδοτικότητα για να εξυπηρετήσει τον περιορισμό κόστους.
- Η πολιτική λήψης αντισταθμιστικών μέτρων για την έγκαιρη προμήθεια φαρμάκων επιχείρησε να αυξήσει την προσέλευση στα δημόσια νοσοκομεία και να αυξήσει την αποδοτικότητα κατά το τελευταίο έτος.
- Η πολιτική παροχής υγείας σε ανασφάλιστους μέσω μέτρων που προέβλεπαν τη χορήγηση κουπονιών ήταν μια πολιτική προσανατολισμένη στην αύξηση της αποδοτικότητας και στην κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού. Αυτή η προσπάθεια απέτυχε στην εφαρμογή της και τα μέτρα καταργήθηκαν.
- Η κυβέρνηση επιχείρησε τη συγχώνευση υπηρεσιών υγείας και προχώρησε στην παραχώρηση κλινών και υπηρεσιών σε ιδιώτες. Τα μέτρα αυτά είχαν επίπτωση στη μείωση των εισελθόντων ασθενών και η επίδραση τους ήταν προς την κατεύθυνση της μείωσης των τιμών της αποδοτικότητας.

- Οι πολιτικές υγείας λιτότητας τις οποίες επιχείρησε η κυβέρνηση Σαμαρά, προκάλεσαν κοινωνική αναταραχή και επίπτωση στην εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων. Οι απεργίες και οι στάσεις εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία εμπόδισαν την προσέλευση ασθενών σε αυτά και προκάλεσαν μείωση των νοσηλειών και των εξερχόμενων ασθενών. Η επίδραση αυτών των πολιτικών υγείας είχε δυσμενή επίπτωση στην αποδοτικότητα.
- Τα μέτρα ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα που εφαρμόστηκαν συνεπεία ανάλογης πολιτικής υγείας ενίσχυσαν την απομάκρυνση ληπτών υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία και επέδρασαν αρνητικά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας.
- Η πολιτική της ανάπτυξης της ΠΦΥ ως φίλτρο για τα νοσοκομεία σε συνδυασμό με την αλλαγή μίγματος υπηρεσιών, συγκρατεί ένα μέρος των ληπτών υπηρεσιών υγείας από την προσέλευση στα δημόσια νοσοκομεία και μειώνει την αποδοτικότητα αυτών.
- Η πολιτική περιορισμού των προσλήψεων σε συνδυασμό με το κύμα φυγής των ιατρών προς το εξωτερικό, γεγονός που μείωσε κατακόρυφα τον αριθμό των ιατρών, συνέβαλαν στη μείωση των εισροών και την επιχειρούμενη αύξηση της αποδοτικότητας. Η μεγάλη μείωση των ιατρών είναι αυτή που προκαλεί την ανάκαμψη της αποδοτικότητας, περισσότερο από τις υπόλοιπες μεταβολές.

Επί της διακυβέρνησης Σαμαρά, οι τιμές της αποδοτικότητας εμφανίζουν αρχικά μια μείωση και μετά ανάκαμψη. Η μεταβολή αυτή των τιμών της αποδοτικότητας σχετίζεται με το μίγμα των τιμών των εισροών και εκροών. Κατά το πρώτο έτος της διακυβέρνησης Σαμαρά, οι εκροές μειώνονται με ταχύ ρυθμό. Τόσο οι εξελθόντες ασθενείς όσο και ο αριθμός ημερών νοσηλείας μειώνονται και αυτό επιδρά αρνητικά στις τιμές της αποδοτικότητας. Μια απομάκρυνση ληπτών υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία, που οφείλεται στην ευρεία εφαρμογή μέτρων συνεπεία πολιτικών υγείας, όπως πολιτικής περιορισμού πρόσβασης, πολιτική αναδιάρθρωσης ΠΦΥ ως φίλτρο, θέσπιση εισιτηρίων, παροχή υπηρεσιών σε ιδιώτες και μια ευρεία κοινωνική αναταραχή η οποία συμβαίνει αυτήν την υποπερίοδο ως απάντηση σε αυτές τις πολιτικές, αποτελούν την κύρια αιτία της αρνητικής μεταβολής των τιμών της αποδοτικότητας. Στη συνέχεια και αφού ο αριθμός των ληπτών υπηρεσιών υγείας έχει ήδη συμπιεστεί, μια μεγαλύτερη μείωση των εκροών συνεπεία των πολιτικών μείωσης του προσωπικού και του μεγέθους των νοσοκομείων σε συνδυασμό με ένα κύμα φυγής των ιατρών προς το εξωτερικό, κατορθώνει να ανακάμψει τις τιμές της αποδοτικότητας. Υπό αυτό το πρίσμα, οι πολιτικές Σαμαρά κινούν την αποδοτικότητα σε ανοδική τροχιά μετά την αρχική περίοδο μείωσης της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 9.1 Ανασκόπηση ευρημάτων

Σύμφωνα με τη μελέτη Window-DEA και την επίδραση των πολιτικών υγείας των Ελληνικών κυβερνήσεων στην αποδοτικότητα, μπορούν να διαπιστωθούν τα εξής:

- Ως προς το κύριο ερώτημα της έρευνας, οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την Ελληνική οικονομική κρίση δεν αυξάνουν την αποδοτικότητα των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων. Οι τιμές της αποδοτικότητας διατηρούνται σχεδόν σταθερές κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου και Παπαδήμου και μειώνονται κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά, σύμφωνα με τη μελέτη των γενικών νοσοκομείων χωρίς περιορισμό βαρών. Παρόμοια εικόνα εξάγεται και από τη μελέτη των γενικών νοσοκομείων με περιορισμό βαρών. Αρχικά οι τιμές της αποδοτικότητας αυξάνονται ελαφρώς και στη συνέχεια μειώνονται ελαφρώς κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου και Παπαδήμου, ενώ μειώνονται αρκετά κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά. Από τη μελέτη με τα οικονομικά στοιχεία, προκύπτει ότι μόνο η καθαρή αποδοτικότητα μειώνεται ελάχιστα και ανακάμπτει κατά την περίοδο Παπανδρέου και Παπαδήμου, για να μειωθεί κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά και να ανακάμψει εκ νέου, ενώ οι υπόλοιπες τιμές της αποδοτικότητας μειώνονται. Καμία ουσιαστική άνοδος καμίας εκ των τιμών της αποδοτικότητας δεν διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Η αρνητική απάντηση στο κύριο ερώτημα της έρευνας, σημαίνει ότι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κατά την Ελληνική οικονομική κρίση δεν κατάφεραν να αυξήσουν την αποδοτικότητα των Ελληνικών νοσοκομείων. Ο σκοπός των πολιτικών υγείας να επιτύχουν την αύξηση της αποδοτικότητας δεν έχει επιτευχθεί.

Ως προς τα δευτερεύοντα ερωτήματα αυτά που σχετίζονταν με την διάκριση της αποδοτικότητας σε τεχνική αποδοτικότητα, καθαρή αποδοτικότητα και αποδοτικότητα κλίμακας :

- Η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας των νοσοκομείων κατά την μελετώμενη περίοδο, μεταβάλλονται σύμφωνα με μια διάκριση σε τρεις υποπεριόδους : Κατά την υποπερίοδο Καραμανλή, οι τιμές αυτές της αποδοτικότητας αυξάνονται. Κατά την περίοδο Παπανδρέου και Παπαδήμου, οι τιμές αυτές παραμένουν σχεδόν σταθερές, ενώ κατά την

περίοδο Σαμαρά οι τιμές αυτές μειώνονται (μια μικρή ανάκαμψη κατά το τελευταίο έτος, που πάντως είναι μικροτέρα από τις τιμές κατά την προηγούμενη διακυβέρνηση). Η μελέτη με τον περιορισμό βαρών καταδεικνύει ακόμα περισσότερο τη διάκριση αυτή των τιμών της αποδοτικότητας σε τρεις υποπεριόδους, με μικρή διαφοροποίηση: τη μικρή μείωση της καθαρής αποδοτικότητας ακολουθούμενη από μικρή αύξηση της της κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου.

- Η τεχνική, η καθαρή και η αποδοτικότητα κλίμακας των μεγαλύτερων νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο, διακρίνεται πάλι στις τρεις περιόδους διακυβέρνησης και αυτή η διάκριση γίνεται πιο ευκρινής στη μελέτη με τον περιορισμό βαρών. Κατά την υποπερίοδο διακυβέρνησης Καραμανλή, τα μεγάλα νοσοκομεία αυξάνουν την καθαρή αποδοτικότητα, την τεχνική αποδοτικότητα και μειώνουν την αποδοτικότητα κλίμακας. Κατά την υποπερίοδο της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου, μειώνουν την καθαρή αποδοτικότητα και την τεχνική αποδοτικότητα και αυξάνουν την αποδοτικότητα κλίμακας. Κατά την υποπερίοδο της διακυβέρνησης Σαμαρά, μειώνουν την τεχνική και την καθαρή αποδοτικότητα και αυξάνουν την αποδοτικότητα κλίμακας.
- Οι τιμές της αποδοτικότητας των μικροτέρων νοσοκομείων κατά τη μελετώμενη περίοδο ακολουθούν μια σταθερότητα. Οι τιμές της αποδοτικότητας των μικρών νοσοκομείων είναι σχεδόν σταθερές καθόλη τη διάρκεια της περιόδου.
- Οι τιμές της αποδοτικότητας των νοσοκομείων με τα οικονομικά στοιχεία δείχνουν τα εξής : Η τεχνική και η αποδοτικότητα κλίμακας μειώνονται κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου και Παπαδήμου, μειώνονται περαιτέρω και ανακάμπτουν μερικώς κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά. Η καθαρή αποδοτικότητα μειώνεται ελαφρώς κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπαδρέου, ανακάμπτει ελαφρώς κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Παπαδήμου και μειώνεται και ανακάμπτει κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά.

Ως προς την επίδραση των πολιτικών υγείας σε καθεμία από αυτές τις κατηγορίες αποδοτικότητας κατά τη μελετώμενη περίοδο, η απάντηση των ερωτημάτων της έρευνας έχει ως εξής:

- Οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης επιδιώκουν να μειώσουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και να αυξήσουν την αποδοτικότητα. Όπως φαίνεται από τη μελέτη, η επιχειρούμενη αύξηση της αποδοτικότητας ήταν προσανατολισμένη κυρίως στη μείωση των εισροών. Η αύξηση της αποδοτικότητας θεωρητικά γίνεται με τη μείωση των εισροών και την αύξηση των εκροών. Η κυβέρνηση Παπανδρέου, για παράδειγμα, μείωσε τις εισροές μέσω της πολιτικής μείωσης προσωπικού,

της πολιτικής μείωσης των εισοδημάτων, των συγχωνεύσεων νοσοκομείων προκάλεσαν, τη μείωση τιμών προμηθειών, της πολιτικής ενίσχυσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του περιορισμού των νοσοκομειακών φαρμάκων. Όμως οι τιμές της αποδοτικότητας συγκρατούνται και ο λόγος είναι οι μεταβολές των των εξαγωγών και των ημερών νοσηλείας. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην απομάκρυνση των ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία για λόγους σχετικά με τη μειωμένη παροχή υπηρεσιών και τη θέσπιση εισιτηρίων. Επομένως, ο συνδυασμός των αποτελεσμάτων στις εισροές και στις εκροές είναι αυτός που καθορίζει τη μεταβολή της αποδοτικότητας. Πολιτικές μείωσης των εισροών ακολούθησαν όλες οι κυβερνήσεις της μελετώμενης περιόδου. Η ανάλυση του τρόπου με τον οποίο οι κυβερνήσεις επιχείρησαν να μειώσουν τις εκροές και να αυξήσουν τις εκροές συνοψίζεται στην ενότητα των συμπερασμάτων.

- Η ποσοτική επίδραση των πολιτικών λιτότητας κατά τη μελετώμενη περίοδο στις τιμές της αποδοτικότητας αναλύεται στην επίδραση τους στις δαπάνες σε συνδυασμό με την επίδραση τους στις υπόλοιπες εισροές (όπου αυτή υφίσταται). Οι πολιτικές λιτότητας μειώνουν δραστικά τις δαπάνες, και περιορίζουν γενικότερα τις εισροές των νοσοκομείων στην οικονομική κρίση. Όμως, ταυτόχρονα με τη μείωση των εισροών μειώνονται δραστικά και οι εκροές. Αυτό το γεγονός έχει σαν αποτέλεσμα, ενώ το κόστους για τις υπηρεσίες υγείας να μειώνεται δραστικά, οι τιμές της αποδοτικότητας να μην αυξάνονται. Στα συμπεράσματα συνοψίζεται η ανάλυση της επίδρασης των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα σε σχέση με την ποσοτική μείωση των εισροών και την ποσοτική μείωση των εκροών, που αφορά το ερώτημα αυτό.

## **9.2 Αντιμετώπιση δυσκολιών της έρευνας**

Η έρευνα κατά την πραγματοποίηση της συνάντησε ορισμένες δυσκολίες που έπρεπε να ξεπεραστούν. Οι δυσκολίες αυτές αφορούσαν κυρίως τη χορήγηση των στοιχείων από τους αρμόδιους Οργανισμούς. Οι κυριότερες δυσκολίες οι οποίες συναντήθηκαν στην έρευνα και ξεπεράστηκαν ήταν οι εξής :

- Αρχική χορήγηση στοιχείων από την ΕΛΣΤΑΤ. Χρειάστηκε να τηρηθεί μια αυστηρή διαδικασία αδειοδότησης για τη χορήγηση στοιχείων που περιελάμβανε ενδιάμεσα στάδια και η υπογραφή σύμβασης μεταξύ του Οργανισμού αυτού, του Επιβλέποντος Καθηγητή και του Υποψηφίου Διδάκτορος.

- Χορήγηση αδείας για τη λήψη στοιχείων από το Υπουργείο Υγείας. Μετά από τις προσπάθειες, το Υπουργείο Υγείας χορήγησε άδεια για τη συλλογή στοιχείων από τις Υγειονομικές Περιφέρειες.
- Χορήγηση αδειών από τις Υγειονομικές Περιφέρειες για τη συλλογή στοιχείων από τα Νοσοκομεία αρμοδιότητας τους.
- Αιτήσεις σε όλα τα Νοσοκομεία αρμοδιότητας ορισμένων Υγειονομικών Περιφερειών για τη χορήγηση εξειδικευμένων στοιχείων και επανηλλειμένες επικοινωνίες προκειμένου να συλλεγούν προηγουμένως ελλιπή στοιχεία, από κάθε νοσοκομείο συνολικά.
- Διαπίστωση ότι η έρευνα όφειλε να συμπεριλάβει επικαιροποιημένα και διευρυμένα στοιχεία. Μετά από αυτό ακολουθήθηκε νέος κύκλος χορήγησης στοιχείων και ερευνών.
- Δεύτερη χορήγηση στοιχείων από την ΕΛΣΤΑΤ. Επανάληψη των σταδίων της διαδικασίας την υλοποίησης ενδιάμεσων σταδίων και υπογραφή σύμβασης μεταξύ του Οργανισμού, του Επιβλέποντος Καθηγητή και του Υποψηφίου Διδάκτορος.
- Αρχικά επιχειρήθηκε και μια χορήγηση στοιχείων από το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας, η οποία σιωπηρώς απορρίφθηκε από τον Οργανισμό αυτό.

Πέραν της χορήγησης στοιχείων, χρειάστηκε να παρουσιαστούν τα ευρήματα της έρευνας σε Εθνικά και Διεθνή συνέδρια, να δημοσιευτούν τα αποτελέσματα της έρευνας σε πρακτικά συνεδρίων και σε Διεθνή Επιστημονικά Περιοδικά και να διδαχθούν τα ευρήματα της έρευνας στο Πανεπιστήμιο της Κοινωνίας (Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου).

### 9.3 Συμπεράσματα

Η επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων μπορεί να εκτιμηθεί, ξεκινώντας από ένα χρονικό διάστημα πριν την οικονομική κρίση και μελετώντας την επίδραση αυτή πριν, κατά την έναρξη και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Για το λόγο αυτό μετρήθηκαν οι τιμές της αποδοτικότητας κατά την πλήρη θητεία τεσσάρων κυβερνήσεων (από το 2006 έως και το 2014) και μελετήθηκε η επίδραση των πολιτικών υγείας καθεμιάς κυβέρνησης στις τιμές αυτές.

Ξεκινώντας από τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας που προκύπτει κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Καραμανλή, συμπεραίνονται τα εξής ως προς την επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα:

- Οι πολιτικές υγείας της Κυβέρνησης Καραμανλή επιδρούν θετικά στη μεταβολή της τεχνικής, της καθαρής και της αποδοτικότητας κλίμακας.

- Επιτυγχάνεται μια μικρή άνοδος των δυνατοτήτων παραγωγής των νοσοκομείων με βάση τους πόρους που χρησιμοποιούν και αναφέρεται στην επίδοση της διαχειριστικής απόδοσης που εκφράζεται στη μεταβολή της καθαρής αποδοτικότητας.
- Επιτυγχάνεται μια ορθότερη προσαρμογή ως προς την επάρκεια μεγέθους για να εφαρμοστούν οι οικονομίες κλίμακας και την επιτυχία της ηγεσίας να επιλέξει το βέλτιστο μέγεθος του νοσοκομείου, που εκφράζεται στην αποδοτικότητα κλίμακας.
- Επιτυγχάνεται αύξηση της δυνατότητας παραγωγής υπηρεσιών υγείας με βάση δεδομένους πόρους, που εκφράζεται στη μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Καραμανλή επιδρούν στις εισροές και τις εκροές των νοσοκομείων. Με τον τρόπο αυτό οι πολιτικές υγείας επιδρούν στην αποδοτικότητα με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Η επίδραση που έχει καθεμία από τις πολιτικές υγείας στην αποδοτικότητα έχει ως εξής :

- Η πολιτική αύξησης του αριθμού των ιατρών συγκρατεί την αύξηση της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας.
- Η αναδιανομή κλινών και η επέκταση του μεγέθους των νοσοκομείων επιτυγχάνουν την σωστή κατανομή στην κλίμακα των νοσοκομείων και την αύξηση της αποδοτικότητας κλίμακας.
- Η αναπτυξιακή πολιτική των δημοσίων νοσοκομείων επιτυγχάνει την αύξηση των τιμών της αποδοτικότητας μέσω της αυξημένης κατεύθυνσης των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία.
- Η αναπτυξιακή πολιτική των δημοσίων νοσοκομείων μαζί με την ταχύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας που προκύπτει και η αυξημένη κατεύθυνση των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία, προκαλεί μείωση του αριθμού των ημερών νοσηλείας με αποτέλεσμα τη συγκράτηση της αποδοτικότητας.
- Η αναπτυξιακή πολιτική των δημόσιων νοσοκομείων κατά αυτήν την περίοδο προκαλεί την αύξηση των εισροών, οι οποίες συγκρατούν την περεταίρω αύξηση της αποδοτικότητας.

Η επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα, με βάση τα όσα προαναφέρθηκαν, φαίνεται περισσότερο ακόμη στη μελέτη αποδοτικότητας με βάση τον περιορισμό βαρών. Ο περιορισμός βαρών των ιατρών έναντι των νοσηλευτών και στη συνέχεια έναντι του διοικητικού προσωπικού καταδεικνύει ευκρινώς τη θετική μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Η επιτυχημένη επιλογή των περιορισμών βαρών, συμβάλει στην ανάδειξη αυτή.

Τα μεγάλα νοσοκομεία κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή, εμφανίζουν αύξηση στις τιμές της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας, αλλά μείωση στην αποδοτικότητα κλίμακας. Τα μεγάλα

νοσοκομεία εμφανίζουν ιδιαιτερότητες σε σχέση με τα γενικά νοσοκομεία τα οποία επηρεάζουν τη μεταβολή των εισροών και των εκροών του και διαφοροποιούνται ως προς τις επιδράσεις των πολιτικών υγείας από τα γενικά νοσοκομεία. Τέτοιες είναι η μη ύπαρξη ελευθέρων οργανικών κενών στα μεγάλα νοσοκομεία που συγκρατεί την αύξηση των ιατρών. Η αύξηση των εισαγωγών είναι μεγαλύτερη στα μεγάλα νοσοκομεία, στα οποία παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Ο μεγάλος αριθμός κλινών των μεγάλων νοσοκομείων επιτρέπει την αύξηση των εισαγωγών.

Τα μικρά νοσοκομεία κατά την υποπερίοδο αυτή, αυξάνουν με ένα μικρό αλλά σχετικά σταθερό ρυθμό τις τιμές της τεχνικής και της αποδοτικότητας κλίμακας ενώ εμφανίζουν μια πολύ μικρή αυξομείωση στην καθαρή αποδοτικότητα. Η αύξηση αυτή δεν εμφανίζει γραμμική συσχέτιση με καμία από τις εισροές και τις εκροές, δεδομένου ότι αυτές μεταβάλλονται ακανόνιστα. Είναι η σύνθετη μεταβολή των εισροών και των εκροών αυτή που επιδρά στη μικρή αύξηση των τιμών της αποδοτικότητας. Οι πολιτικές της κυβέρνησης Καραμανλή επιδρούν θετικά στη μεταβολή της τεχνικής και της καθαρής αποδοτικότητας και η μεταβολή αυτή, αν και προκύπτει από τη μελέτη, δεν δύναται να ερμηνευτεί (σε αντίθεση με τις υπόλοιπες περιπτώσεις), με βάση την επίδραση καθεμιάς από τις πολιτικές υγείας στη μεταβολή συγκεκριμένων εισροών ή εκροών. Επίσης, τα μικρά νοσοκομεία είναι ευαίσθητα σε τυχαίες ακόμα και μικρές μεταβολές των εισροών και των εκροών.

Συνοψίζοντας, η κυβέρνηση Καραμανλή, δια των πολιτικών υγείας που υλοποίησε, κατόρθωσε να επιδράσει θετικά στη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Οι πολιτικές υγείας που εφάρμοσε, σε μια περίοδο κατά την οποία δεν είχε εκδηλωθεί ακόμη η οικονομική κρίση και δεν ήταν επιβλημένη η πολιτική αυστηρής λιτότητας, συνετέλεσαν σε αυτή την αύξηση. Εάν και η κυβέρνηση Καραμανλή ήταν προσανατολισμένη στη συγκράτηση του κόστους, η αναγκαιότητα της οποίας είχε γίνει αντιληπτή από παλαιότερα, η συγκράτηση αυτή γινόταν με βραδύ ρυθμό και με αναβλητικότητα. Η αναπτυξιακή πολιτική με την ευρεία χρηματοδότηση του δημοσίου τομέα υγείας, οδήγησε στην παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών οι οποίες ήταν δωρεάν για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας και σε μεγάλη αύξηση των εκροών αλλά και των εισροών, με τελικό αποτέλεσμα όπως φαίνεται από τη μελέτη, την αύξηση των τιμών της αποδοτικότητας. Όπως φαίνεται από τη μελέτη WDEA, η αναπτυξιακή πολιτική της κυβέρνησης Καραμανλή, η οποία υλοποιείται με μέτρα αύξησης του προσωπικού, με απόκτηση σύγχρονων μηχανημάτων και με εισαγωγή αποτελεσματικών μεθόδων παροχής ιατρικών υπηρεσιών, προκαλεί την αύξηση τόσο των εισροών, όσο και των εκροών. Η αύξηση των εισροών εκδηλώνεται μέσω της συνεχούς αύξησης του προσωπικού και του αριθμού κλινών, ενώ η αύξηση των εκροών με τη συνεχή αύξηση εξελθόντων και ημερών νοσηλείας. Φαίνεται πως η κυβέρνηση Καραμανλή, αυτή την υποπερίοδο, χωρίς



ουσιαστικές πολιτικές περιορισμού του κόστους, ενεργεί προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικότητας υγείας και της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας (δεδομένου ότι είναι μια υποπερίοδος κατά την οποία η πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία είναι ουσιαστικά ελεύθερη σε όλους τους λήπτες υπηρεσιών υγείας). Παράλληλα, όπως προκύπτει από τη μελέτη DEA, η αποδοτικότητα αυξάνεται. Η αποδοτικότητα αυξάνεται με την εξής εικόνα : αυξάνονται οι εισροές, αυξάνονται περισσότερο οι εκροές. Αυτή η εικόνα δεν είναι εικόνα της αποδοτικότητας κατά Pareto. Περισσότερο μοιάζει με μια εικόνα αύξησης των εισροών με ταυτόχρονη μεγαλύτερη αύξηση των εκροών που ακολουθεί μια αναπτυξιακή πορεία. Φαίνεται πως η αναπτυξιακή πολιτική σε συνδυασμό με την απουσία ουσιαστικού περιορισμού του κόστους επιτρέπει την ταυτόχρονη βελτίωση της αποδοτικότητας μαζί με την αποτελεσματικότητα και την ισότητα.

Η κυβέρνηση Παπανδρέου ευρέθη μπροστά σε μια πολύ δύσκολη οικονομική κατάσταση, με το εξαιρετικά διογκωμένο δημόσιο χρέος και ένα υπερβολικά μεγάλο έλλειμμα. Μετά την αρχική περίοδο διακυβέρνησης κατά την οποία απέφυγε τη λήψη μέτρων λιτότητας, προκειμένου να μην επωμισθεί το πολιτικό κόστος, εξαναγκάστηκε στην υπογραφή μνημονίου συνεργασίας με αυστηρούς όρους για την επιβολή λιτότητας και μεταρρυθμίσεων και την παρακολούθηση της εφαρμογής τους από τους δανειστές. Υπό την πολιτική πίεση αυτή, εφάρμοσε μέτρα αυστηρής λιτότητας, τα οποία στόχευαν στην μείωση του κόστους και στην αύξηση της αποδοτικότητας. Η κυβέρνηση Παπαδήμου, ανήλθε στην εξουσία ως συνέχεια της προηγούμενης κυβέρνησης, προκειμένου να ολοκληρώσει το έργο της. Από τις πολιτικές υγείας και τα μέτρα συνεπεία των πολιτικών αυτών που πήραν οι κυβερνήσεις αυτές, προέκυψε μεταβολή των εισροών και εκροών των δημοσίων νοσοκομείων με τελικό αποτέλεσμα τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας των νοσοκομείων αυτών. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης Window-DEA για τα γενικά νοσοκομεία για την υποπερίοδο της διακυβέρνησης Παπανδρέου και Παπαδήμου συνάγονται τα εξής συμπεράσματα :

- Οι πολιτικές υγείας των κυβερνήσεων αυτών μειώνουν την τεχνική αποδοτικότητα, μειώνουν ελαφρά την καθαρή αποδοτικότητα και προκαλούν μια αυξομείωση της αποδοτικότητας κλίμακας.
- Οι δυνατότητες παραγωγής των νοσοκομείων με βάση τους πόρους που χρησιμοποιούν μειώνονται ελαφρώς κατά την περίοδο αυτή και η επίδοση της διαχειριστικής απόδοσης μειώνεται.
- Η τοποθέτηση νοσοκομείων στην κλίμακα δεν παρουσιάζει μεταβολή προς αύξηση ούτε προς μείωση αλλά μια διακύμανση. Η διακύμανση της αποδοτικότητας κλίμακας οφείλεται στην

αυξομείωση του μεγέθους των νοσοκομείων και του αριθμού των κλινών τους και δεν επιτυγχάνει αύξηση.

- Η δυνατότητας παραγωγής υπηρεσιών υγείας με βάση δεδομένους πόρους, που εκφράζεται στη μεταβολή της τεχνικής αποδοτικότητας, υπό την επίδραση της μεταβολής των υπολοίπων τιμών της αποδοτικότητας, παρουσιάζει μείωση.

Οι πολιτικές υγείας που ασκούνται από τις κυβερνήσεις στην υποπερίοδο αυτή έχουν έντονη επίδραση στη μεταβολή των εισροών και των εκροών. Η σχέση των πολιτικών υγείας και των εισροών και εκροών έχει ως εξής :

- Η πολιτική μείωσης προσωπικού προκάλεσε μείωση του αριθμού των εργαζομένων.
- Η πολιτική μείωσης των εισοδημάτων, προκάλεσε μείωση του αριθμού των εργαζομένων μέσω της οικειοθελούς αποχώρησης ή της άρνησης πρόσληψης.
- Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων προκάλεσαν μείωση του αριθμού των κλινών των νοσοκομείων.
- Η πολιτική μείωσης των τιμών προμηθειών, οδήγησε στην δημιουργία κύματος φυγής ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία, μέσω των ελλείψεων και των καθυστερήσεων στην πρόσληψη των υλικών.
- Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση που επέβαλε τη δραστική μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών συνέβαλε στην απομάκρυνση των ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία.
- Ο περιορισμός νοσοκομειακών φαρμάκων, που υλοποιήθηκε με τις μειώσεις τιμών και την εισαγωγή θετικού καταλόγου, μείωσε τους προσερχόμενους ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία.

Ως προς τη μελέτη Window-DEA όλων των νοσοκομείων με τα οικονομικά στοιχεία των δαπανών των νοσοκομείων και την επίδραση των πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων αυτών στις εισροές – εκροές και στην αποδοτικότητα προέκυψαν τα εξής :

- Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν μείωσαν και στη συνέχεια διατήρησαν σταθερή την τεχνική αποδοτικότητα
- Οι πολιτικές συγχωνεύσεων των νοσοκομείων προκάλεσαν τη μείωση του αριθμού των κλινών των νοσοκομείων, άρα επιχείρησαν να αυξήσουν την αποδοτικότητα.
- Η πολιτική μείωσης προσωπικού προκάλεσε τη μείωση του αριθμού του διοικητικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, άρα επιχείρησε να αυξήσει την αποδοτικότητα.

- Οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν με τη λήψη μέτρων λιτότητας σε θέματα προμηθειών, υλικών και φαρμάκων προκάλεσαν τη μεγάλη μείωση των δαπανών των νοσοκομείων, γεγονός θετικό για τη μεταβολή της αποδοτικότητας.
- Η πολιτική μείωσης των υπηρεσιών υγείας προκάλεσε το κύμα της μη προσέλευσης ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία και τη μείωση των εισαγωγών και εξαγωγών ασθενών, γεγονός δυσμενές για τη μεταβολή της αποδοτικότητας.
- Η πολιτική συγχωνεύσεων νοσοκομείων είχε ως αποτέλεσμα τη άνοδο των ημερών νοσηλείας, λόγω της συσσώρευσης σε ορισμένα νοσοκομεία των εισερχομένων ασθενών, γεγονός το οποίο επιχείρησε να αυξήσει την αποδοτικότητα.
- Η πολιτική συγχωνεύσεων νοσοκομείων προκαλεί αναδιανομή των κλινών, η οποία όμως δεν μεταβάλλει θετικά την αποδοτικότητα κλίμακας.
- Επιτυγχάνεται μεγάλη μείωση του κόστους όπως προκύπτει από τη μείωση των δαπανών στο σύνολο των νοσοκομείων. Η μείωση του κόστους όμως δεν κατορθώνει να αυξήσει την τιμή της τεχνικής αποδοτικότητας, η οποία μειώνεται.

Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης Παπανδρέου κατορθώνουν μόνο την αύξηση της αποδοτικότητας κλίμακας των μεγάλων νοσοκομείων. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην ανακατανομή των κλινών και στη μείωση του μεγέθους που τοποθετεί τα μεγάλα νοσοκομεία καλύτερα στην κλίμακα. Αντίθετα, οι πολιτικές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση τόσο της καθαρής όσο και της τεχνικής αποδοτικότητας. Η μείωση αυτή συμβαίνει κυρίως συνεπεία της μεγάλης μείωσης του αριθμού ημερών νοσηλείας και του αριθμού των εξελθόντων ασθενών, που είναι συνέπεια της κατεδάφισης της φήμης του δημοσίου νοσοκομείου και την απομάκρυνση ασθενών από αυτό.

Οι πολιτικές υγείας δεν κατορθώνουν να επιδράσουν θετικά στην αύξηση των τιμών της αποδοτικότητας των μικρών νοσοκομείων. Προκαλούν μια σταθερότητα στην καθαρή αποδοτικότητα και σταθερότητα μετά από μείωση στην τεχνική και αποδοτικότητα κλίμακας. Οι μειώσεις αυτές πραγματοποιούνται κατά την πρώτη εφαρμογή των πολιτικών υγείας, στην ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που ακολουθεί τη λήψη αυστηρών μέτρων υπό την πίεση των δανειστών. Οι ελαφρές αυτές μεταβολές δεν σχετίζονται με τις μεταβολές των εισροών και των εκροών, οι οποίες μεταβάλλονται ακανόνιστα, αλλά με μια σύνθετη μεταβολή των εισροών και εκροών αυτών.

Η εξήγηση της επίδρασης των πολιτικών υγείας των Ελληνικών κυβερνήσεων Παπανδρέου και Παπαδήμου στην αρνητική μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας κατά την οικονομική κρίση, δίδεται από το γεγονός ότι υπό την πίεση των δανειστών προς τις Ελληνικές κυβερνήσεις, η αυστηρή πολιτική λιτότητας μειώνει εκτός από τις εισροές και τα παραγόμενα του συστήματος υγείας. Το

κόστος δαπανών των δημοσίων νοσοκομείων μειώνεται δραστικά από έτος σε έτος, ωστόσο φαίνεται ότι ο σκοπός των κυβερνήσεων είναι ακριβώς αυτός : η απότομη μείωση του κόστους προκειμένου να εξυπηρετηθεί το Ελληνικό δημόσιο χρέος. Υπό την πίεση χρόνου και απαιτήσεων ενός εξαιρετικά αυξημένου δημοσίου χρέους, οι κυβερνήσεις δεν προλαβαίνουν να εκπονήσουν και να υλοποιήσουν ένα σχέδιο αύξησης της αποδοτικότητας. Τη μείωση των δαπανών των νοσοκομείων ακολουθεί η μείωση των παραγομένων των νοσοκομείων, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις ακολουθεί έναν ταχύ ρυθμό. Σε συνδυασμό με ένα ταραγμένο κοινωνικό περιβάλλον το οποίο αντιδρά με κάθε τρόπο στα νέα δεδομένα, η μείωση των παραγομένων οδηγεί στη μείωση των τιμών της αποδοτικότητας. Οι πολιτικές Παπανδρέου ήταν προσανατολισμένες και πέτυχαν την μεγάλη συγκράτηση του κόστους και όχι την άνοδο της αποδοτικότητας, με αποτέλεσμα η αποδοτικότητα των νοσοκομείων να μειωθεί. Αυτό προκύπτει κυρίως από τη μελέτη χωρίς τα οικονομικά στοιχεία, ενώ η εικόνα μείωσης είναι πιο ήπια (και με σταθερότητα της καθαρής αποδοτικότητας) στη μελέτη με τα οικονομικά στοιχεία, όπου η μείωση των δαπανών συντελεί στη συγκράτηση των τιμών της αποδοτικότητας.

Κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά, οι τιμές της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων παρουσιάζουν μείωση κατά το 2013, ενώ κατά το 2014 ανακάμπτουν. Οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης αυτής προκαλούν μια παρόμοια μεταβολή (με μικρές διαφορές) στην τεχνική, την καθαρή και την αποδοτικότητα κλίμακας.

Η μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας με βάση τη μεταβολή των εισροών και των εκροών ερμηνεύεται ως εξής : κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά, τόσο οι εισροές όσο και οι εκροές μειώνονται. Ο ρυθμός μεταβολής των εισροών και των εκροών μεταξύ των δύο ετών, είναι αυτός που καθορίζει τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας. Η πτώση των εκροών είναι μεγαλύτερη κατά το έτος 2013 και μικρότερη το 2014, ενώ για τις εισροές συμβαίνει το αντίστροφο. Ιδιαίτερος παράγοντας αποτελεί η μείωση των ιατρών που οφείλεται σε κύμα φυγής προς το εξωτερικό.

Οι πολιτικές υγείας που επέδρασαν στις εισροές και στις εκροές είναι οι εξής :

- Οι συγχωνεύσεις μονάδων υγείας, επιδρούν στην ανακατανομή των κλινών και στην αλλαγή του μεγέθους των νοσοκομείων μειώνοντας την αποδοτικότητα κλίμακας.
- Οι πολιτικές μείωσης προσωπικού συνέχισαν να εφαρμόζονται και να επηρεάζουν αρνητικά τις εκροές και με αυτό τον τρόπο να επιδρούν θετικά στην αποδοτικότητα.
- Η πολιτική περιορισμού της πρόσβασης σε ευπαθείς ομάδες, επηρέασε αρνητικά την αποδοτικότητα, δεδομένου ότι απομάκρυνε ένα μέρος των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία, με σκοπό τον περιορισμό του κόστους.

- Η αντισταθμιστική πολιτική της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση της έλλειψης φαρμάκων, επέδρασε ελαφρώς στην αποκατάσταση της φήμης των δημοσίων νοσοκομείων και έτεινε να ανακάμψει την αποδοτικότητα.
- Η πολιτική της κυβέρνησης για την κάλυψη των ανασφάλιστων ασθενών, που θεωρητικά θα επιδρούσε στην αποδοτικότητα δεν απέδωσε και εγκαταλείφθηκε.
- Η πολιτική παραχώρησης κλινών και υπηρεσιών σε ιδιώτες, συνέβαλε στη μείωση των προσερχομένων και εξελθόντων ασθενών και συνέβαλε στη μείωση της αποδοτικότητας.
- Οι πολιτικές υγείας λιτότητας της κυβέρνησης Σαμαρά προκάλεσαν μια γενικότερη κοινωνική αναταραχή, η οποία συνέβαλε στην απομάκρυνση των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία και επομένως στην μείωση της αποδοτικότητας τους.
- Η πολιτική ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα και η συνεπακόλουθη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα οδήγησαν στην μείωση των προσερχόμενων ληπτών υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία.
- Η λειτουργία της ΠΦΥ ως φίλτρο, κατευθύνει ορισμένους μόνο ασθενείς που απευθύνονται σε αυτήν προς τα δημόσια νοσοκομεία, μειώνοντας τον αριθμό των προσερχομένων και των εξελθόντων ασθενών και επιχειρώντας να μειώσει την αποδοτικότητα.

Η αρνητική μεταβολή της αποδοτικότητας των μεγάλων νοσοκομείων, εμφανίζεται κατά το έτος 2013, σε αντίθεση με το επόμενο έτος όπου οι τιμές της αποδοτικότητας παραμένουν σχεδόν σταθερές. Η μεταβολή των τιμών αυτών όμως, ακολουθεί μια διαφορετική πορεία για τα μεγάλα νοσοκομεία, τα οποία αυξάνουν την αποδοτικότητα κλίμακας ενώ μειώνουν τις υπόλοιπες τιμές της αποδοτικότητας τους. Αυτή η διαφοροποίηση σε σχέση με τα γενικά νοσοκομεία, οφείλεται στις ιδιαιτερότητες των μεγάλων νοσοκομείων και του τρόπου με τον οποίο αντιδρούν στην εφαρμογή των πολιτικών υγείας.

Τα μικρά νοσοκομεία κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά εμφανίζουν σχετική σταθερότητα στις τιμές της αποδοτικότητας. Η καθαρή αποδοτικότητα αυτών, εκκινεί από σχεδόν απόλυτη τιμή και δεν μεταβάλλεται. Η τεχνική και η αποδοτικότητα κλίμακας εκκινούν από πολύ χαμηλές τιμές και αυξάνονται ελάχιστα. Φαίνεται πως οι πολιτικές υγείας της διακυβέρνησης αυτής δεν κατόρθωσαν να μεταβάλλουν την τιμή της αποδοτικότητας. Τα μικρά νοσοκομεία είναι ευαίσθητα ακόμη και σε πολύ μικρές τυχαίες μεταβολές των εισροών και εκροών τους και αυτό δείχνουν και κατά την υποπερίοδο αυτή, δεδομένου ότι περισσότερο επηρεάζονται από τυχαίες μεταβολές παρά από εσκεμμένες πολιτικές υγείας. Οι αυξομειώσεις των εισροών σε συνδυασμό με την απροσδόκητη αύξηση των ημερών νοσηλείας συγκρατούν την αποδοτικότητα σε σταθερά επίπεδα.

Από τη μελέτη με τη συμμετοχή των οικονομικών στοιχείων, προκύπτει ότι κατά την περίοδο της διακυβέρνησης Σαμαρά εμφανίζεται μια μείωση όλων των τιμών της αποδοτικότητας το 2013 και μια ανάκαμψη το 2014. Η ανάκαμψη είναι μεγαλύτερη για την καθαρή αποδοτικότητα, η οποία υπερβαίνει την αρχική τιμή της υποπεριόδου, μικρότερη για την τεχνική αποδοτικότητα, η οποία δεν υπερβαίνει την αρχική τιμή της υποπεριόδου και πιο μικρή ακόμα για την αποδοτικότητα κλίμακας η οποία ανακάμπτει κατά λίγο.

Οι πολιτικές υγείας επηρεάζουν τη μεταβολή των τιμών της αποδοτικότητας κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά, με τη συμπερίληψη των οικονομικών στοιχείων, όπως και στην περίπτωση που δεν συμπεριλαμβάνονταν τα οικονομικά στοιχεία. Τα οικονομικά στοιχεία επιτρέπουν τη μελέτη του τρόπου με τον οποίο οι πολιτικές υγείας λιτότητας επηρεάζουν τα οικονομικά στοιχεία και επομένως τις εισροές. Η κυβέρνηση Σαμαρά επιτυγχάνει μια συγκράτηση κόστους που ποτέ πριν στο παρελθόν δεν είχε επιτευχθεί. Φαίνεται πως οι πολιτικές υγείας της κυβέρνησης αυτής είναι προσανατολισμένες στη συγκράτηση του κόστους, παρά στην άνοδο της αποδοτικότητας. Κατά το πρώτο έτος της διακυβέρνησης της, οι τιμές της αποδοτικότητας ελαττώνονται ως αποτέλεσμα των πολιτικών υγείας, σε συνδυασμό με μια έντονη κοινωνική αναταραχή η οποία αναπτύσσεται εναντίον των μέτρων σκληρής λιτότητας. Στη συνέχεια, μια φυγή των ιατρών προς το εξωτερικό σε συνδυασμό με μια ελλάτωση μείωσης των εκροών οι οποίες έχουν ήδη μειωθεί κατά πολύ, οδηγεί στην ανάκαμψη των τιμών της αποδοτικότητας.

Οι τιμές της αποδοτικότητας, σε γενικές γραμμές, αυξάνονται κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή, μειώνονται κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου και μειώνονται αλλά ανακάμπτουν κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά. Η μεταβολή αυτή των τιμών της αποδοτικότητας, όπως προέκυψε από τις μελέτες WDEA, οφείλεται στην θετική ή αρνητική μεταβολή κάθε μιας από τις εισροές ή τις εκροές κάθε νοσοκομείου. Οι εισροές και οι εκροές σε κάθεμια υποπερίοδο μεταβάλλονται ως αποτέλεσμα της υλοποίησης των πολιτικών υγείας, μέσω ορισμένων μέτρων τα οποία αυξάνουν ή μειώνουν τις εισροές και επομένως επιδρούν στην αποδοτικότητα. Κατά τη διακυβέρνηση Καραμανλή, οι πολιτικές υγείας, όπως προαναφέρθησαν, επιδρούν περισσότερο στις εκροές, μέσω της αύξησης των παραγόμενων από τα νοσοκομεία μεγέθη και λιγότερο στις εισροές, δηλαδή στην αύξηση προσωπικού και στις κλίνες, με αποτέλεσμα οι τιμές της αποδοτικότητας να μεταβάλλονται θετικά, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα των μελετών DEA. Κατά τη διακυβέρνηση Παπανδρέου, οι πολιτικές αυστηρής λιτότητας προκαλούν μεγάλη μείωση των εισροών αλλά μεγαλύτερη μείωση των εκροών και μειώνουν τις τιμές της αποδοτικότητας. Φαίνεται πως οι πολιτικές Παπανδρέου δεν είναι προσανατολισμένες στην αποδοτικότητα, διότι επιδιώκουν πρωτίστως τη μείωση του κόστους και τη μείωση των εισροών, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τη μείωση των εκροών. Οι πολιτικές Παπανδρέου

προκαλούν μια μικρότερη λειτουργία των νοσοκομείων (σε μικρότερους πόρους αντιστοιχούν μικρότερα παραγόμενα) και με αυτόν τον τρόπο γίνεται δυνατή η συγκράτηση του κόστους. Κατά τη διακυβέρνηση Σαμαρά, οι πολιτικές περεταίρω λιτότητας μειώνουν τις εισροές και οι εκροές μειώνονται από την απομάκρυνση ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία. Μια απροσδόκητη μείωση των ιατρών, που εγκαταλείπουν το σύστημα υγείας, σε συνδυασμό με μια μικρή μείωση των εκροών που έχουν ήδη μειωθεί αρκετά, ανακάμπουν κατά το τελευταίο έτος τις τιμές της αποδοτικότητας. Φαίνεται πως οι πολιτικές Σαμαρά δεν είναι προσανατολισμένες στην αποδοτικότητα αλλά στη μείωση του κόστους και στην περεταίρω μείωση του κύκλου υπηρεσιών των δημοσίων νοσοκομείων (να προσαρμοστούν τα παραγόμενα στους μειούμενους πόρους). Αυτό που προκύπτει γενικά από όλες τις υποπεριόδους της μελέτης είναι ότι οι πόροι και τα παραγόμενα των νοσοκομείων αυξάνονται ως αποτέλεσμα των μέτρων των πολιτικών υγείας των κυβερνήσεων πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και μειώνονται για τον ίδιο λόγο μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης. Όμως, η αυξομείωση αυτή δεν επικεντρώνεται στην αύξηση της αποδοτικότητας, δηλαδή δεν υπάρχει μέριμνα για τη συγκράτηση των εισροών έναντι των εκροών, ώστε να αυξηθεί σκοπούμενα η αποδοτικότητα. Για την προκρίσης περίοδο, εφαρμόζεται αναπτυξιακή πολιτική χωρίς ιδιαίτερο περιορισμό κόστους η οποία οδηγεί στην αύξηση παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών σε όλους, αυξάνοντας τις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου νοσοκομείου, ενώ για την μετά κρίση περίοδο, εφαρμόζονται πολιτικές υγείας αυστηρής λιτότητας, που σκοπεύουν στον περιορισμό του κόστους μέσω ελάτωσης των υπηρεσιών υγείας των δημοσίων νοσοκομείων.

## 9.4 Συζήτηση

Η έρευνα ασχολήθηκε με τη μεταβολή της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας του Ελληνικού συστήματος υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Η έρευνα αυτή κατέδειξε την αρνητική επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποδοτικότητα των μονάδων υγείας. Οι πολιτικές υγείας γενικά αποσκοπούν στη συγκράτηση του κόστους και στην αύξηση της αποδοτικότητας. Η συγκράτηση του κόστους δύναται να αλληλεπιδράσει με την αύξηση της αποδοτικότητας, εφόσον τα παραγόμενα των νοσοκομείων μείνουν σταθερά ή αυξηθούν. Όμως στην περίπτωση της Ελλάδας, η μείωση των παραγομένων οδήγησε σε μείωση των τιμών της αποδοτικότητας. Πέραν της ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε, ορισμένοι επιπλέον παράγοντες χρήζουν προσοχής και μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο μελλοντικής έρευνας.

Η Ελλάδα αποτελεί ένα ισχυρό παράδειγμα ότι οι προσεγγίσεις top-down, οι υπερβολικά γρήγορες αλλαγές για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας δεν είναι ο κατάλληλος τρόπος για τη βελτίωση του συστήματος υγείας. Πριν το 2009 η πολιτική ατομία οδήγησε σε καθυστέρηση σημαντικών μεταρρυθμίσεων και αλλαγών. Παρόλο που πολλές από τις αλλαγές που προωθήθηκαν από το 2010 ήταν απαραίτητοι στόχοι, ήταν πολύ εκτεταμένες και πραγματοποιήθηκαν υπερβολικά γρήγορα. Μόλις η εφαρμογή των αλλαγών ξεκίνησε, ως μέρος των απαιτήσεων του μνημονίου, το πλαίσιο ήταν πολύ δυσμενές όσον αφορά την έλλειψη χρηματοδότησης, χρόνου και άλλων πόρων και αυτό το γεγονός επηρέασε δυσμενώς τη διαδικασία και τα αποτελέσματα. Επίσης, οι διαδικασίες μεταρρύθμισης μπορεί να προκαλέσουν ακούσιες συνέπειες. Τέτοιες συνέπειες είναι η επιδείνωση ιατρικών προγραμμάτων και η αύξηση των ασθενειών. Η διαχείριση της αλλαγής στην οικονομική κρίση, απαιτεί σημαντική δέσμευση στους στόχους του συστήματος υγείας, δέσμευση που στην χάραξη της Ελληνικής πολιτικής υγείας δεν υπήρξε, ώστε να μπορέσουν οι μεταρρυθμίσεις να εφαρμοστούν με επιτυχία (Economou et al., 2017). Τα θέματα αυτά μπορούν να εξεταστούν περαιτέρω και λεπτομερέστερα στα πλαίσια μιας μελλοντικής έρευνας.

Σύμφωνα με τους Movahedi et al. (2007) και Ozcan-Gunai & Tektas (2006), οι κρίσεις μειώνουν την αποδοτικότητα των οργανισμών οι οποίοι βρίσκονται υπό την επίδραση των κρίσεων αυτών. Η μείωση της αποδοτικότητας που παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα ενδέχεται να είναι προσωρινή και να αφορά το χρονικό διάστημα που μελετήθηκε. Με βάση τα αποτελέσματα της μέτρησης αποδοτικότητας φαίνεται ότι η αποδοτικότητα των μονάδων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης μειώνεται υπό την επίδραση των εφαρμοσθείσων πολιτικών υγείας, αλλά η μείωση αυτή κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Σαμαρά ανακάμπτει. Επομένως ενδέχεται η αποδοτικότητα των μονάδων υγείας να αυξηθεί και να υπερκεράσει τα πρότερα επίπεδα σε



περιόδους μετά από αυτές της παρούσας μελέτης. Επίσης, απαιτείται επιπλέον έρευνα σχετικά τη μελλοντική μεταβολή της αποδοτικότητας υπό την επίδραση των πολιτικών υγείας. Με τη μελλοντική καταγραφή και εισαγωγή και επεξεργασία στοιχείων σε ένα μεγαλύτερο χρονικό εύρος, μπορεί να δημιουργηθεί μια λεπτομερέστερη εικόνα για την επίδραση πολιτικών υγείας σε οικονομικές κρίσεις.

Η παρούσα μελέτη αφήνει χώρο για περαιτέρω έρευνα. Η έρευνα που μπορεί να πραγματοποιηθεί είναι ως προς την επίδραση των πολιτικών υγείας στην αποτελεσματικότητα και στην ισότητα κατά την περίοδο πριν την οικονομική κρίση. Με τον τρόπο αυτό θα κατεδειχτεί ευκρινέστερα ο προσανατολισμός των πολιτικών υγείας σε αυτά τα κριτήρια υγείας και θα συσχετιστεί καλύτερα με την επίδραση των πολιτικών αυτών στην αποδοτικότητα.

## Βιβλιογραφία

- Acemoglu, D., & Zilibotti, F. (2001). Productivity differences. *The Quarterly Journal of Economics*, 116(2), 563-606.
- Acharya, V. V., & Richardson, M. (2009). Causes of the financial crisis. *Critical review*, 21(2-3), 195-210.
- Afonso, A., & Aubyn, M. S. (2005). Non-parametric approaches to education and health efficiency in OECD countries. *Journal of applied economics*, 8(2), 227-246.
- Afonso, A., Ebert, W., Schuknecht, L., & Thöne, M. (2005). *Quality of public finances and growth*, (Working Paper n. 438), European Central Bank, 3-45.
- Afonso, A., Schuknecht, L. and Tanzi, V. (2003). "Public Sector Efficiency: an International Comparison," ECB Working Paper n. 242, forthcoming in *Public Choice*.
- Afonso, A., Schuknecht, L., & Tanzi, V. (2005). Public sector efficiency: an international comparison. *Public choice*, 123(3-4), 321-347.
- Afonso, A., Schuknecht, L., & Tanzi, V. (2010). Public sector efficiency: evidence for new EU member states and emerging markets. *Applied Economics*, 42(17), 2147-2164.
- Aiginger, K. (2009). The Current Economic Crisis: Causes, Cures and Consequences, Austrian Institute of Economic Research (WIFO), 1-30.
- Aigner, D., & Chu, S. (1968). On estimating the industry production function. *The American Economic Review*, 58(4), 826-839.
- Aigner, D., Lovell, C. K., & Schmidt, P. (1977). Formulation and estimation of stochastic frontier production function models. *Journal of econometrics*, 6(1), 21-37.
- Akçay, A. E., Ertek, G., & Büyüközkan, G. (2012). Analyzing the solutions of DEA through information visualization and data mining techniques: SmartDEA framework. *Expert systems with applications*, 39(9), 7763-7775.
- Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A., & Niakas, D. (2007). The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals. *Health Policy*, 83(2-3), 236-245.
- Allen, J., Barlow, J., Leal, J., Maloutas, T., & Padovani, L. (2004). *Housing and welfare in Southern Europe*. Oxford: Blackwell.

- Allen, R., Athanassopoulos, A., Dyson, R. G., & Thanassoulis, E. (1997). Weights restrictions and value judgements in data envelopment analysis: evolution, development and future directions. *Annals of operations research*, 73, 13-34.
- Anagnostopoulou, E., Diamanti, M., Kotsifis, U., Alexiadou, A., & Aggouria, A. (2014). Exploration of nursing students' views about the economic crisis in Greece. *Health Science Journal*, 8(1), 45-56.
- Andersen, P. & Petersen, N.C. (1993). A procedure for ranking efficient units in data envelopment analysis. *Management Science*, 39. 1261-12264.
- Anderson, J. (2006), *Public Policy Making, An Introduction, Boston and York* : Houghton Mifflin Company, 1-34.
- Andre F., & Cardenete M. (2009). Defining efficient policies in a general equilibrium model : a multi objective approach. *Socio-Economic Planning Sciences*, 43 (3), 192-200.
- Angle, H. L., & Perry, J. L. (1981). An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness. *Administrative science quarterly*, 26, 1-14.
- Arghyrou, M. G., & Tsoukalas, J. D. (2011). The Greek debt crisis: Likely causes, mechanics and outcomes. *The World Economy*, 34(2), 173-191.
- Arias, J., Azuara, O., Bernal, P., Heckman, J. J., & Villarreal, C. (2010). *Policies to promote growth and economic efficiency in Mexico* (No. w16554). National Bureau of Economic Research, 1-52.
- Asandului, L., Roman, M., & Fatulescu, P. (2014). The efficiency of healthcare systems in Europe: A data envelopment analysis approach. *Procedia Economics and Finance*, 10, 261-268.
- Asmild, M., Paradi, J. C., Aggarwall, V., & Schaffnit, C. (2004). Combining DEA window analysis with the Malmquist index approach in a study of the Canadian banking industry. *Journal of Productivity Analysis*, 21(1), 67-89.
- Balasopoulos, T., Charonis, A., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J., & Pavi, E. (2017). Why do generic drugs fail to achieve an adequate market share in Greece? Empirical findings and policy suggestions. *Health Policy*, 121(3), 265-272.
- Ballas A., & Tsoukas, H. (2004). Measuring nothing: The case of the Greek National Health System. *Human Relations*, 57(6):661–690.
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management science*, 30(9), 1078-1092.

- Banker, R. D., Gadh, V. M., & Gorr, W. L. (1993). A Monte Carlo comparison of two production frontier estimation methods: corrected ordinary least squares and data envelopment analysis. *European Journal of Operational Research*, 67(3), 332-343.
- Banxia Holdings Limited (2001). *Frontier Analyst, Banxia's Frontier Analyst User's Guide, Professional Edition*, Banxia Software.
- Barnett, M., & Finnemore, M. (2004). *Rules for the world: International organizations in global politics*. Cornell University Press.
- Barros, C. P. (2008). Airports in Argentina: Technical efficiency in the context of an economic crisis. *Journal of Air Transport Management*, 14(6), 315-319.
- Barros, P. P. (2012). Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106(1), 17-22.
- Bartlett, B. (1994). How excessive government killed ancient Rome. *Cato J.*, 14, 287-303.
- Bartuševičienė, I., & Šakalytė, E. (2013). Organizational assessment: effectiveness vs. efficiency. *Social Transformations in Contemporary Society*, 1(1), 45-53.
- Bastian, J. (2010). Greece in Southeast Europe. *Political Opportunities and Economic Challenges, Friedrich Ebert Stiftung*, 1-8.
- Bauer, P. W., Berger, A. N., Ferrier, G. D., & Humphrey, D. B. (1998). Consistency conditions for regulatory analysis of financial institutions: a comparison of frontier efficiency methods. *Journal of Economics and business*, 50(2), 85-114.
- Bazyar, M., Rashidian, A., Kane, S., Mahdavi, M. R. V., Sari, A. A., & Doshmangir, L. (2016). Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. *International journal of health policy and management*, 5(4), 253-8.
- Beccaria, L., & Carciofi, R. (1995). Argentina: social policy and adjustment during the 1980s. In Lustig N., (Eds.), *Coping with Austerity: Poverty and Inequality in Latin America*, (pp. 187-209). Bookings Institution.
- Bennett, C. & Howlett, M. (1992). The lessons of learning: reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy Sciences* (25), 275-294.
- Berman, P. (1995). Health sector reform : making health development sustainable. *Health Policy* 32, 13- 28.

- Bessent, A., & Bessent, W. (1980). Determining the comparative efficiency of schools through Data Envelopment Analysis. *Educational Administration Quarterly*, 16, 57-75.
- Bianchi, J. (2016). Efficient Bailouts? *The American Economic Review*, 106(12), 3607-3659.
- Bistis, G. (2016). From Karamanlis to Tsipras: The Greek Debt Crisis through Historical and Political Perspectives. *Mediterranean Quarterly*, 27(1), 30-54.
- Blitz, J. (2016). Impact of the European Union on Domestic Fiscal Policies, 1-69.
- Blyth, M. (2013). *Austerity. The History of a dangerous idea*. Oxford University Press.
- Boddy, D. (2005). *Management: an introduction*. 3<sup>rd</sup> Edition. Prentice Hall.
- Bogle, J. C. (2008). Black Monday and black swans. *Financial Analysts Journal*, 64(2), 30-40.
- Boin, A., Paul's, H., Stern, E., & Sundelius, B. (2005). *The Politics of Crisis Management, Public Leadership under Pressure*. Cambridge University Press, Cambridge, 2.
- Boutsioli, Z. (2010). The Greek hospital sector and its cost efficiency problems in relation to unexpected hospital demand: a policy-making perspective. *Rev. Eur. Stud.*, 2, 170-187.
- Braun, B. (2015). Preparedness, crisis management and policy change: The euro area at the critical juncture of 2008–2013. *The British Journal of Politics and International Relations*, 17(3), 419-441.
- Brennan, T. J. (2011). Energy efficiency and renewables policies: Promoting efficiency or facilitating monopsony?. *Energy Policy*, 39(7), 3954-3965.
- Breyer, S. G., Stewart, R. B., Sunstein, C. R., Vermeule, A., & Herz, M. E. (1992). *Administrative law and regulatory policy: problems, text, and cases*. Little, Brown.
- Brown, E. H. (1997). Organizational health by addressing organizational trauma. *Journal of Organizational Change Management*, 10(2), 175-178.
- Burke, S. A., Normand, C., Barry, S., & Thomas, S. (2016). From universal health insurance to universal healthcare? The shifting health policy landscape in Ireland since the economic crisis. *Health Policy*, 120(3), 235-240.
- Busso, M., Gregory, J., & Kline, P. (2013). Assessing the incidence and efficiency of a prominent place based policy. *American Economic Review*, 103(2), 897-947.
- Cairney, P. (2011). *Understanding public policy: theories and issues*. Macmillan International Higher Education.

- Cambell, J., Bownas, D., Peterson, N., & Dunette, M. (1974). *The measurement of organizational effectiveness: A review of Revelant Research and Opinion*. San Diego : Navy Personnel Research and Development Center.
- Campbell J., Dussault G., Buchan J., Pozo-Martin F., Guerra Arias M., & Leone C. (2013). *A universal truth: no health without a workforce*. World Health Organization
- Campbell, A. L. (2012). Policy makes mass politics. *Annual Review of Political Science*, 15, 333-351.
- Capella, A. C. N. (2016). Agenda-setting policy: strategies and agenda denial mechanisms. *Organizações & Sociedade*, 23(79), 675-691.
- Capello, R., Caragliu, A., & Fratesi, U. (2015). Spatial heterogeneity in the costs of the economic crisis in Europe: are cities sources of regional resilience? *Journal of Economic Geography*, 15(5), 951-972.
- Carmassi, J., Gros, D., & Micossi, S. (2009). The global financial crisis: Causes and cures. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 47(5), 977-996.
- Carpenter, M. (2003). On the edge: the fate of progressive modernization in Greek health policy. *International Political Science Review*, 24(2), 257-272.
- Cassels, A. (1995). Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International development*, 7(3), 329-347.
- Caudill, S. B. (2002). SFA, TFA and a new thick frontier: graphical and analytical comparisons. *Applied Financial Economics*, 12(5), 309-317.
- Caves, D.W., Christensen, L.R., & Diewert, E.W. (1982). The economic theory of index numbers and the measurement of input, output, and productivity. *Econometrica* 50, 1393–1414.
- Cebulla, A. (2000). The final instance - Unemployment Insurance going private? A study of a future social security scenario in the UK and Germany. *Innovation: The European Journal of Social Science Research* 13(4), 389-400.
- Cerna, L. (2013). The nature of policy change and implementation: A review of different theoretical approaches. *Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) report*, 492-502.
- Chang, Y. H. O., & Ayyub, B. M. (2001). Fuzzy regression methods – a comparative assessment. *Fuzzy sets and systems*, 119(2), 187-203.

- Charnes, A., Cooper W. W., & Rhodes. E. (1978). Measuring the Efficiency of Decision Making Units. *European Journal of Operational Research* 2(6), 429–444.
- Charnes, A., Cooper, W. W., Lewin, A. Y., & Seiford, L. M. (Eds.). (2013). *Data envelopment analysis: Theory, methodology, and applications*. Springer Science & Business Media.
- Charnes, A., Cooper, W., Lewin, A. Y., & Seiford, L. M. (1997). Data envelopment analysis theory, methodology and applications. *Journal of the Operational Research society*, 48(3), 332-333.
- Charnes, A., W. W. Cooper, & L. M. Seiford (1994). *Extension to DEA Models*. In A. Charnes, W. W. Cooper, A. Y. Lewin & L. M. Seiford (eds.). *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications*. Kluwer Academic Publishers.
- Chengappa, M. (2010). *Micro-Finance and Women Empowerment: Role of Nongovernment Organizations*. Microfinance Gateway.
- Chilingerian, J.A., & Sherman, D.H. (1990), Managing physician efficiency and effectiveness in providing hospital services, *Health Services Management Research*, 3(1), 3-15.
- Chilingerian, J.A., & Sherman, D.H. (2011). Health-care applications: From hospitals to physicians, from productive efficiency to quality frontiers. In Cooper, W.W., Seiford, L.M., & Zhu, J. (Eds.). *Handbook on Data Envelopment Analysis*, (pp. 445-493). New York : Springer.
- Chowdhury, H., & Zelenyuk, V. (2016). Performance of hospital services in Ontario: DEA with truncated regression approach. *Omega*, 63, 111-122.
- Christensen, C., Aaron, S., & Clark, W. (2002). Disruption in education. In M. Devlin, R. Larson, & J. Meyerson (Eds.), *The internet and the university: forum 2001*, EDUCAUSE, 19-44.
- Christensen, T., & Læg Reid, P. (2001). New public management-Undermining political control. *New public management. The transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate, 93-119.
- Christiansen, T., & Neuhold, C. (2012). *International handbook on informal governance*. Edward Elgar Publishing.
- Christodoulakis, A., Karanikas, H., Billiris, A., Thireos, E., & Pelekis, N. (2016). " Big data" in health care. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 33(4), 489-497.
- Claessens, S., Kose, M. A., & Terrones, M. E. (2010). The global financial crisis: How similar? How different? How costly? *Journal of Asian Economics*, 21(3), 247-264.

- Cochran, J. P. (2011). Hayek and the 21<sup>st</sup> Century boom-bust and recession – recovery. *Quarterly Journal of Austrian Economics*, 14(3), 263-286.
- Coelli, T., J. (1996). *A guide to DEAP version 2.1: A Data Envelopment Analysis (Computer) Program*, CEPA Working Papers, Armidale : University of New England.
- Collins, C., Green, A., & Hunter, D. (1999). Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health policy*, 47(1), 69-83.
- Cook, W. D., Kress, M., & Seiford, L. M. (1993). On the use of ordinal data in data envelopment analysis. *Journal of the Operational Research Society*, 44, 133-140.
- Cook, W.D., Kress, M., & Seiford, L.M. (1996). Data envelopment analysis in the presence of both quantitative and qualitative factors. *Journal of the Operational Research Society*, 47(7), 945-953.
- Coombs, W. T. (2007). Protecting organization reputations during a crisis: The development and application of situational crisis communication theory. *Corporate reputation review*, 10 (3), 163-176.
- Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Zhu, J. (Eds.) (2004). *Data envelopment analysis. Handbook on data envelopment analysis*. Springer.
- Copeland, P., & James, S. (2014). Policy windows, ambiguity and Commission entrepreneurship: explaining the prelaunch of the European Union's economic reform agenda. *Journal of European Public Policy*, 21(1), 1-19.
- Correia, T., Dussault, G., & Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*, 119(12), 1600-1605.
- Corsetti, G., Pesenti, P., & Roubini, N. (1999). What caused the Asian currency and financial crisis? *Japan and the world economy*, 11(3), 305-373.
- Coudert, V., & Mathieu, G. E. X. (2013). Why the Greek CDS settlement did not lead to the feared meltdown. *Financial Stability Review*, 17, 135-150.
- Council of the European Union (2010). *Economic and Financial Affairs*. Press Release 9596/10 (Presse 108).
- Creutzig, F., McGlynn, E., Minx, J., & Edenhofer, O. (2011). Climate policies for road transport revisited (I): Evaluation of the current framework. *Energy policy*, 39(5), 2396-2406.



- Crotty, J. (2009). Structural causes of the global financial crisis: a critical assessment of the 'new financial architecture'. *Cambridge journal of economics*, 33(4), 563-580.
- Cullinane, K., Wang, T. F., Song, D. W., & Ji, P. (2006). The technical efficiency of container ports: Comparing data envelopment analysis and stochastic frontier analysis. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 40(4), 354-374.
- Dacanay, S.H.O., (2007). Malmquist Index and Technical Efficiency of Philippine Commercial Banks in the Post-Asian Financial Period, *Philippine Management Review*, 14, 93-114.
- Dahl, R. A. (1961). *Who Governs? Democracy and Power in an American City*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Dany, G., Gropp, R. E., Littke, H., & Von Schweinitz, G. (2015). *Germany's Benefit from the Greek Crisis* (7/15), 1-6.
- Das, A., Kumar, N. R., Debnath, B., & Mandal, S. C. (2012). Global economic crisis: Causes, impact on Indian economy, agriculture and fisheries. *International Journal of Agriculture Sciences*, 4(4), 221-226.
- Dassonneville, R., & Lewis-Beck, M. S. (2014). Macroeconomics, economic crisis and electoral outcomes: A national European pool. *Acta Politica*, 49(4), 372-394.
- De Castro Lobo, M. S., Ozcan, Y. A., da Silva, A. C., Lins, M. P. E., & Fiszman, R. (2010). Financing reform and productivity change in Brazilian teaching hospitals: Malmquist approach. *Central European Journal of Operations Research*, 18(2), 141-152.
- De Cos, P., & Moral-Benito, E. (2014). Determinants of health-system efficiency: Evidence from OECD countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 14(1), 69-93.
- Dervenis, C., Kastanioti, C., & Polyzos, N. (2013). Restructuring the finances of the Greek health care system in the era of economic crisis. *World journal of surgery*, 37(3), 707-709.
- Dimitrakopoulos, D. G. (2012). The Greek elections of 2012 and Greece's future in the Eurozone. *Swedish Institute for European Policy Studies, European Policy Analysis*, 7, 1-8.
- Dimitrakopoulou, F., & Kontis, A. (2016, July,6-12). *Financial Crisis and Greek Immigration Policy*. [Conference Presentation]. Crisis and the Social Sciences: New Challenges and Perspectives, Rethymno, Greece.
- Dixon, C. (2001). The causes of Thai economic crisis: the internal perspective. *Geoforum*, 32(1), 47-60.

- Docteur E., & Oxlay, H. (2003). *Health care systems: Lessons from the reform experience*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris : OECD.
- Doerrenberg, P., & Peichl A. (2014). *The Impact of Redistributive Policies on Inequality in OECD Countries*. *Applied Economics* 46(17), 2066-2086.
- Doyle, J., & Green, R. (1994). Efficiency and cross-efficiency in DEA: Derivations, meanings and uses. *Journal of the Operational Research Society*, 45(5), 567-578.
- Dye, T. (1972). *Understanding Public Policy*, Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
- Easton, D. (1953). *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science*. New York: Alfred A. Knopf.
- Easton, D. (1965). *A framework for political analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Economou, C., (2010). Health systems in transition: Greece. *Health system review*. WHO/EURO, European observatory on health systems and policies, 12(7), 1-180.
- Economou, C., (2010). *Health systems in transition: Greece*. *Health system review*. Copenhagen : European observatory on health systems and policies, World Health Organization.
- Economou, C., (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Economou, C., Chaitelidou, D., Karanikolos M., & Maresso, A. (2017). Greece Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), 1-192.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population 1. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99-115.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan A., Karanikolos, M., Richardson, E., Cylus, J., Evetovits, T, Jowett, M., Figueras, J., Kluge, H., (p.p.103-138). *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-314.

- Edelman, M. (1965). *The symbolic uses of politics*. University of Illinois Press.
- Edelman, M. (1977). *Words that succeed and policies that fail*. New York: Academic Press.
- Edelman, M. (2001). Social movements: changing paradigms and forms of politics. *Annual review of anthropology*, 30(1), 285-317.
- Egilmez, G., & McAvoy, D. (2013). Benchmarking road safety of US states: A DEA-based Malmquist productivity index approach. *Accident Analysis & Prevention*, 53, 55-64.
- Emrouznejad, A., & Thanassoulis, E. (2010). Measurement of productivity index with dynamic DEA. *International Journal of Operational Research*, 8(2), 247-260.
- Eriotis, N., Stamatiadis, F., & Vasiliou, D. (2011). Assessing accrual accounting reform in Greek public hospitals: an empirical investigation. *International Journal of Economic Sciences and Applied Research*, 4(1), 153-183.
- European Court of Auditors (2017). *The Commission's intervention to the Greek financial crisis*. (No 17/2017). European Union Publication Office.
- European Profiles (2007). *Sectoral study: The medical devices sector in Greece*. Athens : European Profiles.
- Eurostat (2014). *GDP per capita, consumption per capita and price level indices*. Eurostat Statistics Explained.
- Evangelopoulos, P. (2012). Rent seeking in the Greek economic drama. *The Independent Review*, 17(1), 95-98.
- Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., & Lauer, J. A. (2001). Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BMj*, 323(7308), 307-310.
- Farantos, G. I. (2015). The Data Envelopment Analysis Method and the influence of a phenomenon in organizational Efficiency: A literature review and the Data Envelopment Contrast Analysis new application. *Journal of Data Envelopment Analysis and Decision Science*, 2015(2), 101-117.
- Färe, R., Grosskopf, S., Lindgren, B., & Roos, P. (1992). Productivity changes in Swedish pharmacies 1980-1989: A non-parametric Malmquist approach. *Journal of Productivity Analysis*, 3, 85-101.

- Fare, R., Grosskopf, S., Lovell, K., & Pasurka, C. (1989). Multilateral Productivity Comparisons When Some Outputs Are Undesirable: A Nonparametric Approach. *The Review of Economics and Statistics*, 71(1).
- Fare, R., Grosskopf, S., Norris, M., & Zhang, Z. (1994). Productivity growth, technical progress, and efficiency change in industrialized countries. *American Economic Review* 84(1), 66–83.
- Fare, S., Grosskopf, H., Lindgen, B., & Roos, P. (1994). Productivity change in Swedish hospitals: a Malmquist output index approach. In: Charnes, A., Cooper, W.W., Lewin, A.Y., Seiford, L.M. (Eds.), *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications* (pp. 253-272). Dordrecht : Springer.
- Farrell, H., & Quiggin, J. (2017). Consensus, dissensus, and economic ideas: economic crisis and the rise and fall of Keynesianism. *International Studies Quarterly*, 61(2), 269-283.
- Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (General)*, 120(3), 253-281.
- Featherstone, K. (2015). External conditionality and the debt crisis: The 'troika' and public administration reform in Greece. *Journal of European Public Policy*, 22(3), 295-314.
- Fels, R. (1949). The long-wave depression, 1873-97. *The Review of Economics and Statistics*, 69-73.
- Ferguson, L.K., & Reio, G.T. (2010). Human resource management system and firm performance, *Journal of Management Development*, 29(5), 471-494.
- Figueras, J., Saltman, R., & Mossialos, E. (1997). *Challenges in evaluating health sector reform: an overview*. London: London School of Economics and Political Science.
- Fink, S. (2002). *Crisis Management : Planning for the inevitable*. Guild Backprint Edition.
- Flokou, A., Aletras, V., & Niakas, D. (2017). A window-DEA based efficiency evaluation of the public hospital sector in Greece during the 5-year economic crisis. *PloS one*, 12(5), 1-26.
- Flokou, A., Aletras, V., & Niakas, D. (2017). Decomposition of potential efficiency gains from hospital mergers in Greece. *Health care management science*, 20(4), 467-484.
- Fountoulakis, K. N., Grammatikopoulos, I. A., Koupidis, S. A., Siamouli, M., & Theodorakis, P. N. (2012). Health and the financial crisis in Greece. *The Lancet*, 379(9820), 1001-1002.

- Fragkiadakis, G., Doumpos, M., Zopounidis, C., & Germain, C. (2016). Operational and economic efficiency analysis of public hospitals in Greece. *Annals of Operations Research*, 247(2), 787-806.
- Friedman, M. (2002). *Capitalism and freedom*. Chicago and London : The University of Chicago press book.
- Friedman, M., & Schwartz, A. J. (1963). *A monetary history of the United States, 1867-1960*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Frisell, H. (2009). The EU Policy – Making process and crisis management. In *Olson, S. (ed.), Crisis management in the European Union, Cooperation in the Face of emergencies*, (pp. 20-41). Springer.
- Fullan, M. (2000). *The three stories of education reform*. Phi Delta Kappan, 581-584.
- Galata, P. V., & Chrysakis, M. (2016). Active Labour Market Policies in Greece: Challenges and responses during the economic crisis. *Social Policy*, 6, 45-66.
- Gelb, A. H. (1989). *Financial policies, growth, and efficiency* (Vol. 202). World Bank Publications.
- Gemenis, K. (2008). The 2007 Parliamentary Election in Greece: PROFILE. *Mediterranean Politics*, 13(1), 95-101.
- Gemenis, K. (2010) Winning votes and withering storms : The 2009 European and parliamentary elections in Greece, *Journal of Representative Democracy*, 46(3,) 353-362.
- Gemenis, K., & Nezi, R. (2015). Government–opposition dynamics during the economic crisis in Greece. *The Journal of Legislative Studies*, 21(1), 14-34.
- Giancotti, M., Guglielmo, A., & Mauro, M. (2017). Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PloS one*, 12(3), 1-40.
- Gibson, H. D., Hall, S. G., & Tavlas, G. S. (2014). Fundamentally wrong: market pricing of sovereigns and the Greek financial crisis. *Journal of Macroeconomics*, 39, 405-419.
- Giokas, D., (2001). Greek hospitals: How well their resources are used. *Omega*, 29(1), 73–83.
- Giotopoulos, I., Pavlou, G., Danchev, S., & Tsakanikas, A. (2015). Public procurement reforms in greece: The impact of improved transparency on government expenditures. *Journal of Public Procurement*, 15(4), 458-475.
- Gokhale, G. (2009). Financial crisis and public policy. *Policy Analysis*, No 634, 1-24.

- Goldfield, N., Averill, R., Eisenhandler, J., & Grant, T. (2008). Ambulatory patient groups, version 3.0—a classification system for payment of ambulatory visits. *The Journal of ambulatory care management, 31*(1), 2-16.
- Goodhart, C. (2011). *The Basel Committee on Banking Supervision: A history of the early years 1974–1997*. Cambridge University Press.
- Goranitis, I., Siskou, O., & Liaropoulos, L. (2014). Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy, 117*(3), 279-284.
- Gorges, M. (2001). The New Institutionalism and the Study of the European Union: The Case of the Social Dialogue. *West European Politics 24*(4), 152-168.
- Greene, W. H. (1980). Maximum likelihood estimation of econometric frontier functions. *Journal of econometrics, 13*(1), 27-56.
- Greener, I. (2001). Social Learning and Macroeconomic Policy in Britain. *Journal of Public Policy 21*(2), 133–152.
- Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H., & Tsoukatos, E. (2016). Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: evidence from Greece. *Health Policy, 120*(8), 948-959.
- Grosskopf, S. (2003). Some remarks on the Malmquist productivity index and its decompositions. *Journal of Productivity Analysis, 20*, 459-474.
- Gwatkin, D. R. (2001). The need for equity-oriented health sector reforms. *International journal of epidemiology, 30*(4), 720-723.
- Haggard, S., & Kaufman, R. (1995). Estado y reforma económica: La iniciación y consolidación de las políticas de mercado. *Desarrollo Económico, 35*(139), 355-372.
- Hall, C., & Jenkins, J. (1995). *Tourism and public policy*. Thomson Learning.
- Hall, P. A. (1993). Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. *Comparative politics, 25*(3), 275-296.
- Hall, P. A., & Thelen, K. (2009). Institutional change in varieties of capitalism. *Socio-economic review, 7*(1), 7-34.
- Hanes, C. (2019). The Great Depression in the U.S. In Claude Diebolt and Michael Hauptert (Eds.). *Handbook of Cliometrics*, 2nd Edition. Springer.

- Hansen, A. H., & Tout, H. (1933). Annual Survey of Business Cycle Theory: Investment and Saving in Business Cycle Theory. *Econometrica* 1(2), 119–147.
- Hanushek, E. A. (1986). The economics of schooling: Production and efficiency in public schools. *Journal of economic literature*, 24(3), 1141-1177.
- Haviland, W.A. (1974). *Cultural anthropology*, New York : Rinehart.
- Hayek, F. A. (2008). *Prices and Production and other Works*. Ludwig von Mises Institute.
- Hecl, H. (1974), *Social Policy in Britain and Sweden*, New Haven: Yale University Press.
- Heilman, S., & Kennedy-Phillips, L. (2011). Making Assessment Easier With the Organizational Effectiveness Model Describe a Comprehensive, Step-By-Step, Mixed-Methods Assessment Model. American College. *Personnel Association and Wiley Periodicals*, 15(6), 29–32.
- Heinelt, H. (2007). Do policies determine politics? In Fisher, F., Gerard, M. & Sidney, M. (Eds). *Public Policy Analysis. Theory, Politics and Methods*. (pp. 135-146). CRS Press. Taylor & Francis Group.
- Hlaing, S. W., & Kakinaka, M. (2018). Financial crisis and financial policy reform: crisis origins and policy dimensions. *European Journal of Political Economy*, 55, 224-243.
- Hoang, V. N., & Coelli, T. (2011). Measurement of agricultural total factor productivity growth incorporating environmental factors: a nutrients balance approach. *Journal of Environmental Economics and Management*, 62(3), 462-474.
- Hodson, D., & Mabbett, D. (2009). UK economic policy and the global financial crisis: paradigm lost? *JCMS: journal of common market studies*, 47(5), 1041-1061.
- Hodson, D., & Quaglia, L. (2009). European perspectives on the global financial crisis: introduction. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 47(5), 939-953.
- Hogan, J. & Hara, A. (2011). Country at a Crossroads: An Insight into How an Economic Crisis Led to Dramatic Policy Change. *Risk, Hazards and Crisis in Public Policy*, 11(1), 1-23.
- Hogan, J., & Doyle, D. (2007). The Importance of Ideas: An A Priori Critical Juncture Framework. *Canadian Journal of Political Science* 40 (4), 883–910.
- Hogan, J., & Feeney, S. (2012). Crisis and policy change: The role of the political entrepreneur. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 3(2), 1-24.

- Hollingsworth, B. (2003). Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. *Health Care Management Science* 6(4), 203–218.
- Hoque, S., & Alam, M. B. (2012). The Laleng Indigenous Community of Sylhet: Changing Pattern in Political Organization. *Asian Profile*, 40(2), 97-105.
- Houck, O. A. (2008). A Case of Sustainable Development: The River God and the Forest at the End of the World. *Tulsa L. Rev.*, 44, 275.
- Houston, M., Day, M., De Lago, M., & Zarocostas, J. (2011). Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite. *BMJ*, 343.
- Howgego, C. (2002). *Ancient history from coins*. Routledge.
- Hulten, C. R. (2001). Total factor productivity: a short biography. In Hulten, C., Dean, E.& Harper, M.J. (Eds.). *New developments in productivity analysis*. (p.p. 1-54). University of Chicago Press.
- Hwang, H., & Powell, W. (2005). Institutions and Entrepreneurship. In Sharon A. Alvarez, Rajshree R. Agarwal and Olav Sorenson (Eds). *Handbook of Entrepreneurship Research: Disciplinary Perspectives*, (pp. 201-232). New York, NY: Springer, 201–232.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*, 113(1), 8-12.
- Iriana, R., & Sjöholm, F. (2002). Indonesia's economic crisis: contagion and fundamentals. *The Developing Economies*, 40(2), 135-151.
- Isik, I., & Hassan, M. K. (2002). Technical, scale and allocative efficiencies of Turkish banking industry. *Journal of Banking & Finance*, 26(4), 719-766.
- Jenkins, W. (1978). *Policy analysis: A political and organizational perspective*. London: M. Robertson.
- Jeong, H. S. & Gunji, A. (1994). The influence of system factors upon the macro-economic efficiency of health care: implications for the health policies of developing and developed countries. *Health Policy*, 27(2), 113-140.
- Jia, T., & Yuan, H. (2017). The application of DEA (Data Envelopment Analysis) window analysis in the assessment of influence on operational efficiencies after the establishment of branched hospitals. *BMC health services research*, 17(1), 1-8.



- Jickling, M. (2009). *Causes of the financial crisis*. Cornell University ILR School.
- Johannessen, J. A. (2017). The Tulip Crisis of 1637. In *Innovations Lead to Economic Crises* (pp. 35-58). Palgrave Macmillan, Cham.
- Jones, A., Clark, J., & Cameron, A. (2010). The global economic crisis and the cohesion of Europe. *Eurasian Geography and Economics*, 51(1), 35-51.
- Kaitelidou D., Mladovsky, P., Leone, T., Kouli, E., & Siskou, O. (2012). Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *International Journal of Health Services*, 42(4), 719–738.
- Kaitelidou, D., & Kouli, E. (2012). Greece: the health system in a time of crisis. *Eurohealth Observer*, 18(1), 12-15.
- Kaitelidou, D., Kalogeropoulou, M., Pasaloglou, S., Letsios, A., Tsiata, K., Kyriazi, M., Galanakis, D., Maltezaki, E., Asithianakis, P., & Liaropoulos, L. (2012). PHP95 Efficiency of Greek Hospitals: Best Practices of Three Top-Performing Hospitals. *Value in Health*, 15(7), A305.
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., Tsavalias, K., & Liaropoulos, L. (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4,(10), 111-25.
- Kaitelidou, D., Mladovsky, P., Leone, T., Kouli, E., & Siskou, O. (2012). Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *International Journal of Health Services*, 42(4), 719–738.
- Kallis, G., Martinez-Alier, J., & Norgaard, R. B. (2009). Paper assets, real debts: An ecological-economic exploration of the global economic crisis. *Critical perspectives on international business*, 5(1-2), 14-25.
- Kanavos, P. & Souliotis, K. (2017). Reforming health care in Greece: Balancing fiscal adjustment with health care needs”, in: Meghir, C. Pissarides C., Vayanos D. & Vettas N. (Eds), *Beyond Austerity: Reforming the Greek Economy*, (pp. 359-402). MIT Press Ltd.
- Kandiyoti, R. (2008). What price access to the open seas? The geopolitics of oil and gas transmission from the Trans-Caspian republics, *Central Asian Survey*, 27(1), 75-93.

- Karakolias, S. E., & Polyzos, N. M. (2014). The newly established unified healthcare fund (EOPYY): current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece. *Health*, 6(9), 809-821.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Karavias, M., & Tzanakopoulos, A. (2008). ASIL Insight Legality of Veto to NATO Accession: Former Yugoslav Republic of Macedonia Sues Greece before the ICJ. *American Society of International Law Insights*, 12(26), 1-6.
- Karlaftis, G. M. (2004). A DEA approach for evaluating the efficiency and effectiveness of urban transit systems. *European Journal of Operational Research*. 152(2), Pages 354–364.
- Karyotis, G., & Rüdig, W. (2015). Blame and Punishment? The Electoral Politics of Extreme Austerity in Greece. *Political Studies*, 63(1), 1-34.
- Kassam, A.H., & Mohhamed-Ali, A. (2017). Efficiency Analysis of Healthcare Sector. *Engineering and Technology Journal*, 35(5), 509-515.
- Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapetaneas, N., & Polyzos, N. (2013). Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis. *Health policy*, 109(1), 7-13.
- Katharakis, G., Katharaki, M., & Katostaros, T. (2014). An empirical study of comparing DEA and SFA methods to measure hospital units' efficiency. *Int J Oper Res* 21(3), 341–364.
- Keh, H. T., Chu, S., & Xu, J. (2006). Efficiency, effectiveness and productivity of marketing in services. *European Journal of Operational Research*, 170(1), 265-276.
- Kentikelenis, A., & Papanicolas, I. (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *The European journal of public health*, 22(1), 4-5.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.
- Keramidou, I., & Triantafyllopoulos, L. (2018). The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece. *Health Policy*, 122(4), 352-358.

- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policy*. 2nd ed. New York, NY: Harper.
- Kirikal, L., & Tehnikaólikool, T.(2005). *Productivity, the Malmquist index and the empirical study of banks in Estonia*. [Doctoral Dissertation. University of Tallin]. Tallinn Technical University Press.
- Klein, P. G. (2007). *Biography of FA Hayek (1899-1992)*. *Mises Institute, Austrian Economics, Auburn*.
- Knight, D. M. (2013). The Greek economic crisis as trope. *Focaal*, 2013(65), 147-159.
- Kohl, S., Schoenfelder, J., Fügenger, A., & Brunner, J. O. (2019). The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals. *Health care management science*, 22(2), 245-286.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*, 103(6), 973-979.
- Korotayev, A., Zinkina, J., & Bogenolnov, J. (2011). Kontratoeff waves in global invention activities (1900-2008), *Technological forecasting and social change* 78(7), Elsevier, 1280-1284.
- Kosmidou, K. V., Kousenidis, D. V., & Negakis, C. I. (2015). The impact of the EU/ECB/IMF bailout programs on the financial and real sectors of the ASE during the Greek sovereign crisis. *Journal of Banking & Finance*, 50, 440-454.
- Koufopoulos, D., Zoumbos, V., Argyropoulou, M., & Motwani, J. (2008). Top management team and corporate performance a study of Greek firms. *Team Performance management*, 14(7), 340-363.
- Kouretas, G. P., & Vlamis, P. (2010). The Greek crisis: causes and implications. *Panoeconomicus*, 57(4), 391-404.
- Kousoulis, A. A., Angelopoulou, K. E., & Lionis, C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. *The European journal of general practice*, 19(3), 194-199.
- Krania, E., Avgerinou, E., Limaki, E., Bartzis, G. & Mantzana, V. (2013). *E-prescribing in Greece : Myth or reality*. In Mantas J. & Hassman A., (Eds), *Informatics, Management and Technology in Healthcare*. Amsterdam : Ios Press, 13-17.

- Krugman, P. (1999). Balance sheets, the transfer problem, and financial crises. In Isard, P., Razin, A. & Rose, A., (Eds.). *International finance and financial crises* (pp. 31-55). Springer.
- Kumar S., & Gulati R. (2010). Measuring efficiency, effectiveness and performance of Indian public sector banks. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 59(1), 51 – 74.
- Kumar, S., & Gulati, R. (2008). An examination of technical, pure technical, and scale efficiencies in Indian public sector banks using data envelopment analysis. *Eurasian Journal of Business and Economics*, 1(2), 33-69.
- Kyriakidis, A. (2016). The Greek crisis 2009-2015: A comprehensive analysis of the EU-IMF financial assistance programs. *International Journal of Employment Studies*, 24(2), 7-34.
- Kyriopoulos, J. E., & Tsalikis, G. (1993). Public and private imperatives of Greek health policies. *Health Policy*, 26(2), 105-117.
- Ladi, S. (2012). The Greek economic crisis: A trigger for public administration reforms. In P. Liargovas (ed.). *Greece: Economics, Political and Social Issues*, NY: Nova Science Publishers, Inc, 197-207.
- Ladi, S. (2014). Austerity politics and administrative reform: The Eurozone crisis and its impact upon Greek public administration. *Comparative European Politics*, 12(2), 184-208.
- Lee, C. C. (2009). Analysis of overall technical efficiency, pure technical efficiency and scale efficiency in the medium-sized audit firms. *Expert Systems with Applications*, 36(8), 11156-11171.
- Lee, S. H., & Makhija, M. (2009). Flexibility in internationalization: is it valuable during an economic crisis? *Strategic Management Journal*, 30(5), 537-555.
- Levi, M. (1997). *A model, a method, and a map: rational choice in comparative and historical analysis*. In M. Lichbach and A. Zuckerman (eds.). *Comparative Politics: Rationality, Culture, and Structure*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Liaropoulos, L. & Kaitelidou, D. (2000). Health technology assessment in Greece. *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care*, 16(2):429–448.
- Liaropoulos, L. (2001). Health care policy in Greece: a new (and promising) reform. *Euro Observer*, 3(2), 5-6.

- Liaropoulos, L., & Kaitelidou, D. (1998). Changing the public-private mix: an assessment of the health reforms in Greece. *Health Care Analysis*, 6(4), 277-285.
- Liaropoulos, L., & Tragakes, E. (1998). Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. *Health policy*, 43(2), 153-169.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kontodimopoulos, N., Kaitelidou, D., Lazarou, P., Spinthouri, M., & Tsavalias, K. (2012). Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency. *Social Cohesion and Development*, 7(1), 53-68.
- Lindlbauer, I., Schreyögg, J., & Winter, V. (2016). Changes in technical efficiency after quality management certification: A DEA approach using difference-in-difference estimation with genetic matching in the hospital industry. *European Journal of Operational Research*, 250(3), 1026-1036.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.
- Low, J., (2000). The value creation index. *Journal of Intellectual Capital*, 2000, 1(3), 252 – 262.
- Lowi, T. J. (1972). Four systems of policy, politics, and choice. *Public administration review*, 32(4), 298-310.
- Lowi, T.J. (1964). American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory, *World Politics*, 16, 677-693.
- Luhmann, N. (1991). *Soziologie des Risikos*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Lyberaki, A., & Tinios, P. (2012). Labour and pensions in the Greek crisis: the microfoundations of disaster. *Sudosteuropa-Zeitschrift fur Gegenwartforschung*, 60(3), 363-386.
- Lyrantzis, C. (2011). Greek politics in the era of economic crisis: reassessing causes and effects. Hellenic Observatory papers on Greece and Southeast Europe (GreeSE paper no. 45). London : The Hellenic Observatory, London School of Economics and Political Science.
- MacIntyre, A. (1999). Political institutions and the economic crisis in Thailand and Indonesia. The politics of the Asian economic crisis. In T.J. Pempel (ed.), *The Politics of the Asian Financial Crisis* (p.p. 143-62). Cornell University Press.
- Mandl, U., Dierx, A., & Ilzkovitz, F. (2008). *The effectiveness and efficiency of public spending* (No. 301). Brussels : Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission.

- Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan A., Karanikolos, M., Richardson, E., Cylus, J., Evetovits, T, Jowett, M., Figueras, & J., Kluge, H.(Eds.). (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Marichal, C. (2000). *A century of debt crises in Latin America*. Princeton University Press.
- Marx, K. (2002). *Το Κεφάλαιο. Κριτική της Πολιτικής Οικονομίας. Τόμος Πρώτος. Το Προτσές Παραγωγής του Κεφαλαίου*. Αθηνά : Σύγχρονη Εποχή.
- Matsaganis, M. (2013). *The Greek crisis: social impact and policy responses*. Berlin : Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Matsas, S. (2010). Greece and the world capitalist crisis. *Critique*, 38(3), 489-502.
- Matsas, S. (2013). Greece at the boiling point. *Critique*, 41(3), 437-443.
- McKee, M., & Stuckler, D. (2016). Health effects of the financial crisis: lessons from Greece. *The Lancet Public Health*, 1(2), e40-e41.
- McKibbin, W. J., & Stoeckel, A. (2010). The global financial crisis: Causes and consequences. *Asian Economic Papers*, 9(1), 54-86.
- McKinsey & Company, (2011). Η Ελλάδα 10 χρόνια μπροστά: Προσδιορίζοντας το νέο Εθνικό Μοντέλο Ανάπτυξης, 17-18.
- Meeusen, W., & Van Den Broeck, J. (1977). Efficiency estimation from Cobb-Douglas production functions with composed error. *International economic review*, 18(2) 435-444.
- Meggison, W. L., Nash, R. C., & Van Randenborgh, M. (1994). The financial and operating performance of newly privatized firms: An international empirical analysis. *The Journal of Finance*, 49(2), 403-452.
- Mehiriz, K., Turgeon, J., & Charland, G. (2011). *Les politiques publiques et leur analyse*. In Michaud D. (Ed.). *Secrets d'État: principes et enjeux de l'administration publique Québec* : Presses de l' Université Laval.
- Migdalovitz, C. (2009). *Greece Update*. (CRS Report for Congress, RS 21855). Congressional Research Service.
- Mihaiu, D. M., Opreana, A., & Cristescu, M. P. (2010). Efficiency, effectiveness and performance of the public sector. *Romanian Journal of Economic Forecasting*, 4(1), 132-147.

- Miller, E. F. (1971). David Easton's political theory. *The Political Science Reviewer*, 1, 184-235.
- Milosavljevic, M., Milanovic, N., & Bencovic, S.,(2016). Politics, Policies and Public Procurement Efficiency: A Quantitative Study of 25 European Countries. *Lex Localis-Journal of Local Self-Government*, 14(3), 537-558.
- Mishkin, F. (1991). Assymetric information and financial crisis . A historical perspective. In National Bureau of Economic Research, Inc (Ed.), *Financial market and financial crises*. (pp. 69-108). University of Chicago Press.
- Mitchell, T. (2010). The resources of economics: making the 1973 oil crisis. *Journal of Cultural Economy*, 3(2), 189-204.
- Mitroff, I. & Pearson, C., & Harrington, C. (1996), *The Essential Guide to Managing Corporate Crises, A step by step Handbook for Surviving Major Catastrophes*, Oxford : Oxford University Press.
- Mitropoulos, J., & Sissouras, A. (2004. September,8-11). Rationalising the allocation of central resources to the health care regions in Greece. [ConferencePresentation]. *5th European Conference of Health Economics*, London School of Economics and Political Science, London.
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., & Giannikos, I. (2013). Combining DEA with location analysis for the effective consolidation of services in the health sector. *Computers & Operations Research*, 40(9), 2241-2250.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., & Thomson, S. (2012). In Philpa Mladovsky (Ed.). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Kopenhagen : World Health Organization.
- Modelski, G. (1978). The long cycle of global politics and the nation-state. *Comparative studies in society and history*, 20(2), 214-235.
- Mossialos, E., & Allin, S. & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek Health System: a tale of fragmentation and inertia, *Health Econ.*, 14(S1), S151-S168.
- Movahedi, M. M., Saati S., & VahidiInt. A. R. (2007). Iranian Railway Efficiency (1971-2004): An Application of DEA, *J. Contemp. Math. Sciences*, 2(32), 1569 – 1579.
- Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1998). Competing by Design Relieve anxiety by taking four action steps. *Executive Excellence*, 15, 12-12.

- Nagel, S. S. (1986). Efficiency, effectiveness, and equity in public policy evaluation. *Review of Policy Research*, 6(1), 99-120.
- Naudé, W. (2010). The global economic crisis and developing countries: effects, responses and options for sustainable recovery. *Poverty & Public Policy*, 2(2), 211-235.
- Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International journal of operations & production management*, 15(4), 80-116.
- Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (2005). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International journal of operations & production management*, 25(12), 1228-1263.
- Nelson, R., Belkin, P., Mix, D. E., & Weiss, M. A. (2012). The eurozone crisis: overview and issues for congress. *Congressional Research Service Report*, 42377, 1-22.
- Nestoras, A. A. (2015). The Gatekeeper's Gambit: SYRIZA, Left Populism and the European Migration Crisis. *Institute of European Democrats-Working Paper*, 1-35.
- Newby, D., & Hill, S. (2003). Use of pharmacoeconomics in prescribing research. Part 2: cost-minimization analysis—when are two therapies equal? *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 28(2), 145-150.
- Ng, A. Y., & Gujar, G. C. (2009). Government policies, efficiency and competitiveness: The case of dry ports in India. *Transport Policy*, 16(5), 232-239.
- Niakas, D. (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International Journal of Health Services*, 43(4), 597-602.
- Nikolentzos, A. (2005, June, 10). *Can existing theories of professions, institutions and medical power explain the Greek health care reforms since 1983?* [Conference Presentation]. 2nd LSE PhD Symposium on Modern Greece “Current Social Science Research on Greece”, LSE.
- Nikolentzos, A., & Mays, N. (2008). Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983—2001)? *Journal of European Social Policy*, 18(2), 163-176.
- Nikolentzos, A., Kontodimopoulos, N., Polyzos, N., Thireos, E., & Tountas, Y. (2015). Reengineering NHS Hospitals in Greece: redistribution leads to rational mergers. *Global journal of health science*, 7(5), 272-287.
- OECD (2001). *OECD Economic Surveys 2000–2001: Greece*. Paris: OECD.



- OECD (2006). *DAC Guidelines and Reference Series Applying Strategic Environmental Assessment: Good Practice Guidance for Development Co-operation*, Paris : Paris.
- OECD (2006). Higher education: Quality, equity and efficiency. *Programme on Institutional Management in Higher Education*. Paris : OECD Publishing.
- OECD (2010). *Healthcare systems: Efficiency and policy settings*. Paris: OECD.
- OECD (2013). *Education at a Glance*. OECD Indicators. Paris : OECD Publishing.
- Ohanian, L. E. (2010). The economic crisis from a neoclassical perspective. *Journal of Economic Perspectives*, 24(4), 45-66.
- Oikonomou, N., & Tountas, Y. (2011). The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *The Lancet*, 377(9759), 28-29.
- Okeke-Uzodike, O. E., & Subban, M. (2015). Public sector recruitment policies: efficiency, effectiveness and consequences. *Problems and perspectives in management*, (13, Iss. 1), 26-34.
- Okumus, F. (2003). A Framework to Implement Strategies in Organizations, *Management Decision*, 41(9), 871-882.
- Okun, A. (1978). Efficient Disinflationary Policies. *The American Economic Review*, 68(2), 348-352.
- Oliver, T. R. (2006). The politics of public health policy. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 195-233.
- Or, Z., Wang, J., & Jamison, D. (2005). International differences in the impact of doctors on health: a multilevel analysis of OECD countries. *Journal of Health Economics*, 24(3), 531-560.
- Ozcan, Y. A., & Khushalani, J. (2017). Assessing efficiency of public health and medical care provision in OECD countries after a decade of reform. *Central European Journal of Operations Research*, 25(2), 325-343.
- Ozcan, Y. A., & Luke, R. D. (2011). Health care delivery restructuring and productivity change: assessing the Veterans Integrated Service Networks (VISNs) using the Malmquist approach. *Medical Care Research and Review*, 68(1\_suppl), 20S-35S.
- Ozcan-Gunai Nur E., & Tektas, A. (2006). Efficiency Analysis of the Turkish Banking Sector in precrisis and crisis period: A DEA approach, *Contemporary Economic Policy*, 24(3), 418-436.
- Palmer, S., & Torgerson, D. J. (1999). Definitions of efficiency. *Bmj*, 318(7191), 1136.

- Pangalos, G., Asimakopoulos, D., & Pagkalos I. (2013). The new Greek national e-prescription system: an effective tool for improving quality of care and containing medication costs. *Studies in Health Technology and Informatics*, 190, 13-17.
- Pangalos, G., Asimakopoulos., D., & Pagkalos, I. (2013). The new Greek national e-prescription system: an effective tool for improving quality of care and containing medical costs. In Mantas J. & Hassman A., (Eds.). *Informatics, Management and Technology in Healthcare* (pp. 194-200). Ios Press.
- Panko, R. R. (2008). IT employment prospects: beyond the dotcom bubble. *European Journal of Information Systems*, 17(3), 182-197
- Papadopoulos , T., & Roumpakis, A. (2012). The Greek welfare state in he age of austerity: anti-social policy and the politico-economic crisis. *Social Policy Review 24: analysis and debate in social policy*, 24, 205.
- Papadopoulos, T., & Roumpakis, A. (2012). *The Greek welfare state in the age of austerity : anti-social policy and the politico-economic crisis*. In: Kilkey, M., Ramia, G. & Farnsworth, K., (Eds.). *Social Policy Review 24*, 203-227.
- Papadopoulos, T., & Roumpakis, A. (2013). Familistic welfare capitalism in crisis: social reproduction and anti-social policy in Greece. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 29(3), 204-224.
- Papageorgiou, E., Tsounis, A., Sarafis, P., & Bamidis, P. (2014). Utilisation of Modern Economics and informative applications in the field of the qualitative upgrade of hospital sector operation, *Interscientific Health Care*, 6,(1), 24-34.
- Papathanasiou, S., Mylonas, P., & Kenourgios, D. (2018). Bank Mergers-Takeovers and Customer Satisfaction: The Case of a Greek Commercial Bank. *Journal of Finance, Economics and Trade*, 2(2), 11-17.
- Paul, H.J. (2011). *The South Sea Bubble*. London: Routledge.
- Pemberton, H. (2000). Policy Networks and Policy Learning: UK Economic Policy in the 1960s and 1970s. *Public Administration* 78(4) : 771-792.
- Petmesidou, M., Pavolini, E., & Guillén, A. M. (2014). South European healthcare systems under harsh austerity: a progress–regression mix?. *South European Society and Politics*, 19(3), 331-352.

- Picatoste, J., Ruesga-Benito, S. M., & González-Laxe, F. (2018). Economic environment and health care coverage: Analysis of social acceptance of access restrictive policies applied in Spain in the context of economic crisis. *Journal of cleaner production*, 172, 3600-3608.
- Pickel, A. (1997). Neoliberalism, gradualism and some typical ambiguities and confusions in the transformation debate. *New Political Economy*, 2(2), 221-235.
- Pierre, J., & Peters, B. G. (2019). *Governance, politics and the state*. London : Red Globe Press.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American political science review*, 94(2), 251-267.
- Pinprayong B., & Siengtai S. (2012). Restructuring for organizational efficiency in the banking sector in Thailand: a case study of Siam commercial bank. *Far East Journal of Psychology and Business*, (8)2, 29-42.
- Pirani, N., Zahiri, M., Engali, K. A., & Torabipour, A. (2018). Hospital efficiency measurement before and after health sector evolution plan in southwest of Iran: a DEA-Panel Data Study. *Acta Informatica Medica*, 26(2), 106.
- Polyzos, N., (2012). A three-year performance evaluation of the NHS hospitals in Greece. *Hippokratia*, 16(4), 350.
- Polyzos, N., Economou, C., & Zilidis, C. (2008). National Health Policy In Greece: Regulations Or Reforms? The Sisyphus Myth. *European Research Studies*, 11(3), 91-118.
- Polyzos, N., Karakolias, S., Dikeos, C., Theodorou, M., Kastanioti, C., Mama, K., ... & Thireos, E. (2014). The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed? *BMC health services research*, 14(1), 583-94.
- Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. *Health policy*, 109(1), 14-22.
- Polyzos, N., Kastanioti, C., Zilidis, C., Mavridoglou, G., Karakolias, S., Litsa, P., Menegakis, V., & Kani, C. (2016). Greek national e-prescribing system: Preliminary results of a tool for rationalizing pharmaceutical use and cost. *Glob J Health Sci*, 8(10), 1-9.
- Polyzos, S., Niavis, S., & Pnevmatikos, T. (2012). Longitudinal evaluation of Greek regional policies using window data envelopment analysis. *MIBES Transactions*, 6(1), 53-65.

- Pompo, C., & Taborda, R. (2004) Performance and Efficiency in Colombia's Power Distribution System: Effects of the 1994 Reform, Series Documento, 47, Centro Editorial Rosarista, Universite del Rosario.
- Poole, W. (2010). Causes and Consequences of the Financial Crisis of 2007-2009. *Harvard Journal of Laws and Public Policy*, 33, 421-41.
- Porcelli, F. (2009). Measurement of Technical Efficiency. A brief survey on parametric and non-parametric techniques. *University of Warwick*, 11, 1-27.
- Pulina, M., Detotto, C., & Paba, A. (2010). An investigation into the relationship between size and efficiency of the Italian hospitality sector: A window DEA approach. *European journal of operational research*, 204(3), 613-620.
- Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health policy*, 113(1-2), 13-19.
- Rafailov, D. (2011). The failures of credit rating agencies during the global financial crisis—causes and possible solutions. *Economic Alternatives*, 1, 34-45.
- Ramanathan, R. (2003). *An introduction to data envelopment analysis: a tool for performance measurement*. Sage.
- Ray, S. (2004). *Data Envelopment Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ray, S. C., & Desli, E. (1997). Productivity growth, technical progress, and efficiency change in industrialized countries: comment. *The American Economic Review*, 87(5), 1033-1039.
- Reddy, K. S., Patel, V., Jha, P., Paul, V. K., Kumar, A. S., & Dandona, L. (2011). Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action. *The Lancet*, 377(9767), 760-768.
- Reich, M. (1995). The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy* 32, 47-77.
- Renner, A., Kirigia, J. M., Zere, E. A., Barry, S. P., Kirigia, D. G., Kamara, C., & Muthuri, L. H. (2005). Technical efficiency of peripheral health units in Pujehun district of Sierra Leone: a DEA application. *BMC Health Services Research*, 5(1), 77.
- Rhodes, R.A.W., & Marsh, D. (1992). New directions in the study of policy networks. *European Journal of Political Research*. 21(1-2), 181-205.

- Rogge, N., Agasisti, T., & De Witte, K. (2017). Big data and the measurement of public organizations' performance and efficiency: The state-of-the-art. *Public Policy and Administration*, 32(4), 263-281.
- Rori, L. (2016). The 2015 Greek parliamentary elections: from great expectations to no expectations. *West European Politics*, 39(6), 1323-1343.
- Rouse, P., & Swales, R. (2006). Pricing public health care services using DEA : Methodology versus politics. *Annals of Operations Research*, 145(1), 265-280.
- Rousseau, P. L. (2002). Jacksonian monetary policy, specie flows, and the panic of 1837. *The Journal of Economic History*, 62(2), 457-488.
- Sabatier, P. A. (1991). Toward better theories of the policy process. *PS: Political Science & Politics*, 24(2), 147-156.
- Sabatier, P. A., Leach, W. D., Lubell, M., & Pelkey, N. W. (2005). Theoretical frameworks explaining partnership success. In Sabatier, P., Gocht, W., Lubel, M., Travhtenberg, Z., Vedlitz, A., Matlock, M., *Swimming upstream: Collaborative approaches to watershed management*, Cambridge : 173-200.
- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1980). The implementation of public policy: A framework of analysis. *Policy studies journal*, 8(4), 538-560.
- Sabatier, P., & Jenkins-Smith, H., (eds.). (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Sarker, D., & De, S. (2004). High technical efficiency of farms in two different agricultural lands: A study under deterministic production frontier approach. *Indian Journal of Agricultural Economics*, 59(902-2016-68043).
- Sarpu, R.K., (2004). *Public policy. Formulation implementation and evaluation*. New Delhi. Sterling publishers.
- Schattschneider, E. E. (1960). *The Semi-Sovereign People*. New York: Holt. Rinehart & Winston.
- Scheel, H. (2000). EMS: Efficiency Measurement System. User's Manual, Version 1.3, 2.

- Schmid, G., Reissert, B., & Bruche, G. (1992). *Unemployment Insurance and Active Labor Market Policy. An International Comparison of Financing Systems*. Detroit: Wayne State University Press.
- Seiford, L. M., & Zhu, J. (2002). Modeling undesirable factors in efficiency evaluation. *European journal of operational research*, 142(1), 16-20.
- Semchenkova, S., & Gnezdova, J. (2019). Investment Policy of Russia in the Conditions of Globalization and World Integration. *Advances in Economics, Business and Management Research*, volume 85, 96-99.
- Shaik, A. (1999). Explaining the global economic crisis. *Historical materialism*, 103-144.
- Sharma, K. R., Leung, P., & Zaleski, H. M. (1999). Technical, allocative and economic efficiencies in swine production in Hawaii: a comparison of parametric and nonparametric approaches. *Agricultural economics*, 20(1), 23-35.
- Sheingate, A., (2003). Political Entrepreneurship, Institutional Change, and American Political Development. *Studies in American Political Development* 17(3), 185–203.
- Shen, J. H., Liu, X. J., & Zhang, J. (2019). Toward a unified theory of economic reform. *Structural Change and Economic Dynamics*, 51, 318-333.
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2), 111-119.
- Sinuany-Stern, Z., & Friedman, L. (1998). DEA and the discriminant analysis of ratios for ranking units. *European Journal of Operational Research*, 111(3), 470-478.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Litsa, P., Georgiadou, D., Alexopoulou, H., Paterakis, P., Argiri, S., & Liaropoulos, S. (2014). Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focusing on price reductions and cost-sharing rates. *Value in health regional issues*, 4, 107-114.
- Sissouras, A., Mitropoulos., J., & Gounaris, C. (2000). Evaluating the efficiency of health care units: The case of the Greek primary health care centres. In: Javor, A., Van Eimeren, W., Duru, G., (Eds.). *Proceedings of the 7th International Conference on System Science in Health Care: Sustainable structure for better health*. International Society on System Science in Health Care.
- Sklias, P., & Maris, G. (2013). The political dimension of the Greek financial crisis. *Perspectives on European Politics and Society*, 14(1), 144-164.

- Smith, K. (2013). *Beyond Evidence Based Policy in Public Health: The Interplay of Ideas*. Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- Smith, M. (2008, November, 12). *Causes and consequences of the global economic crisis: a marxist-socialist analysis*. [Conference Presentation]. Brock University.
- Smith, P. (1991). Crisis and democracy in Latin America. *World Politics*, 43(4), 608-634.
- Sotiropoulos, D. A. (2004). The EU's impact on the Greek welfare state: Europeanization on paper? *Journal of European Social Policy*, 14(3), 267-284.
- Sotiropoulos, D. A., & Bourikos, D. (2014). Economic crisis, social solidarity and the voluntary sector in Greece. *Journal of Power, Politics & Governance*, 2(2), 33-53.
- Sotiropoulos, D. A., Featherstone, K., & Colino, C. (2011). *Greece report*. Bertelsmann Stiftung Sustainable Governance Indicators SGI.
- Sotiropoulos, D., Featherstone, K., & Karadag, R. (2015). *Greece report. Sustainable Government Indicators*. Gutersloh : Bertelsman Stiftung.
- Sowlati, T., & Paradi, J.C. & Suld, C. (2005) *Information Systems Project Priorization Using Data Envelopment Analysis, Mathematical and Computer Modelling* (41)11-12, 1279-1298.
- Spourdalakis, M. (2013). Left strategy in the Greek cauldron: Explaining Syriza's success. *Socialist Register*, 49, 98-119.
- Stamatiadis, F. (2009, June, 25 - 26). *Governmental accounting reform in the Greek public hospitals: some preliminary results of its implementation*. [Conference Presentation]. London : 4th Hellenic Observatory PhD Symposium, London School of Economics and Political Science.
- Stefko, R., Gavurova, B., & Korony, S. (2016). Efficiency measurement in healthcare work management using Malmquist indices. *Polish Journal of Management Studies*, 13.
- Stellern, M. J., O' Connor, J., & Phipps, K. (2015). Papandreou's PanHellenic Policy: The Greek Deficit Crisis. *Journal of Case Studies*, 33(1), 94-103.
- Stiglitz, J. (2000). *What I learned at the world economic crisis. Globalization and the poor: Exploitation or equalizer*. In Driscott W. & Clark, J. (Eds.). New York : International Debate Education Assosiation, 195-204.
- Stiglitz, J. (2009). The current economic crisis and lessons for economic theory. *Eastern Economic Journal*, 35(3), 281-296.

- Stiles, K. W. (2019). *Negotiating debt: the IMF lending process*. New York : Routledge.
- Streeck, W., & Thelen, K. (2005). *Introduction: institutional change in advanced political economies*. In W. Streeck, & K. Thelen (Eds.), *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies* (pp. 1-39). Oxford Univ. Press.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Surmachevska, N. (2012). The Greek Healthcare System in Transition: An Overview and Challenges that Remain. *Greece: the epic battle for economic recovery*. Lehigh University, 55-64.
- Surmachevska, N. (2012). The Greek Healthcare System in Transition: An Overview and Challenges that Remain. *Greece: the epic battle for economic recovery. Perspectives on Business and Economics*, 30, 55-64.
- Sylla, R., Wright, R. E., & Cowen, D. J. (2009). Alexander Hamilton, central banker: crisis management during the US financial panic of 1792. *Business History Review*, 61-86.
- Syverson, C. (2011). What determines productivity? *Journal of Economic literature*, 49(2), 326-65.
- Tapia Granados, J. A., & Ionides, E. L. (2017). Population health and the economy: Mortality and the Great Recession in Europe. *Health economics*, 26(12), e219-e235.
- Temin, P., & Voth, H. J. (2004). Riding the south sea bubble. *American Economic Review*, 94(5), 1654-1668.
- Thanassoulis, E. (2001). *Introduction to the Theory and Application of Data Envelopment Analysis, A foundation text with integrated software*. Massachusetts: Kluwer Academic publishers, 19-23.
- Thanassoulis, E., Dyson, R. G., & Foster, M. J. (1987). Relative efficiency assessments using data envelopment analysis: an application to data on rates departments. *Journal of the Operational Research Society*, 38(5), 397-411.
- Thomas, J. W., & Grindle, M. S. (1990). After the decision: Implementing policy reforms in developing countries. *World development*, 18(8), 1163-1181.
- Tlotlego, N., Nonvignon, J., Sambo, L. G., Asbu, E. Z., & Kirigia, J. M. (2010). Assessment of productivity of hospitals in Botswana: a DEA application. *International archives of medicine*, 3(1), 27.



- Tones, K., & Tilford, S. (2001). *Health promotion: effectiveness, efficiency and equity*. Cheltenham : Nelson Thornes.
- Torgersen, A.M., Førsum, F.R., & Kittelsen, S.A.C. (1996). Slack-adjusted efficiency measures and ranking of efficient units. *J Prod Anal* 7, 379–398.
- Torriti, J., Hassan, M. G., & Leach, M. (2010). Demand response experience in Europe: Policies, programmes and implementation. *Energy*, 35(4), 1575-1583.
- Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: the Greek National Health System in transition. *Health Policy*, 62(1), 15-29.
- Triandafyllidou, A. (2014). Greek migration policy in the 2010s: Europeanization tensions at a time of crisis. *Journal of European Integration*, 36(4), 409-425.
- Tripsa, T., Michail, K., Aikaterini, P., Maria, S., Maria, R., & Kyriakos, S. (2013). Recording and evaluation of issues encountered in the use of public health services in Greece, *Hellen J Nurs Sci*, 5(4), 27-39.
- Troy, A. (2012). The Very Efficient City. In *The Very Hungry City*. Yale University Press, 277-296.
- Tsakiris, A., & Aranitou, V. (2011). “Can’t pay? Don’t pay!”: Civil Disobedience Movements and Social Protest in Greece during the Memorandum Era. [Conference Presentation]. Manchester : 16th Alternative Futures and Popular Protest Conference. Manchester Metropolitan University.
- Tsarouhas, D. (2018). Structure, agents and discourse in managing economic crises: the case of Greece, 2009-2017. *Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 15(58), 9-19.
- Tsoufidis, L., Alexiou, C., & Tsaliki, P. (2016). The Greek economic crisis: causes and alternative policies. *Review of Political Economy*, 28(3), 380-396.
- Tulkens, H., & Eeckaut, P. V. (1995). Non-parametric efficiency, progress and regress measures for panel data: methodological aspects. *European Journal of Operational Research*, 80(3), 474-499.
- Tziampiris, A. (2015). In the Shadow of a Long and Glorious Past: Understanding Greek Foreign Policy. *Mediterranean Quarterly*, 26(2), 63-79.
- Vanderbroeck, P. (2012). Crises: Ancient and Modern Understanding an ancient Roman crisis can help us move beyond our own. *Management & Organizational History*, 7(2), 113-131.

- Vandoros, S., & Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health policy, 109*(1), 1-6.
- Vassilakopoulou, P., & Marmaras, N. (2013, June, 5-8). Transitions In The Making: Introducing E-Health Platforms In Greece. [Conference Presentation]. *Proceedings of the 21st European Conference on Information Systems*, (p.p. 1-12). ECIS, Utrecht, The Netherlands.
- Vernon, R. (1976). *Oil Crisis*. United States. Office of Scientific and Technical Information.
- Vogler, S. (2012). The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. *Generics and Biosimilars Initiative Journal, 1*(2), 93-100.
- Voskeritsian, H., Veliziotis, M., Kapotas, P., & Kornelakis, A. (2017). *Between a rock and a hard place: social partners and reforms in the wage setting system in Greece under austerity*. London : London School of Economics and Political Science.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the world health organization, 80*, 97-105.
- Walsh, J. I. (2006). Policy Failure and Policy Change: British Security Policy after the cold war. *Comparative Political Studies 39*(4), 490-518.
- Wang, F. C., Hung, W. T., & Shang, J. K. (2006). Measuring the cost efficiency of international tourist hotels in Taiwan. *Tourism Economics, 12*(1), 65-85.
- Watzka, S. (2017). Contagion risk during the euro area sovereign debt crisis: Greece, convertibility risk, and the ECB as lender of last resort. In Heinemman, F., Kluh, U. & Watzka, S. (Eds.). *Monetary Policy, Financial Crises, and the Macroeconomy*, (pp 79-104). Springer.
- Weible, C. M., & Sabatier, P. A. (2007). A guide to the advocacy coalition framework. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*, 123-136.
- Weible, C. M., Sabatier, P. A., Jenkins-Smith, H. C., Nohrstedt, D., Henry, A. D., & DeLeon, P. (2011). A quarter century of the advocacy coalition framework: An introduction to the special issue. *Policy Studies Journal, 39*(3), 349-360.
- Weiss, C. (1977). Research for Policy's Sake: The enlightenment function of social research. *Policy Analysis, 3*(4), 531–545.

- Wenzl, M., Naci, H., & Mossialos, E. (2017). Health policy in times of austerity—a conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with examples from Europe since 2008. *Health Policy*, *121*(9), 947-954.
- Wößmann, L., & Schütz, G. (2006). Efficiency and equity in European education and training systems, 1-43.
- Wranik, D. (2012). Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: Evidence from the OECD. *Health Economics, Policy and Law*, *7*(2), 197-226.
- Wu, D. (2009). *Measuring Performance in Small and Medium Enterprises in the Information & Communication Technology Industries*. [Doctoral dissertation RMIT University], Research Repository.
- Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., & Constantopoulos, A. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, *15*(6), 1-12.
- Yang, H. H., & Chang, C. Y. (2009). Using DEA window analysis to measure efficiencies of Taiwan's integrated telecommunication firms. *Telecommunications Policy*, *33*(1-2), 98-108.
- Yue, P. (1992). Data envelopment analysis and commercial bank performance: a primer with applications to Missouri banks. *IC<sup>2</sup> Institute Articles*.
- Zahariadis, N. (2016). Powering over puzzling? Downsizing the public sector during the Greek sovereign debt crisis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, *18*(5), 464-478.
- Zahariadis, N. (Ed.). (2016). *Handbook of public policy agenda setting*. Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA : Edward Elgar Publishing.
- Zartman, I. W. (1991). Conflict and resolution: Contest, cost, and change. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *518*(1), 11-22.
- Zavras, A. I., Tsakos, G., Economou, C., & Kyriopoulos, J. (2002). Using DEA to evaluate efficiency and formulate policy within a Greek national primary health care network. *Journal of Medical Systems*, *26*(4), 285-292.
- Zervopoulos, P., & Palaskas, T. (2010). Performance–effectiveness–efficiency measurement methods in public sector: international and Greek experience. *Administrative Science Review*, *16*, 152-186.

- Zheng W., Yang B., & McLean G. (2010). Linking organizational culture, structure, strategy, and organizational effectiveness: Mediating role of knowledge management. *Journal of Business Research*, 63(7), 763–771.
- Αγγελόπουλος Β. (2009). *Η Διεθνής Οικονομική Κρίση και η Ελλάδα*. Economía Publishing.
- Ακαδημία Αθηνών, (1992). *Η Δημόσια Διοίκηση μπροστά στη πρόκληση του 1992. Προτεινόμενες Διοικητικές Μεταρρυθμίσεις*, Αθήνα : Κέντρο Ερεύνης της Ελληνικής Κοινωνίας.
- Αντωνοπούλου, Α. (2014). *Οικονομία της υγείας. Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Βανδώρος, Σ. (2015). *Εισαγωγή στις Πολιτικές Ιδεολογίες*. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα, ΣΕΑΒ.
- Βαρουφάκης, Γ., Πατώκος, Τ., Τσερκέζης, Α., & Κουτσοπέτρος, Χ. (2011). *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011*. Αθήνα : Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Βατικιώτης, Α. (2011). Ο Αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Παγκόσμια οικονομική κρίση και οικονομικές πολιτικές. In Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης (Ed.). *Proceedings of the 11th International Conference of the Economic society of Thessaloniki*, (p.p. 29-42). Τμήμα εκδόσεων ΑΤΕ Θεσσαλονίκης.
- Βογιατζή, Μ., & Βογιατζής, Α. (2011). Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η Ελλάδα : υπάρχουν προοπτικές; Παγκόσμια οικονομική κρίση και οικονομικές πολιτικές. In Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης (Ed.). *Proceedings of the 11th International Conference of the Economic society of Thessaloniki*, (p.p. 43-54). Τμήμα εκδόσεων ΑΤΕ Θεσσαλονίκης.
- Βουλή των Ελλήνων (2010). *Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση Ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων»*. Αθήνα : Εθνικό Τυπογραφείο.
- Βουλή των Ελλήνων (2014). *Εισηγητική έκθεση στο Νομοσχέδιο «ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»*, Αθήνα.
- Γενική Γραμματεία Επικοινωνίας, Γενική Γραμματεία Ενημέρωσης, (2012). *Σημεία Προγραμματικής Σύγκλισης μεταξύ των τριών Αρχηγών που συμμετέχουν στην Κυβέρνηση*. (Αριθμός Δελτίου 403907923 Έκδοση 1, Δευτέρα 25 Ιουνίου 2012.).

- Γκιμπερίτη, Α. Ε. (2007). Η Ηλεκτρονική υγεία (eHealth) ως εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής, με έμφαση σε ποιοτικές, διαχειριστικές και οικονομικές distástσεις: η περίπτωση ελληνικής υπηρεσίας υγείας. [Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας]Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Διαμαντάτου, Σ. Δ. (2016). *Εκτίμηση της αποδοτικότητας-αποτελεσματικότητας-απόδοσης του εργαστηριακού τομέα δημοσίων νοσοκομείων* [Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Δίκαιος, Κ., & Μίχος, Δ. (2014). Νότιο-Ευρωπαϊκά Κράτη και Κρίση: Τα κόμματα εξουσίας και οι προτάσεις τους για την υγειονομική περίθαλψη. In Επιστημονική Εταιρία Κοινωνικής Πολιτικής (Ed.). *5ο Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο. Κοινωνική Πολιτική στην εποχή της κρίσης: στο σταυροδρόμι των επιλογών*.
- Δόλγερας, Α., & Κυριόπουλος, Γ. (2006). *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Δουράκης, Γ. (2010). Παγκόσμια Οικονομική Κρίση και Οικονομικές Πολιτικές: Επιστροφή του John Maynard Keynes. Παγκόσμια κρίση και οικονομικές πολιτικές. In Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης (Ed.). *Proceedings of the 11th International Conference of the Economic society of Thessaloniki*, (p.p. 71-94). Τμήμα εκδόσεων ΑΤΕ Θεσσαλονίκης.
- Ελληνική Δημοκρατία (2014). Νόμος υπ' αριθ. 4238. Τεύχος Α' Αρ. Φύλλου 38, 17 Φεβρουαρίου 2014. Εφημερίς της Κυβερνήσεως.
- Ελληνική Δημοκρατία, (2014b). Νόμος υπ' αριθ. 4316. Τεύχος Α'. Αρ. Φύλλου 270, 24-12-2014. Εφημερίς της Κυβερνήσεως,.
- Ελπινίκη, Μ., & Χαραλάμπους, Χ. (2017). Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 16(4), 259-270.
- ΕΛΣΤΑΤ, (2013). *Η Ελλάδα με αριθμούς*. Διεύθυνση Στατιστικής Πληροφόρησης, ΕΛΣΤΑΤ.
- Ευκαρπίδης, Α. (2011). Η επίδραση της Οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(3), 48-52.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2010). ΕΥΡΩΠΗ 2020: στρατηγική για έξυπνη, διατηρήσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη: ανακοίνωση της Επιτροπής. Βρυξέλες : Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

- IOBE, (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου*. Αθήνα : Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.
- Ιωακείμογλου, Η. (2010). *Υπηρεσίες Υγείας: από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ.
- Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., & Χατζητόλιος, Α. (2012). Η Περιφερειακή Οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2), 233-240.
- Καλιτσουνάκης, Δ. (1930). *Οικονομική Πρόγνωση, Ο Ρυθμός εν τη Οικονομία, Συμβολή εις τη μορφολογία της Κεφαλαιοκρατικής Κοινωνίας*, Google Books.
- Κάλφας, Β. (2015). Ο Αριστοτέλης και η εποχή του. Στο Κάλφας, Β. (2015). *Η φιλοσοφία του Αριστοτέλη*. Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών
- Καστανιώτη, Α., & Πολύζος, Ν. (2016). Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY. net. *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes*, 33(2), 198-206.
- Κουντούρη, Φ. (2015). Πολιτικοί Δρώντες και Δημόσια Προβλήματα. Κεφάλαιο 5. Στο Κουντούρη, Φ., (Ed.), *Τα δημόσια προβλήματα στην πολιτική ατζέντα*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., & Φιλαλήθης, Α. (2006). Οι Υγειονομικές Μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού. *Διοικητική Ενημέρωση*, 39, 82-90.
- Κυριόπουλος, Γ., Αθανασάκη, Κ., & Πάβη, Ε. (2012). *Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*. Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Λαδί Σ., & Νταλάκου Β., (2008). *Δημόσια Διοίκηση και Πολιτική. Εισαγωγή στη Δημόσια Διοίκηση και Δημόσια Πολιτική*. Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Λεβεντάκου, Π. (2011). Η οικονομική κρίση και οι οικονομικές πολιτικές. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Παγκόσμια οικονομική κρίση και οικονομικές πολιτικές. In Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης (Ed.). *Proceedings of the 11th International Conference of the Economic society of Thessaloniki*, (p.p. 107-129). Τμήμα εκδόσεων ΑΤΕ Θεσσαλονίκης.
- Μαλλιαρού, Μ., & Σαράφης, Π. (2015). Οικονομική κρίση. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 11(1), 202-212.

- Μεχίλι, Ε. (2015). *Συγκριτική μελέτη της ζήτησης υπηρεσιών υγείας μεταξύ γενικού πληθυσμού και ανέργων στην Ελλάδα μετά την οικονομική κρίση*. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Νοσηλευτικής. Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ).
- Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), 3-7.
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 31(2), 172-185.
- Οικονόμου, Χ., & Παντελή, Δ. (2018). *Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων του τομέα υγείας στην Ελλάδα*. Denmark : World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Οικονόμου, Ν. (2012). *Μέτρηση αποδοτικότητας των Ελληνικών Κέντρων Υγείας – Περιφερειακών Ιατρείων : Η περίπτωση της Περιφέρειας Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων*. [Διδακτορική Διατριβή. ΕΚΠΑ]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Οικονόμου, Ν. Α., & Τούντας, Γ. (2007). Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 34-47.
- Παναγιώτου, Π. (2016). Όταν τα διαγράμματα μιλούν. *Η υπόθεση Ελληνική κρίση*. Αθήνα : Εκδόσεις Λιβάνη.
- Παπαγεωργίου, Θ. (2014). *Η θεωρία του οικονομικού κύκλου : μία θεωρητική και εμπειρική διερεύνηση*. Διδακτορική Διατριβή. ΕΜΠ.
- Πέττας, Ν. (2017). *Data envelopment analysis models for performance measurement and management of public policy implementation : evidence from delivery of a social economic development program*. [Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Πιτσιόρλας, Σ. (2018). Η ελληνική οικονομία μετά την ολοκλήρωση του 3ου προγράμματος προσαρμογής. *Οικονομικά χρονικά. Ειδική έκδοση για το 2<sup>ο</sup> Διεθνές συνέδριο του Οικονομικού Επιμελητηρίου Ελλάδας*, 161, 12.
- Σαϊττης, Κ. (2015). *Περιβάλλουσα ανάλυση δεδομένων*. [Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

- Σαρίδη, Μ. (2014). Οικονομική Κρίση και Νοσηλευτική, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Hellenic Journal of Nursing Science*, 7(2), 3-5.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., & Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα-Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), 663-672.
- Σμυρλής, Ι. (2003). Η Περιβάλλουσα Ανάλυση με μη ακριβή δεδομένα : Νέα μεθοδολογική προσέγγιση και νέα πεδία εφαρμογών.[Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς] Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Σουλιώτης Κ. (2013). *Η δημόσια ασφάλιση στην Ελλάδα: Από το αδιανόητο στο αυτονόητο*. Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σουλιώτης Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη Πολιτική Υγείας – Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση.
- Στουρνάρας, Γ. (2011). Φαρμακευτική δαπάνη και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα. *Τα Νέα της ΕΟΠΕ*, 14(1), 8-11.
- Τιβέριος, Μ., (2011). *Οικονομικές κρίσεις στην Ιστορία*. Αθήνα : Εκδόσεις 24 Γράμματα.
- Τούντας, Γ. (2016). *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. Αθήνα : Ινστιτούτο Κοινωνικής και Πρόληπτικής Ιατρικής ΔιαΝΕΟσις.
- Τράπεζα της Ελλάδος (2009). *Νομισματική πολιτική 2008-2009*. Αθήνα : Ίδρυμα εκτύπωσης τραπεζογραμματίων και αξιών της Τράπεζας της Ελλάδος.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2012). Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011. Αθήνα : Εκδόσεις Διόνικος.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2007). *Προγράμματα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε θέματα πρόληψης. Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα : ΥΥΚΑ.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008). *Εθνικό σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγείας 2008-2012*. Αθήνα: Γραφείο Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας.
- Υφαντόπουλος, Γ., (2006). *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Gutenberg.
- Υφαντόπουλος, Γ.Ν., (2003). *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα : Τυπωθήτω.



Φαρμακάς, Α. (2016). *Η συμμετοχή του κοινού στον καθορισμό προτεραιοτήτων και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης*. [Διδακτορική Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

Φραγκιαδάκης, Γ. (2013). *Συγκριτική αξιολόγηση της λειτουργικής και οικονομικής αποδοτικότητας των μονάδων υγείας του ΕΣΥ με τη χρήση μη παραμετρικών και πολυκριτήριων μεθοδολογιών*. [Διδακτορική Διατριβή. Πολυτεχνείο Κρήτης]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.