



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ “Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ”**



του σπουδαστή : **Ιωσήφ Λεβαντή**
επιβλέπων: Δρ. Φώτιος Δρούμπαλης

Καλαμάτα, Ιούνιος 2015

στη μνήμη του πατέρα μου
στη μητέρα μου

στη σύζυγό μου Θεοδώρα
στα παιδιά μου
Στέφανο και Φιλώ

Ευχαριστίες

Στο τέλος αυτού του ταξιδιού της γνώσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή μου Δρ. Φώτιο Δρούμπαλη, την πρώην συνάδελφο Γεωργία Γκουγκούση του τμήματος πληροφορικής της Παμμακαρίστου, τις κουνιάδες μου Βάσω και Κατερίνα που ποτέ δεν αρνήθηκαν να κρατήσουν τα παιδιά όποτε τους το ζήτησα, τον ανιψιό μου Διονύση, τη Νίκη για την πολύτιμη βοήθειά της, τη φίλη και συμφοιτήτρια Ελισάβετ Βασιλάκη και τέλος τον φίλο και συμφοιτητή Γιώργο Κανελλάκη που χωρίς την αμέριστη βοήθειά του δεν θα είχα φτάσει έως το τέλος.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Περιεχόμενα.....	7
Περίληψη.....	8
Πίνακες	10
Σχεδιαγράμματα	10
Φωτογραφίες.....	11
Εισαγωγή.....	13
Κεφάλαιο 1. Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η Ελλάδα	16
1.1 Ορισμοί, οικονομικά μεγέθη, θεωρητικές προσεγγίσεις	16
1.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα (ιστορική προσέγγιση, επιπτώσεις)	20
1.3 Η τρέχουσα οικονομική κρίση και τα μέτρα αντιμετώπισής της στην Ελλάδα	23
1.4 Μεθόδευση αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης	28
Κεφάλαιο 2. Οι επιπτώσεις από την οικονομική κρίση στην υγειονομική	33
 περίθαλψη των πολιτών	33
2.1 Οικονομική κρίση και υγειονομικά συστήματα.....	33
2.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα	35
2.2.1 Ανασυγκρότηση, αναδιάρθρωση, αναβάθμιση, διασύνδεση; του ΕΣΥ	36
2.2.2 Διαρθρωτικές αλλαγές στη διαχείριση της καθημερινότητας των υγειονομικών μονάδων.....	37
2.2.3 Παρεμβάσεις στην οικονομική διαχείριση των υγειονομικών μονάδων του ΕΣΥ.....	39
2.2.4 Λοιπές παρεμβάσεις.....	40
2.3 Εκτιμήσεις – κριτική επί των ληφθέντων μέτρων.....	43
Κεφάλαιο 3. Η υγειονομική φροντίδα των ανασφάλιστων την περίοδο της κρίσης	50
3.1 Γενικά	50
3.2 Το προφίλ των υγειονομικά ανασφάλιστων πολιτών	52
3.3 Κόστος και καταμερισμός κόστους της υγειονομικής φροντίδας των “ανασφάλιστων”	57

Κεφάλαιο 4. Το Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας “Η Παμμακάριστος”	63
4.1 Η ταυτότητα του νοσοκομείου.....	63
4.2 Βασικά χαρακτηριστικά της δομής και οργάνωσης του νοσοκομείου.....	65
4.3 Βασικά χαρακτηριστικά της κίνησης του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”	68
4.4 Το Τμήμα Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” και η αντιμετώπιση των ανασφάλιστων.....	70
4.5 Η γραφειοκρατική αντιμετώπιση των ανασφάλιστων.....	74
Κεφάλαιο 5. Διερεύνηση του ζητήματος των ανασφάλιστων στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”	81
5.1 Υλικό – Μεθοδολογία Έρευνας	81
5.2 Αποτελέσματα Έρευνας	83
Κεφάλαιο 6. Συζήτηση – Συμπεράσματα	95
Βιβλιογραφία	109
Ελληνική	109
Ξενόγλωσση	113
Παράρτημα	114

Περίληψη

Ιστορικά, οι χρηματοοικονομικές κρίσεις σε παγκόσμιο επίπεδο συνιστούν παράγοντα αποσάθρωσης του κοινωνικού κράτους. Η Ελλάδα, από το έτος 2010 βιώνει τις επιπτώσεις μιας συνεχούς χρηματοοικονομικής κρίσης. Η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και η μείωση των κοινωνικών παροχών είναι δεδομένη. Η ραγδαία αύξηση της ανεργίας, η μείωση των εισοδημάτων και η αδυναμία του κράτους να ανταποκριθεί στο κοινωνικό του συμβόλαιο με τους πολίτες, μεταξύ των άλλων έχει δημιουργήσει μια κοινωνική υποομάδα, των “ανασφάλιστων” πολιτών (ξεπερνούν τα 3,3 εκατ.), που αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης. Το ελληνικό δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα φαίνεται να έχει αναλάβει κατά κύριο λόγο την κάλυψη των αναγκών αυτών, αναλαμβάνοντας ουσιαστικά το κόστος νοσηλείας και υγειονομικής φροντίδας των ανασφάλιστων. **Σκοπός** της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση της επιβάρυνσης ενός μικρομεσαίου τύπου ελληνικού νοσοκομείου, του Νοσοκομείου Θείας Πρόνοιας “Η Παμμακάριστος”, με έδρα την Αθήνα, σε σχέση με την αυξανόμενη ζήτηση για νοσοκομειακή περίθαλψη από μέρους των “ανασφάλιστων”, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Χρονικά η έρευνα κάλυψε την περίοδο 2009-2013 και χρησιμοποιήθηκαν τα διαθέσιμα πρωτογενή δεδομένα του Τμήματος Κίνησης Ασθενών του νοσοκομείου. **Από τα αποτελέσματα** της έρευνας προκύπτει ότι είναι ραγδαία η αύξηση των εισαγωγών ανασφάλιστων για νοσηλεία μεταξύ των ετών 2009 και 2013, αγγίζοντας το 70%. Αδυνατεί να καταβάλλει τα νοσήλια, το 70% των εισαχθέντων για νοσηλεία ανασφάλιστων, ενώ οι νοσηλευθέντες με ελληνική υπηκοότητα αποτελούν την πολυπληθέστερη κατηγορία ανασφάλιστων (64%), με αδυναμία καταβολής των οφειλομένων. **Συμπερασματικά**, η σύμπτωση των ευρημάτων της παρούσης έρευνας σε σχέση με παλαιότερες αντίστοιχες έρευνες καταδεικνύει ότι η οικονομική κρίση στην Ελλάδα επιβαρύνει ισοδύναμα το σύνολο των νοσοκομείων ανεξάρτητα του μεγέθους των και ότι η κατηγορία “Έλληνες ανασφάλιστοι” αποτελούν την μέγιστη πλειοψηφία των ανασφάλιστων πολιτών που ζητούν νοσηλεία από το δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα.

Λέξεις κλειδιά

Οικονομική κρίση, κοινωνικό κράτος, ανασφάλιστοι, νοσηλεία, κόστος νοσηλείας.

Πίνακες

- Πίνακα 1. Νομοθεσία περί των ανασφάλιστων και της υγειονομικής περίθαλψής τω (1973-σήμερα).....σελ. 53
- Πίνακας 2. Κίνηση και κόστος νοσηλείας ανασφάλιστων πολιτών στο νοσοκομείο “Ευαγγελισμός”σελ. 60
- Πίνακας 3. Κατανομή οργανικών και πληρουμένων θέσεων εργασίας στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, 2014.....σελ. 68
- Πίνακας 4. Συγκριτικός πίνακας Δεικτών Χρησιμοποίησης του ΝΘΠ “Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ” της 1^{ης} Υπε και του συνόλου της χώρας, νοσοκομείων μικρομεσαίου μεγέθους, για το έτος 2013.....σελ. 69
- Πίνακας 5. Συγκριτικός πίνακας εισαγωγής ανασφάλιστων ασθενών στο σύνολο των εισαγωγών, (2009-2013) στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”σελ. 83
- Πίνακας 6. Εισαγωγές ανασφάλιστων ασθενών ανά κλινική (2009-2013) στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”σελ. 85
- Πίνακας 7. Κατανομή μέγιστης και ελάχιστης μηνιαίας κίνησης εισαγωγών ανασφάλιστων την περίοδο 2009-2013.....σελ. 87
- Πίνακας 8. Οικογενειακή κατάσταση εισαγωγών ανασφάλιστων (2009-2013), στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”σελ. 88
- Πίνακας 9. Αριθμός εθνικοτήτων ανασφάλιστων εισαχθέντων, στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” (2009-2013).....σελ. 90
- Πίνακας 10. Κατανομή εισαγωγών ανασφάλιστων κατά φύλο, στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, την περίοδο 2009-2013.....σελ. 92
- Πίνακας 11. Κόστος νοσηλείας ανασφάλιστων νοσηλευθέντων στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, για το έτος 2013.....σελ. 94

Σχεδιαγράμματα

- Σχεδιάγραμμα 1. Το Οργανόγραμμα του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”σελ. 66
- Σχεδιάγραμμα 2. Απεικόνιση των αρμοδιοτήτων του Τμήματος Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”σελ. 71
- Σχεδιάγραμμα 3. Βήματα για επίσκεψη ασθενή σε ειδικευμένο ιατρό στο ΤΕΙ δημοσίου νοσοκομείου.....σελ. 75
- Σχεδιάγραμμα 4. Βήματα για επίσκεψη ασθενών στο ΤΕΠ δημοσίου νοσοκομείουσελ. 77

Σχεδιάγραμμα 5. Ποσοστιαία συμμετοχή εισαγωγών ανασφάλιστων (2009-2013)....	σελ. 83
Σχεδιάγραμμα 6. Διαχρονική εξέλιξη συνόλου εισαγωγών και εισαγωγών ανασφάλιστων (2009-2013), στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”.....σελ. 84	σελ. 84
Σχεδιάγραμμα 7. Ποσοστιαία απορρόφηση εισαγωγών ανασφάλιστων ανά κλινική (2009-2013) στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”.....σελ. 85	σελ. 85
Σχεδιάγραμμα 8. Διαχρονική εξέλιξη εισαγωγών ανασφάλιστων ανά κλινική στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”.....σελ. 86	σελ. 86
Σχεδιάγραμμα 9. Κατανομή εισαχθέντων ανασφάλιστων σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση.....σελ. 89	σελ. 89
Σχεδιάγραμμα 10. Συγκριτική παρουσίαση της συνολικής ΜΔΝ στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος και της ΜΔΝ των ανασφάλιστων για την περίοδο 2009-2013.....σελ. 90	σελ. 90

Φωτογραφίες

Φωτο 1. Το κτίριο της Ιεράς Μονής Αδελφών Παμμακαρίστου.....σελ. 63	σελ. 63
Φωτο 2. Το νοσοκομείο Παμμακάριστος μετά την επέκταση.....σελ. 64	σελ. 64

Εισαγωγή

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία (Θεοδώρου, 2010), η κυκλική διακύμανση (business cycles) της οικονομίας, αποτελεί χαρακτηριστικό της παγκόσμιας οικονομίας αλλά και των οικονομιών των επιμέρους κρατών και περιλαμβάνει τη φάση της ανόδου και τη φάση της καθόδου, (συνεχή συρρίκνωση). Σύνηθες αποτέλεσμα στη φάση της οικονομικής καθόδου των κρατών φαίνεται να είναι η “οικονομική κρίση”, που μετατρέπεται σε “χρηματοοικονομική κρίση” όταν τα αίτια που την προκαλούν εντάσσονται στην κατηγορία των χρηματοοικονομικών παραγόντων όπως οι επενδύσεις, ο άκρατος δανεισμός, το υψηλό κόστος δανεισμού (Madura J., 2010 κ. ά.).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο 20^{ος} και οι αρχές του 21^{ου} αιώνα έχουν να επιδείξουν επανειλημμένα συμβάντα χρηματοοικονομικών κρίσεων (Bruner R., Carr S., 2007) όπως το 1907 με την κρίση του “Πανικού των Τραπεζών”, το 1929 το “Great Depression”, στις ΗΠΑ, , το 1994 στο Μεξικό με την “Κρίση των Πέσος” (Θεοδώρου 2010), το 1997 στη Ρωσία, το 1999 στην Αργεντινή και τέλος στις ΗΠΑ το 2008. Από τις βασικότερες συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης είναι η έλλειψη ρευστότητας, η πτώχευση επιχειρήσεων, οι απολύσεις, η αδυναμία των νοικοκυριών να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους και τέλος την κοινωνική κατάρρευση.

Η διαχείριση των οικονομικών κρίσεων φαίνεται ότι είναι υπόθεση των ίδιων των κρατών αλλά και διεθνών χρηματοπιστωτικών οργανισμών/δανειστών, που χρησιμοποιώντας μια σειρά - κυρίως χρηματοοικονομικών εργαλείων επιχειρούν να επαναφέρουν την οικονομία σε επίπεδο ισορροπίας (Burgan M., 2011). Τα μέτρα που λαμβάνονται από τα κράτη συνήθως επιβάλλονται από τους δανειστές, είναι βίαια και επώδυνα για τις κοινωνίες. Περιλαμβάνουν μέτρα όπως ραγδαία αύξηση της φορολογίας, έκτακτες εισφορές, επιβολή μέτρων δήμευσης/κατάσχεσης των περιουσιακών στοιχείων για όσους αδυνατούσαν να αποπληρώσουν τις οφειλές τους, συρρίκνωση του δημόσιου τομέα, απολύσεις δημοσίων υπαλλήλων, μείωση

μισθών, περιορισμό του κοινωνικού κράτους με ελαχιστοποίηση των κοινωνικών παροχών, κυρίως στο τομέα της υγείας.

Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων πάνω στην υγεία των πολιτών αλλά και στα υγειονομικά συστήματα των χωρών που υπόκεινται την κρίση, φαίνεται να είναι καταλυτικές (Μαραβέγιας Π., 2013) . Σε επίπεδο υγειονομικών συστημάτων παρατηρείται συρρίκνωση των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων όπως μείωση δαπανών, υγειονομικού προσωπικού, διαθέσιμων υγειονομικών μονάδων (π.χ. νοσοκομείων, κλινών κ.ά.), προγραμμάτων πρόληψης κλπ. Παράλληλα στη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης φαίνεται να επιδεινώνονται όλοι οι δείκτες υγείας των πολιτών όπως δείκτες νοσηρότητας, μέση διάρκεια ζωής, ενώ η πρώτη ομάδα πολιτών που βιώνει τις παραπάνω συνέπειες φαίνεται να είναι οι άνεργοι και τα κοινωνικά στρώματα που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας.

Η Ελλάδα αποτελεί το πλέον πρόσφατο παράδειγμα τέτοιας χρηματοοικονομικής και όχι μόνο, κρίσης. Από το 2010 μέχρι και σήμερα οι Έλληνες βιώνουν μια παρατεταμένη οικονομική κρίση και όλες τις συνέπειές της. Ανεργία, κλείσιμο επιχειρήσεων, έλλειψη ρευστότητας, συρρίκνωση των εισοδημάτων και περιορισμός των κοινωνικών παροχών φαίνεται να αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της κρίσης (Ταλιουρίδη, 2012). Οι επιπτώσεις πάνω στην υγεία των πολιτών φαίνεται να είναι καταλυτικές. Αφενός η συρρίκνωση των υγειονομικών παροχών από μέρος του κράτους και αφετέρου η αδυναμία των πολιτών και κυρίως των ευπαθών ομάδων (άνεργοι, κλπ) να μπορούν να συντηρήσουν σε ανεκτό επίπεδο την ποιότητα της ζωής των, φαίνεται να αποτελούν μια πραγματικότητα στην Ελλάδα της κρίσης (Κυριόπουλος, 2010, Τσουλφίδης, 2012, Μαραβέγιας Π., 2013).

Μια μεγάλη ομάδα πολιτών που ορίζεται ως “Ανασφάλιστοι”, δηλαδή πολίτες που δεν διαθέτουν οποιασδήποτε μορφής υγειονομικής ασφάλισης/ κάλυψης, φαίνεται να αποτελούν την πλέον χαρακτηριστική ομάδα πολιτών που βιώνει τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης πάνω στην υγεία τους (Καϊτανίδη, Δεβέτζογλου, 2014, Κυριόπουλος 2014). Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες την υγειονομική διαχείριση των ανασφάλιστων πολιτών αναλαμβάνουν κυρίως είτε το

νοσοκομειακό σύστημα είτε μη κερδοσκοπικές οργανώσεις/κινήματα. Ειδικότερα τα νοσοκομεία φαίνεται να καλούνται να απορροφήσουν τη ζήτηση για νοσοκομειακή περίθαλψη από μέρους των “Ανασφάλιστων”, και κυρίως των ανασφάλιστων που αδυνατούν να καλύψουν το κόστος νοσηλείας τους. Πρόσφατη μελέτη στο νοσοκομείο “Ευαγγελισμός” επιχείρησε να διερευνήσει την δυναμική της επιβάρυνσης του νοσοκομείου από μέρους των ανασφάλιστων πολιτών που αδυνατούσαν να καλύψουν τα κόστη νοσηλείας τους για τη χρονική περίοδο 2009-2011. Τα αποτελέσματα έδειξαν την ραγδαία αύξηση της χρήσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών από τους ανασφάλιστους πολίτες, με υψηλότατο ποσοστό ανασφάλιστων (70%), να αδυνατεί να καλύψει τις δαπάνες νοσηλείας των, ενώ φαίνεται να αυξάνεται ραγδαία το ποσοστό συμμετοχής των Ελλήνων ανασφάλιστων στην κατηγορία “ανασφάλιστοι”, που ζητούν νοσηλευτικές υπηρεσίες από το νοσοκομείο “Ευαγγελισμός” (Καπερνάρος, 2012, Βήχας, 2014).

Στη βάση των παραπάνω, με την παρούσα εργασία θα επιχειρηθεί η διερεύνηση της πιθανής επιβάρυνσης μιας μικρομεσαίας νοσοκομειακής μονάδας του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, από την αδυναμία καταβολής των νοσηλίων από μέρους των ανασφάλιστων πολιτών. Έτσι, θα επιχειρηθεί μέσα από την παρούσα εργασία να δοθούν απαντήσεις στην παρακάτω υπόθεση εργασίας :

“Εάν η τρέχουσα βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών, τότε σε ποίο βαθμό η τρέχουσα οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει επηρεάσει/επιβαρύνει την λειτουργία ενός μικρομεσαίου νοσοκομείου (ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”) από την αυξανόμενη διαχρονική παρουσία της κοινωνικής υποομάδας των ανασφάλιστων ;”

Για την διερεύνηση της παραπάνω υπόθεσης εργασίας, χρησιμοποιήθηκε ξενόγλωσση και κυρίως ελληνική βιβλιογραφία, σχετικές μελέτες με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης πάνω στην υγεία των κατοίκων της χώρας, καθώς και πρωτογενή δεδομένα της περιόδου 2009-2013 από το Τμήμα Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, για το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Συνολικά η παρούσα πτυχιακή εργασία περιλαμβάνει έξι (6) επιμέρους κεφάλαια.

Κεφάλαιο 1. Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η Ελλάδα

1.1 Ορισμοί, οικονομικά μεγέθη, θεωρητικές προσεγγίσεις

Σύμφωνα με την οικονομική επιστήμη (Κάτιος Α., Παυλίδης Γ., 2002), η οικονομική δραστηριότητα είναι μια συνεχής, μεταβαλλόμενη δραστηριότητα, και περιλαμβάνει όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως την απασχόληση, το εθνικό προϊόν, τις τιμές, την εργασία (ανεργία) και τις επενδύσεις. Ειδικότερα οι επενδύσεις αποτελούν ένα από τους βασικότερους δείκτες οικονομικής δραστηριότητας, που με τις διακυμάνσεις του συμπαρασύρει αντίστοιχα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη.

Η μεταβαλλόμενη οικονομική δραστηριότητα, δηλαδή οι λεγόμενες οικονομικές διακυμάνσεις (διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας), ακολουθούν κυκλική διακύμανση (business cycles), που διαρκεί από 7 μέχρι και 11 χρόνια και συνήθως οριοθετούνται από δύο φάσεις τη φάση της ανόδου και της φάσης της καθόδου, δηλαδή της οικονομικής δραστηριότητας, που βρίσκεται σε συνεχή συρρίκνωση (Θεοδώρου, 2010).

Οι οικονομολόγοι (Madura J., 2010 κ. ά.), στη προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν τα ζητήματα των οικονομικών διακυμάνσεων, διακρίνουν κάποιες βασικές αιτίες/παράγοντες που προκαλούν αυτές τις διακυμάνσεις, που τους κατατάσσουν στους λεγόμενους οικονομικούς (ενδογενείς) παράγοντες και τους μη οικονομικούς παράγοντες (εξωγενείς). Στους εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνεται το σύνολο των μη οικονομικών παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη λειτουργία της οικονομίας μιας χώρας. Συνήθως είναι απρόοπτα ή τυχαία ή άρρυθμα γεγονότα, π.χ. πόλεμος, θεομηνία, σεισμός, λοιμός, ανακάλυψη ορυκτών κοιτασμάτων κλπ. και σύμφωνα με τους οικονομολόγους έχουν περιορισμένη γεωγραφικά επίδραση. Στους οικονομικούς/ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνεται το σύνολο των οικονομικών παραμέτρων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την οικονομική λειτουργία, εσωτερικά. Σ' αυτή την κατηγορία (Θεοδώρου, 2010) εντάσσονται οι επενδύσεις, η μειωμένη αγοραστική

δύναμη των καταναλωτών, η διακύμανση των επιτοκίων, η επιχειρηματική ψυχολογία, η μεταβολή στην αποδοτικότητα του κεφαλαίου, η μείωση του μέσου ποσοστού κέρδους και άλλα. Να επισημανθεί ότι στη περίπτωση των ενδογενών παραγόντων, υπάρχουν οικονομικά (χρηματοοικονομικά) και νομοθετικά εργαλεία, που θα μπορούσαν να επαναφέρουν την οικονομική δραστηριότητα σε ομαλή λειτουργία.

Σύμφωνα με την Κεϋνσιανή οικονομική θεωρία (Βαβούρας κ.ά., 1990, Δαλαμάγκας, 2010), το κράτος αποτελεί έναν από τους βασικούς συντελεστές διασφάλισης της ομαλής οικονομικής δραστηριότητας, αφού με παρεμβάσεις είτε νομοθετικές είτε οικονομικής δραστηριοποίησης, θα μπορούσε να επαναφέρει τον οικονομικό κύκλο στην ομαλότητα. Παράλληλα η ιδιωτική οικονομία αποτελεί τον άλλο πυλώνα διασφάλισης της σταθερότητας λειτουργίας του οικονομικού κύκλου, που αποκλειστικά μέσα από στοχευμένες οικονομικές επιλογές (π.χ. επενδύσεις σε νέες τεχνολογίες), θα μπορούσε να συμβάλλει στη σταθεροποίηση του κύκλου οικονομικής δραστηριότητας.

Ιστορικά, φαίνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις η διατάραξη της λειτουργίας του οικονομικού κύκλου, όχι απλώς δεν αντιμετωπίζεται αλλά αντίθετα ενισχύεται από τις λανθασμένες οικονομικές παρεμβάσεις τόσο του κρατικού όσο και του ιδιωτικού παράγοντα. Δηλαδή, λανθασμένες οικονομικές παρεμβάσεις ή μη παρεμβάσεις είτε του κράτους είτε των ιδιωτών, ενισχύουν τη φάση της οικονομικής καθόδου, που σε συνδυασμό με τη χρονική διάρκεια οδηγούν στη λεγόμενη **οικονομική κρίση** (Κάτιος Α., Παυλίδης Γ., 2002).

Σύμφωνα με τους οικονομολόγους, οι οικονομικές κρίσεις που έπληξαν την παγκόσμια οικονομία τον 20^ο και τις αρχές του 21^{ου} αιώνα φαίνεται να έχουν συγκεκριμένα αίτια (εκτός των πολεμικών συρράξεων), που επικεντρώνονται κυρίως στον παράγοντα “επενδύσεις” είτε με τη μορφή της υπερθέρμανσης των επενδύσεων, είτε με την από-επένδυση είτε με την λανθασμένη κάλυψη των αναγκών για επένδυση μέσω του άκρατου δανεισμού. Η επικέντρωση των αιτιών οικονομικής κρίσης στο παράγοντα “επενδύσεις”, δίνει τη δυνατότητα στους

οικονομολόγους να περιγράφουν την οικονομική κρίση ως “**χρηματοπιστωτική κρίση**”.

Η χρηματοπιστωτική κρίση, σε παγκόσμιο επίπεδο, φαίνεται να εκδηλώνεται κυρίως είτε με την άκρατη επένδυση σε καταναλωτικές κυρίως δαπάνες (κατοικία κ.ά.), είτε σε επενδύσεις με επισφάλεια στην απόδοσή τους ή την εξόφλησή τους (Knight J., 2010), ή την δημιουργία περίπλοκων χρηματοοικονομικών προϊόντων (Στράντζαλης, 2010), είτε την αύξηση των δημοσίων δαπανών μέσω του δημόσιου δανεισμού, με απαγορευτικούς όρους, που αυξάνουν το δημόσιο χρέος (Δαλαμάγκας, 2010).

Σημαντικά παραδείγματα, παγκόσμιων οικονομικών κρίσεων με χρηματοπιστωτικά χαρακτηριστικά του 20^{ου} και 21^{ου} αιώνα παρουσιάζονται στη συνέχεια. Ο “**Πανικός των Τραπεζών**”, το 1907, θεωρείται η πρώτη οικονομική κρίση που ξεσπά τον 20^ο αιώνα στις ΗΠΑ (Bruner R., Carr S., 2007). Η μαζική πτώση των χρηματιστηριακών αξιών στη Wall Street κατά 50%, προκάλεσε αλυσιδωτές αντιδράσεις πανικού στο Αμερικάνικο τραπεζικό σύστημα, με μαζικές αναλήψεις καταθέσεων από τους επενδυτές πελάτες των τραπεζών. Σαν αποτέλεσμα ήταν το τραπεζικό σύστημα να αδυνατεί να χρηματοδοτήσει νέες επενδύσεις, προκλήθηκε κρίση ρευστότητας στις επιχειρήσεις, που άμεσα οδηγήθηκαν σε περιορισμό των παραγωγικών τους δραστηριοτήτων και απολύσεις προσωπικού. Ο κύκλος της κρίσης έκλεισε το 1908 και οι “απώλειες” ουσιαστικά περιορίστηκαν εντός των ΗΠΑ. Τότε η ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ αποφασίζει την ίδρυση και λειτουργία της Κεντρικής Αμερικάνικης Τράπεζας – Federal Reserve Bank (FED), με στόχο τη διασφάλιση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας των ΗΠΑ σε μελλοντικές οικονομικές κρίσεις, σαν αυτή του “Πανικού των Τραπεζών”, το 1907.

Ίσως η σημαντικότερη χρηματοπιστωτική οικονομική κρίση, με παγκόσμιες επιπτώσεις είναι αυτή του επονομαζόμενου “**Great Depression**”, που ξεκίνησε στις ΗΠΑ, το 1929 και πάλι από την Wall Street, που εξαπλώθηκε όμως σύντομα σε παγκόσμιο επίπεδο, αναγκάζοντας τους οικονομολόγους να ομιλούν για το “Φαινόμενο της Χιονοστιβάδας”. Ως βασικότερη αιτία θεωρείται ο υπερδανεισμός των κρατών και των νοικοκυριών και η αδυναμία των τραπεζών να

χρηματοδοτήσουν στα αναγκαία επίπεδα τη ρευστότητα της αγοράς (Burgan M., 2011). Έτσι, από τη μια μεριά τα επενδυτικά προγράμματα πάγωσαν, οι επιχειρήσεις για να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα ρευστότητας, περιορίσαν τις δαπάνες με μειώσεις μισθών και απολύσεις προσωπικού και από την άλλη μεριά οι πολίτες βρέθηκαν αντιμέτωποι με την μείωση των εισοδημάτων τους, την ανεργία, ενώ οι δανειακές τους υποχρεώσεις παρέμεναν στα ίδια ύψη, ενώ ο πληθωρισμός και η φορολόγηση αυξανόταν. Μεταπολεμικά (Θεοδώρου 2010), το έτος 1994 ξεσπά η αποκαλούμενη “Κρίση των Πέσος” στο Μεξικό, το 1997 ξεσπά οικονομική κρίση στη Ρωσία και το 1999 στην Αργεντινή. Τέλος, στις ΗΠΑ το 2008, σημειώνεται ένα ακόμη σύγχρονο “οικονομικό σοκ”, με αρχή την κατακόρυφη πτώση των δεικτών των Ευρασιατικών χρηματιστηρίων και της Wall Street. Κρίση ρευστότητας και πάλι η αιτία, με το αμερικάνικο τραπεζικό σύστημα, να ελέγχεται για την δημιουργία και διάθεση σύνθετων χρηματοοικονομικών προϊόντων και τη χορήγηση υπεράριθμων δανείων σε αναξιόπιστους δανειολήπτες (Knight J., 2010).

Αξιολογώντας τα χαρακτηριστικά των οικονομικών κρίσεων, οι οικονομολόγοι (Bruner R., Carr S., 2007, Burgan M., 2011, Knight J., 2010, Madura J., 2010, Δαλαμάγκας, 2010, Κάτιος Α., Παυλίδης Γ., 2002, Βαβούρας Γ., κ.ά. 1990) φαίνεται να οδηγούνται σε κάποια κοινά συμπεράσματα, σε σχέση με τα αίτια των οικονομικών κρίσεων, τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία αντιμετώπισής των, αλλά και τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες ως απόρροια των κρίσεων. Έτσι,

σε επίπεδο αιτιών έναρξης μιας οικονομικής κρίσης περιλαμβάνονται :

- η άναρχη υπερθέρμανση των επενδύσεων κυρίως σε μη παραγωγικούς τομείς (π.χ. κατοικία), από τον τραπεζικό τομέα
- οι λανθασμένες επιλογές επιχειρήσεων και κρατών (σκόπιμα ή από αμέλεια) για την αντιμετώπιση των κρίσεων, που τους καθιστούν συνένοχους των κρίσεων

οι κυρίαρχες συνέπειες των οικονομικών κρίσεων φαίνεται να είναι :

- η έλλειψη ρευστότητας, η πτώχευση επιχειρήσεων, οι απολύσεις, η αδυναμία των νοικοκυριών να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους

- η κοινωνική κατάρρευση

σε επίπεδο αντιμετώπισης των οικονομικών κρίσεων :

- το κράτος αναλαμβάνει τον κυρίαρχο ρόλο διαχείρισης της κρίσης
- χρησιμοποιούνται σχεδόν αποκλειστικά χρηματοπιστωτικά εργαλεία για την αντιμετώπιση των κρίσεων, μεταξύ των οποίων και διεθνείς χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και οι Κρατικές Τράπεζες

1.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα (ιστορική προσέγγιση, επιπτώσεις)

Ιστορικά, οι οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα έχουν επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα και φαίνεται να αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ελληνικής οικονομικής ιστορίας από της ίδρυσης του νεοελληνικού κράτους. Η πρώτη οικονομική κρίση (Τσουλφίδης Λ., 2011), με επίσημη πτώχευση από μέρους του Ελληνικού κράτος γίνεται το 1893, επί πρωθυπουργίας Χαριλάου Τρικούπη, με τη γνωστή ιστορική φράση που αναφώνησε στην ελληνική Βουλή “Δυστυχώς επτωχεύσαμεν”. Η πρώτη οικονομική κρίση ξεκίνησε ευθύς αμέσως μετά τον πρώτο δανεισμό των επαναστατημένων Ελλήνων από τους Άγγλους το 1824 και 1825. Αδυνατώντας οι ελληνικές κυβερνήσεις την εξόφληση των τοκοχρεολυσίων στους Άγγλους εξαιτίας της έλλειψης ρευστότητας, το έτος 1843 πραγματοποιούν τρίτο δανεισμό από τους Βαυαρούς, για την αποπληρωμή των βρετανικών δανείων. Το 1893 η ελληνική κυβέρνηση παραδέχεται την αδυναμία της να εξοφλήσει τα οφειλόμενα τοκοχρεολύσια, δηλώνει επίσημα πτώχευση και οι Μεγάλες Δυνάμεις, θέτουν σε επιτήρηση την ελληνική οικονομία, υπογράφοντας ένα “Συμφωνητικό έργο”, μνημόνιο στη σύγχρονη ορολογία. Με το πρώτο αυτό μνημόνιο η Ελλάδα εξασφάλισε δάνειο για την αποπληρωμή παλαιότερων δανείων, αλλά ταυτόχρονα αναγκάστηκε να προβεί σε συγκεκριμένες επώδυνες οικονομικές μεταρρυθμίσεις, όπως απόλυση του 33% των δημοσίων υπαλλήλων, μείωση των μισθών τους κατά 20%, μείωση των στρατιωτικών δαπανών κατά 60%, αύξηση της φορολογίας,

κατάργηση του συνόλου των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, νομιμοποίηση των αυθαιρέτων κτισμάτων και καταπατημένων κτημάτων, ώστε με την επιβολή προστίμων το κράτος να συλλέξει έσοδα κ.ά.

Η δεύτερη επίσημη πτώχευση του ελληνικού κράτους, συμβαίνει το έτος 1932 και η νομισματική σταθερότητα της δραχμής διαταράσσεται έντονα. Σύμφωνα με τους Μακαρέζο Ν.,2006 και Τσουλφίδη Λ.,2011, η νέα πτώχευση συνοδεύτηκε με νέο δανεισμό και νέους επαχθείς όρους (Μνημόνιο), στο οποίο περιλαμβάνονταν αναγκαστικός εσωτερικός δανεισμός, υποτίμηση της δραχμής και διαίρεσή της, κ.ά. Το ενδιαφέρον στοιχείο στη περίπτωση της νέας πτώχευσης είναι η άρνηση της ελληνικής κυβέρνησης, το έτος 1936, να αποπληρώσει τα χρέη της προς τη Βελγική Τράπεζα Societe Commercial de Belgique. Το Διεθνές Δικαστήριο στο οποίο προσέφυγε η Τράπεζα, δικαίωσε την ελληνική κυβέρνηση, που όπως σημειώνει ο Τόλιος Γ., 2011, η απόφαση αυτή αποτέλεσε νομικό προηγούμενο για άλλα κράτη στο μέλλον (π.χ. Αργεντινή), να αποφασίζουν παύση πληρωμών ή μονομερή διαγραφή μέρους του χρέους τους.

Οι μελετητές της σύγχρονης Ελληνικής οικονομικής ιστορίας (Ρωμαίος Γ., 2012, Τσουλφίδης Λ., 2011, Ταλιουρίδη Σ., 2012, Ευθυμίου και συν., 2009 κ.ά.), διαπιστώνουν μια σειρά ομοιοτήτων, στο σύνολο των οικονομικών κρίσεων σε σχέση με τον τρόπο αντιμετώπισής των, όσο και σε σχέση με τις συνέπειες των κρίσεων πάνω στην ελληνική κοινωνία. Ειδικότερα :

σε σχέση με τις γενεσιουργές αιτίες των οικονομικών κρίσεων,

- η κατασπατάληση του δημόσιου χρήματος σε μη παραγωγικές επενδύσεις (π.χ. δανεισμός για την χρηματοδότηση του εκλογικού αγώνα των κυβερνώντων κομμάτων), (Ταλιουρίδη, 2012)
- η αδυναμία συλλογής φορολογικών εσόδων από το ελληνικό κράτος
- οι ελάχιστες επενδύσεις σε παραγωγικούς τομείς
- οι εξωτερικές οικονομικο-πολιτικές συγκυρίες (Τσουλφίδης, 2012)

φαίνεται να αποτελούν τις κυρίαρχες γενεσιουργές αιτίες των οικονομικών κρίσεων στην Ελλάδα.

σε σχέση με τις αφορμές για πτώχευση και νέο δανεισμό,

- η έλλειψη ρευστότητας στην ελληνική οικονομία και
- η αδυναμία των ελληνικών κυβερνήσεων να καταβάλλουν στους διεθνείς δανειστές τα οφειλόμενα τοκοχρεολύσια των δανεισμών του ελληνικού κράτους

φαίνεται να αποτελούν τις πάγιες αφορμές για το ελληνικό κράτος να κηρύσσει πτώχευση και να αναζητά ή να υποχρεώνεται σε νέους δανεισμούς.

σε σχέση με τους δανειστές (Τόλιος Γ., 2011),

- αποτελούν κράτη – υπερδυνάμεις της εποχής (Αγγλία, Γερμανία, Βέλγιο), και μεγάλους Τραπεζικούς συνασπισμούς των χωρών αυτών

σε σχέση με τους σκοπούς των δανεισμών (Ρωμαίος Γ., 2012), ήταν

- κυρίαρχα η αποπληρωμή προηγούμενων δανείων
- η διασφάλιση εξόφλησης των μελλοντικών τοκοχρεολυσίων και
- ελάχιστα η ανάγκη ενίσχυσης της ρευστότητας στην ελληνική οικονομία ή την επένδυση σε παραγωγικούς τομείς της χώρας

σε σχέση με τους όρους που έθεταν οι δανειστές (Ευθυμίου και συν., 2009)

- ήταν επαχθείς οι όροι (για παράδειγμα μόλις το 59% του πρώτου δανεισμού από την Αγγλία δόθηκε με τη μορφή ρευστού χρήματος στην Ελλάδα, Ρωμαίος Γ.,2012)
- υψηλότερα τα συνολικά επιτόκια δανεισμού που επέβαλλαν οι δανειστές (για παράδειγμα για το προηγούμενο δάνειο το συνολικό επιτόκιο επιβάρυνσης έφθανε στο 9,5%, πέρα των κρατήσεων κεφαλαίου που επέβαλλαν οι δανειστές)
- οι εμπράγματατες εγγυήσεις εστιάζονταν πάντοτε στην δημόσια γη, τις αποκαλούμενες “εθνικές γαίες”
- πάντοτε οι διαπραγματεύσεις δανεισμού πραγματοποιούνταν μέσω μεγάλων δικηγορικών και ασφαλιστικών γραφείων, κυρίως του Λονδίνου (εξ ου και οι προμήθειες 3% επί του δανείου)

Τέλος, σε σχέση με τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων, των πτωχεύσεων και των δανεισμών, φαίνεται ότι :

- συνοδεύονταν με επώδυνα μέτρα επί της ελληνικής οικονομίας, που πάντοτε επιβάλλονταν από τους δανειστές
- στα μέτρα πάντοτε περιλαμβάνονταν ραγδαία αύξηση της φορολογίας, έκτακτες εισφορές, επιβολή μέτρων δήμευσης/κατάσχεσης των περιουσιακών στοιχείων εκείνων που αδυνατούσαν να αποπληρώσουν τις οφειλές τους, απολύσεις δημοσίων υπαλλήλων και τα επίπεδα των μισθών να καταρρέουν (Τσουλφίδης, 2011)
- στις περιπτώσεις αδυναμίας αποπληρωμής των τοκοχρεολυσίων η απάντηση των δανειστών ήταν η χρήση διεθνών οργανισμών, ως φορέων Διεθνούς Οικονομικού Ελέγχου (ΔΕΟ) και επιβολής οικονομικής κηδεμονίας (Ευθυμίου και συν, 2009)
- περιορίζονταν ή και εξαφανίζονταν οι όποιες κοινωνικές παροχές είχαν νομοθετηθεί και κυρίως στο τομέα της υγείας
- πάντοτε και ύστερα από κάθε πτώχευση ή μνημόνιο ξεσπούσαν ποικίλες μορφές κοινωνικών εντάσεων, που συνήθως ευνοούσαν ακραίες πολιτικές και κοινωνικές αντιλήψεις (Ταλιουρίδη Σ., 2012)

1.3 Η τρέχουσα οικονομική κρίση και τα μέτρα αντιμετώπισής της στην Ελλάδα

Η Ελλάδα την τελευταία δετία, διέρχεται βαθιά οικονομική κρίση, που σύμφωνα με τους οικονομολόγους, πιθανόν να είναι η χειρότερη, στην οικονομική ιστορία του σύγχρονου νεοελληνικού κράτους. Η διάρκεια της κρίσης (έξι χρόνια 2009 - σήμερα), η μείωση του ΑΕΠ κατά 27%, το 1.500.000 ανέργων πολιτών, οι 350.000 επιχειρήσεις που έκλεισαν, τα 2.500.000 Ελλήνων πολιτών που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας, οι μηδενικές ιδιωτικές παραγωγικές επενδύσεις την τελευταία τριετία, η υπέρβαρη και επίπεδη φορολόγηση του συνόλου των πολιτών και σειρά άλλων παραγόντων, φαίνεται να αποτελούν τα τεκμήρια ώστε η παρούσα

οικονομική κρίση να θεωρείται, ως προς τις συνέπειες, η σκληρότερη σε οικονομικό αλλά κυρίως σε κοινωνικό επίπεδο, ζήτημα που θα απασχολήσει την παρούσα πτυχιακή στη συνέχεια.

Επιχειρώντας την διερεύνηση των βασικών χαρακτηριστικών της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ιδιαίτερης βαρύτητας, φαίνεται να είναι οι αιτίες που οδήγησαν την ελληνική οικονομία στη διαρκή αυτή κρίση. Σύμφωνα με τους μελετητές του ζητήματος (Μαντάλης-Χατζηαγγελής Α., 2012), η τρέχουσα ελληνική οικονομική κρίση, έχει σύνθετη αιτιολόγηση. Οφείλεται αφενός σε **εξωγενείς παράγοντες** (στην παγκόσμια οικονομική συγκυρία) και αφετέρου σε **ενδογενείς παράγοντες** (παθογένειες της ελληνικής οικονομίας).

Εξωγενείς παράγοντες.

Τρεις (3) φαίνεται να είναι οι σημαντικότεροι εξωγενείς παράγοντες που συνέβαλλαν στη δημιουργία της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα,

- **το περιεχόμενο της Συνθήκης του Μάαστριχτ (1992)**
- **το παγκόσμιο οικονομικό σοκ της “Μαύρης Παρασκευής” (Παρασκευή 24-10-2008),**
- **η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωζώνη (2001)**

Το περιεχόμενο της Συνθήκης του Μάαστριχτ (1992), το οποίο υποχρεωτικά η Ελλάδα συνυπόγραψε ως μέλος της τότε ΕΟΚ, φαίνεται να αποτελεί για πολλούς οικονομολόγους, ένα σημαντικό αίτιο για την τρέχουσα ελληνική οικονομική κρίση. Η συνθήκη του Μάαστριχτ, ήταν μέρος της διαδικασίας για την πολιτική ολοκλήρωση της ΕΕ. Ένας από τους στόχους της συνθήκης ήταν και ο καθορισμός των προβλέψεων για τη δημιουργία της οικονομικής και νομισματικής ένωσης, που αργότερα υλοποιήθηκε ως ΟΝΕ (Ευρωζώνη). Ουσιαστικά διαμορφώθηκαν τα **Κριτήρια Σύγκλισης** τα οποία θα πρέπει να πληροί μια χώρα της ΕΕ για να ενταχθεί στην Ευρωζώνη. Στα κριτήρια για τις υποψήφιες χώρες περιλαμβάνονται όροι, όπως :

- το δημόσιο έλλειμμα της χώρας δεν πρέπει να ξεπερνά το 3% του ΑΕΠ, σε ετήσια βάση
- το συνολικό δημόσιο χρέος δεν πρέπει να ξεπερνά το 60% του ΑΕΠ

- ο ετήσιος πληθωρισμός δεν πρέπει να ξεπερνά το 1,5% του μ.ό. των τριών καλύτερων επιδόσεων χωρών της ΕΕ
- τα μακροπρόθεσμα επιτόκια δεν πρέπει να υπερβαίνουν πάνω από 2% το μ.ό. των επιδόσεων των καλύτερων τριών χωρών της ΕΕ
- οι κεντρικές τράπεζες θα είναι ανεξάρτητες των εθνικών κυβερνήσεων
- το εθνικό νόμισμα δεν θα πρέπει να έχει υποτιμηθεί τα τελευταία δύο χρόνια
- και σειρά άλλων χρηματοοικονομικών κριτηρίων

Η θέσπιση των παραπάνω χρηματοοικονομικών κριτηρίων σαφέστατα αποδυναμώνουν την ευελιξία ανεξαρτησίας διαμόρφωσης και υλοποίησης οικονομικών και κατ' επέκταση κοινωνικών πολιτικών από τις χώρες μέλη της ΕΕ που θα επιθυμούσαν στο μέλλον να ενταχθούν στην Ευρωζώνη (Τσουλφίδης 2011, Καζάκης 2012). Μάλιστα, όπως σημειώνεται (Μαραβέγιας Π., 2013) οι επιπτώσεις από την συρρίκνωση των χρηματοοικονομικών ελευθεριών θα είναι βαρύτερες για τις χώρες με αδύνατες ή ευάλωτες οικονομίες όπως η ελληνική.

Το παγκόσμιο οικονομικό σοκ της “Μαύρης Παρασκευής” (Knight J., 2010, Στράντζαλης, 2010), ξεκίνησε με τη ραγδαία μείωση των χρηματιστηριακών δεικτών στα Ευρασιατικά χρηματιστήρια, που αιτία όμως ήταν η κρίση ρευστότητας των τραπεζών στις ΗΠΑ. Η υπερθέρμανση των επενδύσεων σε μη παραγωγικούς χώρους και χωρίς αξιόπιστα εχέγγυα, είχαν ως αποτέλεσμα τα αποθεματικά των τραπεζών να βρεθούν χωρίς πραγματικό συνάλλαγμα, ζήτημα που οδήγησε σε κρίση ρευστότητας το σύνολο της αμερικανικής οικονομίας, συμπαρασύροντας τράπεζες, επιχειρήσεις και νοικοκυριά σε πανικό μαζικών αναλήψεων, οδηγώντας τις τράπεζες σε έναν επιπλέον κύκλο κρίσης ρευστότητας.

Το ενδιαφέρον στοιχείο στην παραπάνω κρίση είναι ότι συμπαρέσυρε το σύνολο των δυτικών οικονομιών στη δίνη της κρίσης ρευστότητας και ειδικότερα την Ελληνική οικονομία (Συλλογικό, 2012, Στράντζαλης, 2010), που πάντα διέθετε ελλειμματική οικονομία, με τεράστιες ανάγκες για δανεισμό κεφαλαίων για την κάλυψη των ελλειμμάτων, αλλά και των υποχρεώσεων της στους δανειστές.

Τέλος, η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωζώνη (2001), δηλαδή η συμμόρφωση στα κριτήρια της Συνθήκης του Μάαστριχτ, φαίνεται να αποτελεί για πολλούς

ερευνητές μια άλλη βασική αιτία για το ξέσπασμα της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα (Καμπόλης, Τραυλός 2011, Ρωμαίος 2012, Καζάκης 2011). Το πρόβλημα με την ένταξη της ελληνικής οικονομίας στην ΟΝΕ σχετίζεται τόσο με τη διαδικασία ένταξης όσο και με το περιεχόμενο και τις υποχρεώσεις της εντασσόμενης χώρας στην ΟΝΕ. Ειδικότερα για την εισαγωγή μιας χώρας στην ΟΝΕ υπάρχουν προαπαιτούμενα (βλέπε Συνθήκη Μάαστριχτ) που θα πρέπει να πληρούνται όπως το δημόσιο χρέος να είναι σε ελάχιστο ποσοστό σε σχέση με το ΑΕΠ της εντασσόμενης χώρας, τα ετήσια ελλείμματα της κυβέρνησης να είναι κάτω του 3% του ΑΕΠ και μια σειρά άλλων χρηματοοικονομικών κριτηρίων. Σύμφωνα με τους μελετητές του ζητήματος (Τσουλφίδης 2011, Καζάκης 2012), η Ελλάδα την εποχή των διαπραγματεύσεων για την εισαγωγή της στην Ευρωζώνη, δεν πληρούσε τις χρηματοοικονομικές προϋποθέσεις και χρησιμοποιήθηκε η λεγόμενη “δημιουργική λογιστική”, κυρίως με τη βοήθεια διεθνών χρηματοπιστωτικών οίκων (π.χ. Goldman Sachs) και την ανοχή σιωπής των οργάνων της ΕΕ, για την οριακή προσαρμογή των δεδομένων στα προαπαιτούμενα της ΟΝΕ.

Παράλληλα, η ένταξη της Ελλάδας στην ΟΝΕ, σήμαινε αυτόματα και την απεμπόληση συγκεκριμένων οικονομικών και άλλων εργαλείων που συνήθως έχει ένα ανεξάρτητο κράτος (Ρωμαίος 2012). Έτσι, στα πλαίσια της ένταξης της Ελλάδας στην ΟΝΕ καταργήθηκε το εθνικό νόμισμα (δραχμή) και αντικαταστάθηκε από το Ευρώ, δηλαδή η χώρα σε επίπεδο χρηματοπιστωτικής διαχείρισης ακολουθεί ένα ενιαίο νομισματικό πλαίσιο, που ακολουθούν μεγαθήρια – κράτη (Γερμανία, Γαλλία κ.ά.), χωρίς δυνατότητα αλλαγών, αφού τη χρηματοπιστωτική διαχείριση της ΟΝΕ έχει αναλάβει πλέον η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), που ουσιαστικά υποκαθιστά τις κρατικές κεντρικές τράπεζες των χωρών-μελών της ΟΝΕ (για την Ελλάδα την Τράπεζα της Ελλάδος).

Έτσι, εκτός του γεγονότος ότι η ελληνική οικονομία ήταν ανέτοιμη να μπει στην Ευρωζώνη, ταυτόχρονα έχασε την οικονομική της ανεξαρτησία, σε επίπεδο διαχείρισης του νομίσματός της (υποτίμηση/ανατίμηση), χρηματοδότησης ελλειμμάτων, ανεξάρτητου δανεισμού, και μελλοντικού οικονομικού σχεδιασμού, αφού τα πάντα πλέον εξαρτώνται από την αξιολόγηση και έγκριση της ΕΚΤ και των οργάνων της ΟΝΕ (Καζάκης 2012).

Ενδογενείς παράγοντες (παθογένειες της ελληνικής οικονομίας)

Σύμφωνα με τους αναλυτές (Τσίμας Π., 2012), το δημόσιο χρέος, η χρηματοδότηση του υπερκαταναλωτισμού, η φοροδιαφυγή και τα τεράστια οικονομικά σκάνδαλα, περιλαμβάνονται στους βασικότερους ενδογενείς παράγοντες που συνέβαλαν στη διαμόρφωση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Το δημόσιο χρέος, φαίνεται να αποτελεί τη βασικότερη ενδογενή αιτία. Η ραγδαία αύξηση του δημόσιου χρέους¹, και η δυσκολία μέχρι και αδυναμία διαχείρισής του², φαίνεται να αποτελούν ουσιαστικό αίτιο της οικονομικής κρίσης που βρίσκεται η χώρα σήμερα. Εκρηκτική (αγγίζει το 300%) φαίνεται να είναι η αύξηση του δημόσιου χρέους ως ποσοστό του ΑΕΠ από το 1980 (27,7% του ΑΕΠ) μέχρι και σήμερα (2013 170,6% του ΑΕΠ). Ζητούμενο είναι η διερεύνηση των βασικών αιτιών της αύξησης του δημόσιου χρέους. Σύμφωνα με τον Σιάτρα (2013), στις βασικότερες αιτίες περιλαμβάνονται :

- η μεγάλη αύξηση των δαπανών του Προγράμματος των Δημοσίων Επενδύσεων, με δάνεια από το εσωτερικό και το εξωτερικό, με υψηλότατα επιτόκια δανεισμού
- η λανθασμένη επιλογή επενδυτικών στόχων σε σχέση με την επενδυτική τους αξία, αλλά και την υπερεκτίμηση του κόστους υλοποίησης των επενδυτικών σχεδίων
- η μεγάλη αύξηση των τοκοχρεολυσίων που απαιτούνταν για την εξυπηρέτηση του αυξανόμενου διαχρονικά ελληνικού χρέους και
- η ραγδαία αύξηση των κρατικών λειτουργικών δαπανών σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια

¹ Δημόσιο χρέος είναι το μέγεθος που αναφέρεται στο δανεισμό του δημοσίου στο τέλος του κάθε οικονομικού έτους. Το δημόσιο χρέος διακρίνεται σε εσωτερικό, δηλαδή χρέος που οφείλεται σε πιστωτές – κατοίκους που χρησιμοποιούν κοινό νόμισμα (π.χ. πιστωτές της ΕΕ) και στο εξωτερικό δημόσιο χρέος, που οφείλεται σε πιστωτές –κατοίκους χωρών που χρησιμοποιούν διαφορετικό νόμισμα (Δαλαμάγκας, 2010).

² Η δυνατότητα διαχείρισης του χρέους από μέρους του κράτους, δηλαδή η τακτική αποπληρωμή των τοκοχρεολυσίων, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό εργαλείο οικονομικής και χρηματοοικονομικής βιωσιμότητας του κράτους. Για το λόγο αυτό συνήθως χρησιμοποιείται ο δείκτης δημόσιου χρέους προς το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), δηλαδή διερευνάται το ποσοστό του δημόσιου χρέους σε σχέση με το ΑΕΠ της χώρας που αξιολογείται.

Σύμφωνα με τους οικονομολόγους (Τόλιος Γ., 2011), η ραγδαία αύξηση του χρέους και η αδυναμία αποπληρωμής του, έπληξε άμεσα την αξιοπιστία της χώρας στις διεθνείς αγορές, που οδήγησε σε δυσανάλογη αύξηση το κόστος δανεισμού, μείωση της ρευστότητας στο δημόσιο και κυρίως στο τραπεζικό τομέα, ζητήματα που οδήγησαν την οικονομία της χώρας στα πρόθυρα της πτώχευσης το 2010.

Συνοψίζοντας, οι προαναφερθέντες εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες συνδυαστικά φαίνεται να αποτέλεσαν τους “συνενοχους” της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, που εκτός των άλλων θα οδηγούσε τη χώρα σε στάση πληρωμών (Θεοδώρου 2010, Καζάκης 2011, Καμπόλης & Τραυλός 2011, Τόλιος 2011, Μαντάλης-Χατζηαγγελής 2012, Τσίμας 2012, Μαραβέγιας 2013). Στον κίνδυνο μιας επίσημης οικονομικής πτώχευσης, προτιμήθηκε από την τότε πολιτική ηγεσία της χώρας και μετά από ασφυκτικές πιέσεις των επίσημων οργάνων της ΕΕ, του διεθνούς τραπεζικού συστήματος και των ιδιωτικών χρηματοοικονομικών οργανισμών (που είχαν αναλάβει τη χρηματοδότηση και διαχείριση του ελληνικού χρέους), αλλά και των ηγεσιών των βασικών κρατών – εταίρων της ΕΕ (Γερμανία, Γαλλία κ.ά.), η “ανεπίσημη πτώχευση”. Δηλαδή επιλέχτηκε η οικιοθελής ένταξη της χώρας στη διαδικασία της επιτήρησης μέσω των Μνημονίων και των Συμβάσεων Δανειακής Διευκόλυνσης (ΣΔΔ). Διαδικασία, χρονοβόρα (για πέμπτο συνεχές έτος διαμορφώνονται οι νομοθετικές ρυθμίσεις εφαρμογής των συμφωνηθέντων στα μνημόνια και ΣΔΔ), με χρόνο εφαρμογής των προβλέψεων – κυρώσεων για τα τουλάχιστον επόμενα 50 έτη (Καζάκης 2011, Τσίμας 2012, Μαραβέγιας 2013).

1.4 Μεθόδευση αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης

Από την ανάλυση στο υποκ. 1.2 και 1.3 προκύπτει ότι η τρέχουσα οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει σύνθετη αιτιολόγηση και φαίνεται να είναι αποτέλεσμα διεθνών δυσμενών οικονομικών συγκυριών, αλλά και χρόνιων δυσλειτουργιών της ελληνικής οικονομίας, με κύριο αίτιο τη ραγδαία αύξηση του δημοσίου χρέους και την αδυναμία αποπληρωμής του, λόγω έλλειψης ρευστότητας.

Εξίσου σύνθετη αλλά και πρωτόγνωρη φαίνεται να είναι και η διαδικασία “διάσωσης” της ελληνικής οικονομίας από την επίσημη χρεωκοπία. Ιστορικά, η διαδικασία διάσωσης, δηλαδή λήψη αποφάσεων, ψήφιση νομοσχεδίων, ενδιάμεσες συμφωνίες και άλλα, ξεκίνησε το Μάρτιο του 2010 και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα (5 έτη) και φαίνεται ότι θα συνεχιστεί και για το έτος 2015. Παρουσιάζονται στη συνέχεια τα κομβικά σημεία της διαδικασίας:

- **Μάρτιος του 2010**, η ελληνική κυβέρνηση ζητά τη συνδρομή του ΔΝΤ (που είχε προσυμφωνηθεί από το 2008, Καζάκης 2011) και συνάπτει το **Πρώτο Μνημόνιο** που περιλαμβάνει τρία επιμέρους σκέλη το Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, το Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης και το Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής
- **Ιούνιος 2011**, ψήφιση του **Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής** ή Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου ή Μνημονίου #2
- **Αύγουστος 2011**, ψήφιση του Εφαρμοστικού Νόμου (για την υλοποίηση του Μεσοπρόθεσμου)
- **Φεβρουάριος 2012**, σύναψη της **Σύμβασης Δανειακής Διευκόλυνσης** ή Δανειακή Σύμβαση ή Μνημόνιο #3 (με στόχο την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων και νομοθετικών ρυθμίσεων σε όλους τους τομείς της ελληνικής οικονομίας αλλά και του κοινωνικού κράτους)
- **Αύγουστος 2012**, σύναψη του **Νέου Μεσοπρόθεσμου πλαισίου (2013-2016)** ή Μνημονίου #4
- **2013 – 2014**, **ψήφιση** στην ελληνική Βουλή με το χαρακτήρα του κατεπείγοντος πάνω από **20 Πράξεων Νομοθετικού Περιεχομένου**, για την υλοποίηση των συμφωνηθέντων μέτρων λιτότητας για τη “διάσωση” της ελληνικής οικονομίας

Η διαδικασία “διάσωσης”, χαρακτηρίζεται ως **πρωτοφανής** στην παγκόσμια οικονομική ιστορία, αφού :

- I. επιχειρείται η διάσωση μιας οικονομίας που εντάσσεται στο σκληρό πυρήνα των πλέον αναπτυγμένων και οικονομικά ισχυρών κρατών (Ευρωζώνη), του

πλέον οργανωμένου και ισχυρού οικονομικού συνασπισμού κρατών, της ΕΕ και

- II. στη διαδικασία διάσωσης δεν εμπλέκονται το υπό κατάρρευση κράτος (Ελλάδα) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), ως φορέας επιτήρησης και διάσωσης, αλλά την “διάσωση” αναλαμβάνουν τρεις διεθνείς οντότητες το ΔΝΤ, η ΕΕ και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), η επονομαζόμενη και Τρόικα (Κοτζιάς, 2012).

Παράλληλα η διαδικασία “διάσωσης” φαίνεται να είναι μια ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία αφού :

- I. εμπλέκονται το ΔΝΤ, η ΕΚΤ, τα κοινοβούλια των Κρατών-μελών της ΕΕ, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Ελληνικό Κοινοβούλιο,
- II. χρησιμοποιούνται πλήθος διαφορετικών τύπων συμφωνιών και αποφάσεων για να μεθοδευτεί η εφαρμογή των μέτρων (Μνημόνια, Μεσοπρόθεσμα Πλαίσια, Δανειακές Συμβάσεις κ.ά.)
- III. Εναλλάχτηκαν τέσσερεις Πρωθυπουργοί
- IV. Ψηφίστηκαν με το χαρακτήρα του κατεπείγοντος, σε διάστημα 4 ετών, πάνω από 20 Πράξεις Νομοθετικού Περιεχομένου, όταν στο παρελθόν, από το 1974 μέχρι το 2010 είχαν ψηφιστεί μόνο 2 παρόμοιες πράξεις για κατεπείγουσες θεομηνίες (σεισμό, και πυρκαγιές του 2008)
- V. Έχουν ψηφιστεί πάνω από 2.500 άρθρα νόμων για την υλοποίηση της “διάσωσης”.

Εξετάζοντας το περιεχόμενο των προβλέψεων των Μνημονίων, Μεσοπρόθεσμων και Δανειακών Συμβάσεων, αλλά και το περιεχόμενο των νομοθετημάτων της ελληνικής Βουλής, φαίνεται ότι η “διάσωση” κατευθύνεται :

- **στη ραγδαία συρρίκνωση του δημόσιου τομέα** (διευκόλυνση συνταξιοδοτήσεων, μείωση του αριθμού των εργαζομένων στο δημόσιο κατά 150.000 εργαζομένους, μείωση προσλήψεων στο δημόσιο τομέα αρχικά 1/5 και στη συνέχεια 1/10, αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης των εργαζομένων στο δημόσιο, ίδρυση οργανισμού αποκρατικοποιήσεων, ιδιωτικοποίηση δημοσίων επιχειρήσεων, κατάργηση 200 Δημοσίων Οικονομικών Υπηρεσιών-

- ΔΟΥ, κατάργηση θέσεων εργασίας στους οργανισμούς των δημοσίων επιχειρήσεων κ.ά.)
- **στη συρρίκνωση του εισοδήματος των πολιτών εργαζόμενων στον ιδιωτικό, δημόσιο τομέα αλλά και των συνταξιούχων.** Από τις χαρακτηριστικότερες περιπτώσεις είναι η κατάργηση του 13^{ου} και 14^{ου} μισθού, οι αλληπάλληλες μειώσεις μισθών των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και την Τοπική Αυτοδιοίκηση, που έχει σε πολλές περιπτώσεις ξεπεράσει το 50% των προμημονίων απολαβών τους, η μείωση του κατώτατου μισθού στον ιδιωτικό τομέα δύο φορές (σε 760 και σήμερα στα 480€), η κατάργηση σχεδόν του συνόλου των επιδομάτων κ. ά. .
 - **Στη ριζική αναδιάρθρωση του φορολογικού συστήματος με “σκοπό” τη διεύρυνση της φορολογικής βάσης, την αύξηση της φορολόγησης των ήδη φορολογουμένων, την επέκταση της φορολόγησης στο τομέα των κατασκευών (κυρίως της κατοικίας) κ. ά.** Έτσι, μέσα από τις ψηφισθείσες Πράξεις Νομοθετικού Περιεχομένου αυξήθηκαν οι φορολογικοί συντελεστές, καταργήθηκε το αφορολόγητο όριο εισοδήματος, χρησιμοποιούνται για την φορολόγηση τα τεκμήρια, επιβλήθηκαν έκτακτες εισφορές για τις κατοικίες (χαράτσι), που στη συνέχεια μετετράπη σε μόνιμο φόρο επί της ιδιοκτησίας (ΕΝΦΙΑ). Όπως σημειώνεται στόχος των παραπάνω μεταρρυθμίσεων δεν ήταν η διαμόρφωση ενός δικαιότερου φορολογικού συστήματος, αλλά η αύξηση των εσόδων του κράτους, που θα προκαλέσει το γνωστό “πλεόνασμα” 3% επί του ετήσιου ΑΕΠ (υπολογίζεται σε 10 δις. Ευρώ ετησίως), που είναι η δέσμευση του ελληνικού κράτους απέναντι στους δανειστές για την διασφάλιση της ετήσιας αποπληρωμής των οφειλομένων τοκοχρεολυσίων.
 - **Στην αποσάθρωση του υφιστάμενου ελληνικού κράτους-Πρόνοιας, στους τομείς της προστασίας της εργασίας, της κοινωνικής φροντίδας και της δημόσιας φροντίδας υγείας.** Χαρακτηριστικές είναι περιπτώσεις ψήφισης διατάξεων με τις οποίες ισοπεδώνεται όλο το σύστημα προστασίας της εργασίας, όπως η αναστολή των προβλέψεων των συλλογικών συμβάσεων, αναστολή των διατάξεων για αυτόματη αύξηση μισθών κατά την εργασιακή ωρίμανση, ελαχιστοποίηση των επαγγελματιών ως βαρέων και ανθυγιεινών, η εργασιακή εφεδρεία, ενώ επιχειρείται η νομοθέτηση των μαζικών απολύσεων

Με τη λήψη των παραπάνω μέτρων επιχειρείται η “διάσωση” της παραπαίουσας ελληνικής οικονομίας. Εκτός των άλλων, το ενδιαφέρον στοιχείο στην υπόθεση της “διάσωσης” της ελληνικής οικονομίας είναι, ότι το σύνολο των μέτρων που έχουν επιβληθεί, φαίνεται να έχουν ως αφετηρία θεσμούς, φορείς και ενδιαφερόμενους εκτός Ελλάδας, όπως ΔΝΤ, διεθνείς ιδιωτικούς επενδυτικούς οργανισμούς ή διεθνή δικηγορικά γραφεία. Υπάρχουν μαρτυρίες, σύμφωνα με τις οποίες τα κείμενα συντάσσονται και καταφθάνουν στην ελληνική κυβέρνηση αγγλιστί, επιχειρείται μετάφραση και σχετική επεξεργασία και κατατίθενται σε ψηφοφορία (η περίπτωση του 1^{ου} μνημονίου των 700 σελίδων καθώς και του πρόσφατου νομοθετήματος που επέβαλλε τον ΕΝΦΙΑ). Η παραπάνω πραγματικότητα έρχεται να επιβεβαιώσει το συμπέρασμα σχετικού διαδικτυακού άρθρου (<http://www.imf.org/external/lang/Greek/np/exr/facts/glaneg.htm>, 28/4/2010), ότι οι συμφωνίες για εφαρμογές τέτοιου τύπου, σπάνια έχουν κοινωνικό χαρακτήρα και ακόμη σπανιότερα εξασφαλίζουν την προστασία των κατωτέρων οικονομικών στρωμάτων.

Χαρακτηριστικές είναι οι επιπτώσεις των εφαρμογών “διάσωσης” της ελληνικής οικονομίας, στη διάρκεια της 5ετούς εφαρμογής του, 1.500.000 άνεργοι, 350.000 μικρομεσαίες επιχειρήσεις έκλεισαν, 6.000.000 Ελλήνων βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας, σύμφωνα με πρότυπα των ορίων, 70.000-90.000 πτυχιούχων μορφωμένων Ελλήνων να έχουν μεταναστεύσει, τουλάχιστον 5.000 αυτοκτονίες πολιτών λόγω της οικονομικής ανέχειας.

Ένα σημαντικό ζήτημα φαίνεται να είναι και οι πιθανές επιπτώσεις από την εφαρμογή των μνημονιακών προβλέψεων πάνω στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και στο επίπεδο υγείας των πολιτών. Ζήτημα για το οποίο θα επιχειρηθεί σχετική διερεύνηση στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο της εργασίας.

Κεφάλαιο 2. Οι επιπτώσεις από την οικονομική κρίση στην υγειονομική περίθαλψη των πολιτών

2.1 Οικονομική κρίση και υγειονομικά συστήματα

Η οικονομική κρίση, δηλαδή η μείωση ή η απουσία εισοδήματος οδηγεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού σε απώλεια του όποιου βαθμού ευημερίας διέθεταν και στη φτώχεια (Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., 2010). Το ενδιαφέρον είναι ότι ο βαθμός των επιπτώσεων της κρίσης φαίνεται να διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα (αναπτυγμένες, αναπτυσσόμενες), αλλά και στο εσωτερικό της κάθε χώρας (π.χ. χειρώνακτες εργάτες, με χαμηλή εκπαίδευση, σε σχέση με κατοίκους με υψηλό επίπεδο μόρφωσης ή εξειδίκευσης).

Όπως σημειώνει ο Κυριόπουλος (2010), η οικονομική κρίση θα μπορούσε να είναι αφορμή αναδιαμόρφωσης του δημόσιου συστήματος υγείας μιας χώρας, όταν και εφόσον τα μέτρα που θα ληφθούν, δεν θα έχουν οριζόντιο χαρακτήρα, αλλά θα είναι επιλεκτικά προς την κατεύθυνση των διαρθρωτικών αλλαγών (κυρίως στη Α΄θμια υγεία), την αναμόρφωση της ασφάλισης της υγείας (κυρίως με έλεγχο των ελλειμμάτων) και την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων που θα κάνουν το σύστημα περισσότερο φιλικό στο πολίτη αποδοτικότερο και πιο αποτελεσματικό στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων.

Έτσι, αν και σε θεωρητικό επίπεδο, η οικονομική κρίση φαίνεται να αντιμετωπίζεται ως ευκαιρία διόρθωσης και αναμόρφωσης των υγειονομικών συστημάτων, σε επίπεδο πολιτικών εφαρμογών (επιπτώσεων από τη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης) φαίνεται ότι τα αποτελέσματα τείνουν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Ο Macewan A., (2010), σε συνέντευξή του στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία, σημειώνει σε σχετική ερώτηση, ότι “...Τα προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής του ΔΝΤ έχουν κάκιστο ιστορικό ...έχουν συμβάλλει σε ακόμα μεγαλύτερη εισοδηματική ανισότητα ...εφαρμόζονται πάνω στις πλάτες των πλέον ευάλωτων μελών της κοινωνίας ..”. Ο Waitzkin H. (2011), επίσης σε συνέντευξή του στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία θεωρεί ότι “την υγεία

την επιβαρύνει ο καπιταλισμός πολύ περισσότερο από το τσιγάρο και το αλκοόλ”, αξιολογώντας τα αποτελέσματα της κηδεμονίας του ΔΝΤ στο τομέα της υγείας.

Έλληνες ερευνητές (Νικολαΐδης Γ., 2012, ΕΣΔΥ, 2010, Μεγαλοοικονόμου Θ., 2011, Νικολαΐδης Γ., 2011 κ.ά.), που ασχολήθηκαν με το ζήτημα των πιθανών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, θεωρούν εκ προοιμίου αναπόφευκτες τις αρνητικές συνέπειες τόσο στο υγειονομικό σύστημα όσο και στο επίπεδο υγείας των Ελλήνων. Για την τεκμηρίωση των απόψεων αυτών χρησιμοποίησαν σειρά μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες που έχουν εφαρμοστεί πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης υπό την εποπτεία του ΔΝΤ, με σαφή τα αποτελέσματα των επιπτώσεων πάνω στην υγεία των πολιτών αλλά και την λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων των χωρών που εποπτεύονταν από το ΔΝΤ. Στις βασικότερες επιπτώσεις περιλαμβάνονται :

- η μείωση του επιπέδου ψυχικής υγείας των πολιτών εξαιτίας της ανεργίας, αφού όπως σημειώνεται (Αναγνωστόπουλος Φ., 2010), φαίνεται να υπάρχει άμεση συσχέτιση της απώλειας εργασίας και παρατεταμένης ανεργίας **με ψυχολογικές διαταραχές** όπως κατάθλιψη, άγχος, κατάχρηση ουσιών (κυρίως αλκοόλ), αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονία, αντικοινωνική συμπεριφορά.
- η αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, όπως παιδιά και ηλικιωμένους (π.χ. στις χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ για την περίοδο 1991-2002, σημειώθηκε αύξηση 16,6% της θνησιμότητας από φυματικά νοσήματα, στη Γουατεμάλα, ένα στα τρία νεογέννητα παρουσίαζε νοητική καθυστέρηση, που σύμφωνα με τους ερευνητές οφειλόταν κυρίως στον υποσιτισμό των εγκύων)
- οι επιπτώσεις στη σωματική υγεία (μείωση της σωματικής φροντίδας, κακή διατροφή, περιορισμός της φροντίδας της υγείας όπως πρόληψη, αδυναμία πρόσβασης σε μονάδες υγείας, αγοράς και χρήσης φαρμάκου κλπ), που οδηγούν σε αύξηση της **γενικής θνησιμότητας** από όλες τις αιτίες αλλά κυριότερα από καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ. ισχαιμική καρδιοπάθεια), αναπνευστικές παθήσεις (π.χ. λοιμογόνες πνευμονοπάθειες) και παθήσεις του ήπατος

- η συρρίκνωση των παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (π.χ. στην Αργεντινή, τα μνημονιακά μέτρα οδήγησαν το 48% του πληθυσμού εκτός του συστήματος δωρεάν ιατροφαρμακευτικής κάλυψης, ενώ στη Λετονία καταργήθηκε πλήρως η δωρεάν ιατροφαρμακευτική φροντίδα των εργαζομένων, μέσω του ασφαλιστικού τους συστήματος)
- η αυξανόμενη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, αφού όπως σημειώνεται (WHO, 2009) φαίνεται ότι στις περιόδους οικονομικής κρίσης και ύφεσης (μείωση εισοδημάτων), οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες για τις οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.
- η ραγδαία μείωση της χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων με επιπτώσεις στα εισοδήματα των επαγγελματιών υγείας (π.χ. στην Αργεντινή οι μισθοί του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μειώθηκαν κατά 40%)

2.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα

Όπως έχει επισημανθεί στο πρώτο κεφάλαιο, για την αντιμετώπιση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, η πολιτική ηγεσία του τόπου σε συνεργασία με την Ε.Ε. έθεσαν το σύνολο της ελληνικής οικονομικής δραστηριότητας (κρατικό, τραπεζικό και ιδιωτικό τομέα), υπό την επιτήρηση ενός τριμελούς εποπτικού οργάνου, αποκαλούμενου “Τρόικα”, στο οποίο συμμετέχει εκπρόσωπος του ΔΝΤ, εκπρόσωπος της ΕΚΤ και εκπρόσωπος της ΕΕ.

Στα πλαίσια της οικονομικής εποπτείας, από τις αρχές του 2010 μέχρι και σήμερα επιχειρείται μέσα από μια σειρά συμφωνιών μεταξύ της “Τρόικα” και της ελληνικής κυβέρνησης (τα ονομαζόμενα Μνημόνια), και νομοθετικών ρυθμίσεων μέσω του ελληνικού Κοινοβουλίου (Διατάξεις Νομοθετικού Περιεχομένου, Νόμους και Υπουργικές Αποφάσεις), να αντιμετωπιστεί η οικονομική κρίση.

Μέσα από τη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αλλά και της τρέχουσας νομοθεσίας (ΥΥΚΑ, Υγειανet - Νόμοι), προκύπτει ότι ένα σημαντικό μέρος της νομολογίας που δημιουργήθηκε στα πλαίσια της αντιμετώπισης της

οικονομικής κρίσης, σχετίζεται άμεσα με την αναμόρφωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Αξιολογώντας τη σχετική νομολογία, φαίνεται ότι στοχεύει στην αναμόρφωση συγκεκριμένων τομέων που σχετίζονται με την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, τις διαθέσιμες παροχές στους πελάτες του συστήματος, τη χρηματοδότηση του συστήματος και την οικονομική διαχείρισή του.

Θα επιχειρηθεί στη συνέχεια η παρουσίαση των σημαντικότερων νομοθετικών ρυθμίσεων ανά τομέα, και αντίστοιχη σύντομη κριτική αξιολόγηση, που θα έχει ως βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία για το ζήτημα των επιπτώσεων των νομοθετικών ρυθμίσεων, στη λειτουργικότητα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2.2.1 Ανασυγκρότηση, αναδιάρθρωση, αναβάθμιση, διασύνδεση; του ΕΣΥ

Με μια σειρά νομοθετικών παρεμβάσεων από το 2010, μέχρι και σήμερα επιχειρείται ο λειτουργικός εξορθολογισμός του πυρήνα του ΕΣΥ, και κυρίως του νοσοκομειακού υποσυστήματος. Νομοθετήματα όπως ο Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129, τ. Α, 2010), περί “Αναβάθμισης του ΕΣΥ και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του ΥΥΚΑ”, ο Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ 228, τ. Α, 2011), περί “Ανασυγκρότησης Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις”, φαίνεται να αποτελούν τα νομοθετικά εργαλεία, που σύμφωνα με το σχεδιασμό της “Τρόικα”, τη συναίνεση της ελληνικής κυβέρνησης, αλλά και των πορισμάτων των ειδικών Επιτροπών (Επιτροπή Σοφών), και Ομάδας Μελετών (Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας), θα οδηγήσουν το ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε οικονομίες κλίμακας, μείωση του διοικητικού κόστους, μείωση των απαιτήσεων σε αποθέματα φαρμάκων και υγειονομικού υλικού και ευελιξία στη διαχείριση/μετακίνηση των επαγγελματιών υγείας του συστήματος (Οικονόμου Χ., 2011).

Από τις βασικότερες προβλέψεις των παραπάνω νομοθετημάτων είναι :

- η μείωση των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών από 46.783 σε 35.280 κλίνες (Υπ. Απ. Υα/οικ.131443/ΦΕΚ2831/τ.Β',14-12-2011), που θα οδηγήσει στην αύξηση της μέσης ετήσιας πληρότητας από 70% στο 80% .
- Η συνδιοίκηση νοσοκομειακών μονάδων εντός των ιδίων νομών ή Περιφερειών, με ταυτόχρονη μετατροπή των νοσοκομειακών μονάδων τύπου ΓΝ-ΚΥ σε ΚΥ αστικού τύπου ή βραχείας εξειδικευμένης νοσηλείας, που θα οδηγήσει στη μείωση των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων από 133 σε 83 και των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών από 175 σε 145
- Στη σύμπτυξη/συγχώνευση νοσοκομειακών κλινικών σε ένα νοσοκομείο ή μεταξύ όμορων νοσοκομείων, με στόχο τη μείωσή τους από 2.000 σε 1.700 κλινικά τμήματα και μονάδες, μειώνοντας έτσι το λειτουργικό κόστος των τμημάτων αλλά και τις ανάγκες σε προμήθειες υλικού (υγειονομικού, φαρμακευτικού κλπ) και θα διευκολύνει τις διοικήσεις των νοσοκομείων, για μετακινήσεις προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού) σε τμήματα με μεγαλύτερες ανάγκες.

2.2.2 Διαρθρωτικές αλλαγές στη διαχείριση της καθημερινότητας των υγειονομικών μονάδων

Με μια σειρά νομοθετημάτων από το 2010 επιχειρούνται ριζικές αλλαγές στο τρόπο διαχείρισης της λειτουργικής καθημερινότητας των νοσοκομείων εισάγοντας:

α) το θεσμό της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων και στους χώρους των δημόσιων υγειονομικών μονάδων (νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία), αρχικά με την ψήφιση του Ν. 3892/2010 και στη συνέχεια με μια σειρά άλλων υπουργικών αποφάσεων, διατάξεων και εγκυκλίων.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, επιχειρείται η εισαγωγή της ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης των ιατρικών συνταγών φαρμάκου αλλά

και των παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων και η υποχρεωτική εφαρμογή του (από το 2011) από το σύνολο των ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα (βέβαια το μέτρο αφορά και τον ιδιωτικό τομέα υγείας, εφόσον οι ιατρικές πράξεις και η συνταγογράφηση εμπλέκει το σύστημα της δημόσιας ασφάλισης).

Μέσα από το μέτρο αυτό επιχειρείται αφενός ο έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των γιατρών και αφετέρου στην υλοποίηση ενός ευρύτερου στόχου σε σχέση με την κατανάλωση του φαρμάκου στην Ελλάδα, που σχετίζεται με τη στροφή από τα πρωτότυπα στα γενόσημα φάρμακα και τη χρησιμοποίηση στις συνταγογραφήσεις όχι του τίτλου του φαρμάκου της εταιρείας, αλλά της αναγκαίας φαρμακευτικής (δραστικής) ουσίας, που απαιτείται για την θεραπευτική αγωγή του ασθενή.

β) το θεσμό του ενιαίου συστήματος προμηθειών, που θα καλύπτει τις ανάγκες προμηθειών εξοπλισμού, υγειονομικού υλικού και άλλων υλικών των δημόσιων υγειονομικών μονάδων, με την ψήφιση του Ν. 3918/2011. Με το Ενιαίο Σύστημα Προμηθειών επιχειρείται ο προγραμματισμός και η υλοποίηση των διαδικασιών προμηθειών, όχι σε επίπεδο υγειονομικής μονάδας, αλλά σε επίπεδο είτε υγειονομικής περιφέρειας είτε σε επίπεδο περισσότερων περιφερειών είτε σε εθνικό επίπεδο.

Για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων συστήθηκε μια σειρά φορέων που θα αναλάβουν τη λειτουργία του νέου συστήματος προμηθειών, όπως :

- η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ), που έχει την αποκλειστική ευθύνη διαχείρισης των προμηθειών (ποιος θα διενεργεί το διαγωνισμό, το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας, κλπ)
- η Επιτροπή Προδιαγραφών, έργο της οποίας θα είναι η σύνταξη προδιαγραφών για κάθε προμηθευόμενο είδος που θα εφαρμόζονται στο σύνολο των διαγωνισμών για προμήθειες υγειονομικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, για την κάλυψη των αναγκών του δημόσιου υγειονομικού συστήματος και τέλος

- ο το Παρατηρητήριο Τιμών, δηλαδή ένα σύστημα πληροφόρησης των αρμόδιων υπηρεσιών για τις ελάχιστες τιμές των προς προμήθεια υλικών που έχουν επιτευχθεί στο παρελθόν στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό.

2.2.3 Παρεμβάσεις στην οικονομική διαχείριση των υγειονομικών μονάδων του ΕΣΥ

Με μια σειρά νόμων, υπουργικών αποφάσεων και εγκυκλίων, επιχειρείται **α)** η αλλαγή του συστήματος αμοιβής των προσφερόμενων δημοσίων υγειονομικών υπηρεσιών (δηλαδή του συστήματος εσόδων των υγειονομικών μονάδων και των δημοσίων ασφαλιστικών φορέων) και **β)** η εντατικοποίηση του συστήματος παρακολούθησης της εξέλιξης των λογιστικών και οικονομικών μεγεθών τόσο των υγειονομικών μονάδων (κυρίως νοσοκομείων), όσο και των ασφαλιστικών φορέων. Ειδικότερα, στη περίπτωση της οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων, την τελευταία 4ετία έχουν εισαχθεί και υλοποιηθεί σειρά αποφάσεων όπως :

α) η επαναλειτουργία των απογευματινών ιατρείων και χειρουργείων, με το Ν. 3868/2010 (ο αρχικός νόμος 2889/2001 είχε ουσιαστικά απενεργοποιηθεί), με στόχο την λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων (κυρίως των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών τους) σε 24ωρη βάση, τη μείωση στις λίστες αναμονής των εξωτερικών ιατρείων, να δοθεί η δυνατότητα επιλογής ιατρού στους πολίτες και στην αύξηση των νοσοκομειακών εσόδων, αφού τα απογευματινά ιατρεία λειτουργούν αμειβόμενα απευθείας από τους χρήστες των υπηρεσιών.

β) η αύξηση της οικονομικής συμμετοχής των πολιτών για τη χρήση των α'βάθμιων υπηρεσιών υγείας (Κέντρα Υγείας και Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων) στα 5€ ανά επίσκεψη (Ν. 3868/2010), ενώ είχε επιχειρηθεί και η επιβολή 25€ ανά εισαγωγή για νοσηλεία στο νοσοκομείο, που όμως αποσύρθηκε μετά την δημόσια κατακραυγή για το μέτρο. Επιπλέον επιχειρήθηκε η αύξηση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ με την αύξηση των ειδικών φόρων υπέρ της υγείας, μέσα από την αύξηση των φόρων στην κατανάλωση τσιγάρων και αλκοόλ.

γ) η εφαρμογή του συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), για την νοσηλευτική αμοιβή των νοσοκομείων, με την υπ. αρ. Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 85649(τ. Β', φ.1702/1-08-2011). Με το σύστημα ΚΕΝ επιχειρείται η αντικατάσταση του παράλογου συστήματος αμοιβής της νοσοκομειακής περίθαλψης που ίσχυε (κλειστό ημερήσιο νοσήλιο), που βέβαια εκτός της ενίσχυσης των νοσοκομειακών εσόδων επιχειρείται και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών κλινικών.

Παράλληλα, σε επίπεδο παρακολούθησης και ελέγχου της οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων θεσπίστηκε σειρά μέτρων, στη προσπάθεια μείωσης του κόστους λειτουργίας του νοσοκομειακού υποσυστήματος του ΕΣΥ, αλλά και ελέγχου της κατανομής των υγειονομικών πόρων σε περιφερειακό επίπεδο. Έτσι,

α) με υπουργική απόφαση (Υπουργού Οικονομικών), ορίστηκε η υποχρεωτική δημοσίευση των ελεγμένων (από ορκωτούς λογιστές) λογαριασμών των νοσοκομείων (Ισολογισμοί, Ταμείο, Αναλυτικά Παγίων, Αποθέματα) σε ετήσια βάση για τον καλύτερο δημοσιονομικό έλεγχο των νοσοκομείων. Παράλληλα ορίστηκε ως υποχρεωτική η δημοσίευση των μηνιαίων λογαριασμών εσόδων, δαπανών, ληξιπρόθεσμων οφειλών των νοσοκομείων

β) από μέρος του ΥΓΚΑ ορίστηκαν δύο διαδικτυακές βάσεις, της **Esy.net** όπου σε μηνιαία βάση το σύνολο των νοσοκομείων εισήγαγαν τα οικονομικά τους δεδομένα, παράλληλα με την μηνιαία κίνηση ασθενών, που δίνει τη δυνατότητα στους ελεγκτικούς μηχανισμούς του ΥΓΚΑ να ελέγχει και να αντιπαραβάλλει ταυτόχρονα την οικονομική και λειτουργική απόδοση των νοσοκομείων σε πραγματικό σχεδόν χρόνο και του **Υγειονομικού Χάρτη** με τον οποίο οι ελεγκτικοί μηχανισμοί του ΥΓΚΑ έχουν άμεση γνώση της κατανομής των υγειονομικών πόρων σε επίπεδο περιφέρειας, σε πραγματικό χρόνο.

2.2.4 Λοιπές παρεμβάσεις

Εκτός των παραπάνω, θα πρέπει να επισημανθούν δύο ακόμη παρεμβάσεις, **α) η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)** και η

ενοποίηση του συνόλου των Α΄θμιων Υπηρεσιών Υγείας σε έναν φορέα, το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), και την υπαγωγή τους στο ΥΓΚΑ και την ενιαία λειτουργική τους διαχείριση, μέσω των Υγειονομικών Περιφερειών και

β) η επιχειρούμενη μεταρρύθμιση στην αγορά του φαρμάκου, που φαίνεται να έχει άμεσες επιπτώσεις στη λειτουργία του ΕΣΥ

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, θεωρείται από τις σημαντικότερες θεσμικές παρεμβάσεις στη περίοδο της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας (Οικονόμου Χ., 2012). Με τον Ν. 3918/2011 επιχειρήθηκε αρχικά, η ένταξη των τεσσάρων βασικότερων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ) σε ένα ενιαίο ταμείο υγείας και αργότερα και άλλων ταμείων (ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΤΑΜΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΩΝ κ.α.), όπου συγκεντρώθηκε το σύνολο των διαθέσιμων πόρων υγείας των ταμείων. Από τους βασικούς στόχους της νομοθετικής παρέμβασης είναι :

- η παροχή ομογενοποιημένων παροχών υγείας στο σύνολο των ασφαλισμένων (σύστημα παροχών, είδος, έκταση, ύψος, διαδικασίες)
- η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ως μονοψωνίου υπηρεσιών υγείας, με ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη απέναντι των προμηθευτών υγείας και
- η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, με στόχο την ενοποίηση του Β΄θμιου υγειονομικού συστήματος, που θα αποφέρει εξοικονόμηση πόρων και ισονομία πρόσβασης στο σύνολο των ασφαλισμένων

Με την μεταρρύθμιση σε επίπεδο ΠΕΔΥ (Ν. 4238/2014), επιχειρείται ουσιαστικά η αναμόρφωση του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (όπως αυτό είχε εξελιχτεί από τον Ν. 1397/83 και ύστερα) και στοχεύει :

- στη δημιουργία ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας
- την υπαγωγή του συνόλου των πρωτοβάθμιων δομών (Κέντρα Υγείας Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) στις οικείες υγειονομικές περιφέρειες και τα αντίστοιχα νοσοκομεία αναφοράς

- ο η οργανική ένταξη του συνόλου των επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τις πρωτοβάθμιες μονάδες στους οργανισμούς των νοσοκομείων αναφοράς, με απώτερο στόχο τη δυνατότητα χρησιμοποίησής τους στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, αλλά και για την κάλυψη των εφημεριακών αναγκών των νοσοκομείων.

Σε σχέση με τη διαχείριση του φαρμάκου και τη φαρμακευτική δαπάνη, κυρίως με τον Ν. 3918/2011, επιχειρείται η ριζική αναμόρφωση της ισχύουσας πολιτικής φαρμάκου, που αποβλέπει α) στη δημιουργία νέας σχέσης της αγοράς φαρμάκου με το ΕΣΥ και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, β) τη στροφή της κατανάλωσης από τα πρωτότυπα στα γενόσημα φάρμακα και γ) τη ραγδαία μείωση του κόστους του φαρμάκου.

Στα πλαίσια των νέων σχέσεων στην αγορά φαρμάκου, προωθήθηκε η μερική απελευθέρωση της αγοράς φαρμάκου (ωράριο εργασίας, πώληση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων κ.ά.), η μείωση του φαρμακευτικού κέρδους, ο καθορισμός ειδικών τιμών στα φάρμακα που διατίθενται στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα νοσοκομεία κλπ.

Στα πλαίσια της ενίσχυσης των γενόσημων φαρμάκων έχουν εισαχθεί μέτρα όπως η συνταγογράφηση στη βάση της φαρμακευτικής (δραστικής) ουσίας και όχι της ονομασίας του πρωτότυπου φαρμάκου, η κάλυψη του κόστους του φαρμάκου μέχρι το ύψος της τιμής του γενόσημου κλπ.

Τέλος, σε σχέση με την πρόβλεψη για την σταδιακή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, έχουν εισαχθεί διατάξεις μέσω υπουργικών αποφάσεων και εγκυκλίων, όπως ο περιορισμός της κατανάλωσης μέσω μηνιαίας συνταγογράφησης, ο καθορισμός της ιατρικής αμοιβής στα 10€ για κάθε συνταγογράφηση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και ο καθορισμός πλαφόν συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά ιατρό, η ιδιωτική πληρωμή της διαφοράς κόστους μεταξύ της τιμής του πρωτότυπου φαρμάκου και του αντίστοιχου γενόσημου, κλπ.

2.3 Εκτιμήσεις – κριτική επί των ληφθέντων μέτρων

Αξιολογώντας, αυτό καθεαυτό το νέο θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, όπως διαμορφώθηκε την 5ετία 2010-2014 και υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης, θα μπορούσε κανείς να εκτιμήσει ότι συνολικά οι επιχειρούμενες αλλαγές τείνουν προς την σωστή κατεύθυνση. Μάλιστα όπως σημειώνουν μελετητές του ζητήματος (Κυριόπουλος 2011, IOBE 2011, Οικονόμου 2012 κ. ά.), τα μέτρα που έχουν ληφθεί στο τομέα της υγείας, στο διάστημα της οικονομικής κρίσης, όχι μόνο είναι προς τη σωστή κατεύθυνση, αλλά θα έπρεπε να είχαν ληφθεί τουλάχιστον μια εικοσαετία πριν, αλλά κάτω από διαφορετικές οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες.

Ειδικότερα,

- *Η συνένωση με τον Ν. 3918/2011 των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ) σε ένα ενιαίο φορέα υγείας, αναμφισβήτητα αποτελεί θετικό μέτρο, αφού επιδιώκει να δημιουργήσει ένα ενιαίο φορέα/ταμείο υγείας, που θα λειτουργεί ως μονοψώνιο και θα διαθέτει ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη απέναντι στους προμηθευτές.*
- *Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, είναι μέτρο που κινείται στη σωστή κατεύθυνση (Οικονόμου, 2012), αφού δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες ελέγχου και περιορισμού της πολυφαρμακίας από μέρους των ιατρών*
- *Η καθιέρωση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων, μέσω της λειτουργίας των απογευματινών ιατειρών εξασφαλίζει τη δυνατότητα επιλογής από τους πολίτες του ιατρού τους, μειώνοντας έτσι τις λίστες αναμονής*
- *Ο εξορθολογισμός και η απελευθέρωση της αγοράς φαρμάκου (Ν. 3816/2010 και Ν.3918/2011) περιλαμβάνει διατάξεις ιδιαίτερα θετικές για τη λειτουργία της αγοράς φαρμάκου αλλά και τον πολίτη/καταναλωτή του φαρμάκου*
- *Οι θεσμικές παρεμβάσεις, υπέρ της οικονομικής διαφάνειας των υγειονομικών μονάδων (νοσοκομείων) και ιδιαίτερα η εφαρμογή του*

συστήματος ΚΕΝ για την αποζημίωση των νοσοκομείων, θεωρούνται από τις πλέον εύστοχες παρεμβάσεις, αφού αφενός αντικαταστάθηκε ένα άδικο σύστημα αποζημίωσης (κλειστό ημερήσιο νοσήλιο) και αφετέρου διαμορφώθηκαν συνθήκες οικονομικής διαφάνειας των νοσηλευτικών και ιατρικών δραστηριοτήτων των νοσοκομείων.

- Τέλος, η ενοποίηση των νοσοκομειακών μονάδων, η συγχώνευση άλλων και η κατάργηση των υπολοίπων, φαίνεται να κινείται στη σωστή κατεύθυνση, αφού μέσα από τις συγχωνεύσεις, ενοποιήσεις ή και την κατάργηση μονάδων επιδιώκεται η επίτευξη “οικονομικών κλίμακας”

Βέβαια, τα παραπάνω μέτρα θα πρέπει να αξιολογηθούν όχι μόνο ως προς την πρόθεσή τους, αλλά κυρίως στη βάση της πραγματικής εικόνας, δηλαδή των αποτελεσμάτων που έχουν παραχθεί πάνω στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, από την εφαρμογή των νομοθετικών ρυθμίσεων, όπως :

- του Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129, τ. Α, 2010), περί “Αναβάθμισης του ΕΣΥ και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του ΥΥΚΑ”
- του Ν. 3892/2010, περί της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων
- του Ν. 3918/2011, περί αναμόρφωσης του συστήματος προμηθειών, σύσταση ΕΟΠΥΥ
- του Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ 228, τ. Α, 2011), περί “Ανασυγκρότησης Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ και άλλες διατάξεις”
- της Υπουργικής Απόφασης Υ4α/οικ. 85649(τ. Β΄, φ.1702/1-08-2011), σχετικά με την εφαρμογή του συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ)
- και της Υπ. Απ. Υα/οικ.131443/ΦΕΚ2831/τ.Β΄,14-12-2011, περί της μείωσης των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών από 46.783 σε 35.280 κλίνες
- του Ν. 4238/2014, περί της μεταρρύθμισης σε επίπεδο ΠΕΔΥ

Σύμφωνα με σχετική μελέτη του ΙΟΒΕ (2011), τα μέτρα που έχουν ληφθεί και όσα έχουν δρομολογηθεί μέσω του αρχικού Μνημονίου (2010), αν και ήταν απαραίτητα για την άμεση αποκλιμάκωση των δαπανών, εντούτοις “...έχουν κατά

κύριο λόγο βραχυπρόθεσμο, ταμειακό χαρακτήρα, με έμφαση σε μειώσεις μισθών και τιμών και σε χρηματικές επιστροφές”, που η πλήρη εφαρμογή τους θα οδηγήσει “...την συνολική δαπάνη υγείας προς ποσοστά κάτω του 4% του ΑΕΠ, γεγονός που θα φέρει (την Ελλάδα) στη χαμηλότερη θέση της κατάταξης ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ”.

Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας σχετικά με μελέτες για τις οικονομικές επιπτώσεις πάνω στις δαπάνες για την υγεία με την εφαρμογή των προβλέψεων του μνημονίου, φαίνεται ότι στο σύνολό τους όλα τα υποσυστήματα του ελληνικού ΕΣΥ έχουν υποστεί ραγδαίες μειώσεις δαπανών.

Έτσι, στο **τομέα της φαρμακευτικής δαπάνης** (εξωνοσοκομειακής, δημόσιας, νοσοκομειακής)

- πραγματοποιήθηκε περικοπή κατά 1.076.000.000€ των **εξωνοσοκομειακών** φαρμακευτικών δαπανών κατά τη διάρκεια του 2012, ενώ στόχος των μνημονιακών μέτρων είναι η μείωση της δημόσιας δαπάνης για την χρηματοδότηση των παροχών για εξωνοσοκομειακά φάρμακα στο 1% του Α.Ε.Π. μέχρι το τέλος του 2014 (Νεγκής Α., 2012), ενώ
- σύμφωνα με την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (ΠΕΦΝΙ), **οι νοσοκομειακές φαρμακευτικές δαπάνες** για σκευάσματα μέσα στα νοσοκομεία για το έτος 2014 θα μειωθούν κατά 25 μέχρι 30%, αφού το 2013 είχαν διατεθεί 712 εκατ. ευρώ και η πρόβλεψη για το 2014 είναι στα 540 εκατ. Ευρώ, όταν το έτος 2009 ήταν 1,5 δις. ευρώ. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Σισμανόγλειου νοσοκομείου (που απορρόφησε και το Αμαλία Φλέμινγκ, διπλασιάζοντας την κίνησή του), όπου οι δαπάνες για φαρμακευτικά σκευάσματα εντός νοσοκομείου από 11,5 εκατ. ευρώ το 2013 μειώθηκαν στα 5,5 εκατ. Ευρώ για το 2014 (Ευθυμιάδου Δ., 2014)

Σημαντικές φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις της μείωσης των δαπανών και στο **τομέα του κόστους οργάνωσης, διαχείρισης και λειτουργίας των Νοσοκομειακών Μονάδων και των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης**. Έτσι,

- με την Υπουργική Απόφαση Υα/οικ.131443/ΦΕΚ2831/τ.Β',14-12-2011, μειώθηκαν οι διαθέσιμες νοσοκομειακές κλίνες από 46.783 σε 35.280 κλίνες, ενώ την ίδια χρονική περίοδο, με τον Ν. 3918/2011, περί του ΕΟΠΥΥ, μεταξύ των άλλων προβλέπεται η αύξηση των κλινών των ιδιωτικών θεραπευτηρίων κατά 10%-25% καθώς και η επέκταση του αντικειμένου τους με τη δημιουργία νέων τμημάτων (Πολυζόπουλος Εμ., 2014), ενώ
- στο τομέα των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης υλοποιήθηκαν μαζικές συγχωνεύσεις προνοιακών φορέων (από 94 σε 22), και αντίστοιχη μείωση του προϋπολογισμού τους κατά 45%, μέχρι τον Αύγουστο του 2011 (Νικολαΐδης Γ., 2011, Κυριακού Κ., 2012)
- Μεταξύ των ετών 2009 και 2011 οι συνολικές δαπάνες του Υπουργείου Υγείας μειώθηκαν κατά 1,8 δις. ευρώ, μείωση που έφθασε το 23,7% σε διάστημα δύο ετών, ενώ οι δαπάνες των δημοσίων νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 740 εκατ. Ευρώ (μείωση 12,5%) (Νεγκής Α., 2012)

Στα πλαίσια της μείωσης των λειτουργικών δαπανών των υγειονομικών υποσυστημάτων του ΕΣΥ, σημαντικότερες φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις πάνω **στο υγειονομικό προσωπικό που στελεχώνει το ΕΣΥ**, και αριθμητικά και από άποψη δαπανών μισθοδοσίας. Έτσι, σύμφωνα με τους υπολογισμούς των συνδικαλιστικών οργάνων των εργαζόμενων στο ΕΣΥ, ενώ το 2005 εργάζονταν 85.000, το 2011 συρρικνώθηκαν στους 59.000 εργαζομένους, ενώ μέχρι τέλους του 2014, που λήγει το μνημόνιο, προβλέπεται επιπλέον μείωση (κυρίως λόγω συνταξιοδότησης και παγώματος των προσλήψεων) (Ευθυμιάδου Δ., 2013). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του IOBE (IOBE, 2011), η μείωση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας στο ΕΣΥ, και η ταυτόχρονη μείωση των αμοιβών τους, είχαν σαν αποτέλεσμα το 51% των περικοπών δαπανών στη νοσοκομειακή δαπάνη, να περιλαμβάνουν μείωση των μισθών στο ΕΣΥ (43%) και στη συνταξιοδότηση (8%).

Επιπλέον, στο τομέα των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, όπως σημειώνεται (Βέργου Ν., 2011), η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων έχει οδηγήσει σε περικοπή του διοικητικού προσωπικού κατά περίπου 50%, ενώ έχει αποδεσμευτεί το 25% των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρών.

Τέλος, η εφαρμογή των μνημονιακών οικονομικών προβλέψεων φαίνεται να **έχουν σημαντικές επιπτώσεις και στον πελάτη/καταναλωτή, μέσω της αύξησης της ίδιας συμμετοχής του για υγειονομική φροντίδα**, κυρίως λόγω της χρήσης εισοδηματικών κριτηρίων και της άρνησης του “κοινωνικού κράτους” να καλύψει τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων.

Έτσι, όπως σημειώνει η Φυντανίδου(2012) αυξήθηκε το κόστος συμμετοχής των ασφαλισμένων για χρήση ιατρικών μηχανημάτων για υγειονομικές εξετάσεις, μόνο για το έτος 2012 κατά 15%, συμπεριλαμβανομένων των ασφαλισμένων με ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, ενώ σύμφωνα με έρευνα των Παπαθεοδώρου, Ψυχογιού (2011) αυξήθηκε κατά 75% η χρέωση των πολιτών για τις τακτικές υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων και των επειγόντων περιστατικών. Για το ίδιο ζήτημα, η έρευνα της Πετροπούλου Ε., (2012) έδειξε ότι οι ασφαλισμένοι επιβαρύνθηκαν €153 εκατ. για την κάλυψη δαπανών για φροντίδα υγείας, από ίδιους πόρους.

Συμπερασματικά, από την προηγούμενη ανάλυση και όσο αφορά τη διασύνδεση των ληφθέντων μνημονιακών αποφάσεων με το ΕΣΥ και το νοσοκομειακό υποσύστημά του, φαίνεται ότι οι όποιες νομοθετικές ρυθμίσεις έχουν ληφθεί μέχρι σήμερα από το Ελληνικό Κοινοβούλιο, φαίνεται να επικεντρώνονται στην εφαρμογή ταμειακού χαρακτήρα μέτρων, που όπως επισημαίνεται (IOBE, 2011) δεν έχουν καμία σχέση με διαρθρωτικά ή εκσυγχρονιστικά μέτρα και πολιτικές βελτίωσης του Ελληνικού ΕΣΥ, αφού απουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό οι στρατηγικές που θα έπρεπε να είναι προσανατολισμένες στη πλευρά του πολίτη – ασθενή (Οικονόμου 2012).

Ο λανθασμένος για πολλούς ερευνητές προσανατολισμός των μνημονιακών μέτρων πάνω στην υγεία, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικών κρίσεων (που οι ιδιωτικές δαπάνες μειώνονται), δηλαδή η μείωση των δαπανών υγείας με αυτό το βίαιο τρόπο, σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία φαίνεται να έχει “αρνητική επίπτωση στο προσδόκιμο ζωής και την ποιότητα ζωής”(IOBE, 2011) των πολιτών.

Διερευνώντας την τρέχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις κριτικές για τις επιπτώσεις των μνημονιακών πολιτικών πάνω στο Ελληνικό ΕΣΥ, τις παρεχόμενες

υγειονομικές υπηρεσίες και τους καταναλωτές των υπηρεσιών, φαίνεται ότι οι επιπτώσεις είναι και ραγδαίες, αλλά και ιδιαίτερα επιβαρυντικές σε ποσοτικό αλλά και ποιοτικό επίπεδο.

Έτσι, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα (Παναγιώτου Β., 2013) η μείωση των ήδη χαμηλών αμοιβών για υπερωρίες και εφημερίες και η μείωση των τακτικών αποδοχών των επαγγελματιών υγείας, φαίνεται ότι οδήγησε γρήγορα σε μια κάθετη ύφεση τους δείκτες ικανοποίησης των επαγγελματιών της δημόσιας υγείας, με το 35% των ειδικευόμενων ιατρών, το 37% των νοσηλευτών και το 25% των μονίμων ιατρών να υποφέρουν από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out syndrome).

Οι ασφυκτικοί έλεγχοι στις δαπάνες των νοσοκομείων, η ραγδαία μείωση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, και η άρνηση των προμηθευτών ιατρικού και φαρμακευτικού υλικού, σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2011), οδηγούν το ελληνικό υγειονομικό σύστημα, σε σοβαρές ελλείψεις υγειονομικού και άλλου υλικοτεχνικού εξοπλισμού. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της έλλειψης φίλτρων αιμοκάθαρσης για τους νεφροπαθείς, ως αποτέλεσμα του “εξορθολογισμού” των δαπανών (Ευθυμιάδου Δ., 2012).

Η συνένωση με τον Ν. 3918/2011 των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ) σε ένα ενιαίο φορέα υγείας (ΕΟΠΥΥ), αν και θεωρείται αποτελεσματικό μέτρο, εντούτοις η ομογενοποίηση των παροχών υγείας πραγματοποιήθηκε προς τα κάτω, μειώνοντας το επίπεδο παροχών προς τους ασθενείς. Έτσι, σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (2011), μειώθηκαν οι παροχές τοκετού, μεσογειακής αναιμίας, λογοθεραπείας, νεφροπάθειας κλπ, προβλέπεται αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην αγορά αναλώσιμου υγειονομικού υλικού, ορθοπεδικά είδη, αναπνευστικές συσκευές κλπ. (Οικονόμου, 2011). Προηγούμενα και στο μεσοδιάστημα 2010-11, ο ΟΠΑΔ εξαίρεσε 87 τύπους ιατρικών εξετάσεων από το σύστημα αποζημίωσης, με πρόβλεψη για εξαίρεση πάνω από 220 τύπους εξετάσεων (Χρήστου Ν., 2010).

Εξίσου αρνητικές φαίνεται να είναι και οι επιπτώσεις, από την προσπάθεια εξορθολογισμού της αγοράς φαρμάκου (Ν. 3816/2010 και Ν.3918/2011), μέσα από τη δραστική μείωση των δαπανών για το φάρμακο, τη στροφή στα γενόσημα φάρμακα και την υποχρεωτική προώθηση της αγοράς των γενοσήμων φαρμάκων (υποχρεωτική συνταγογράφηση από μέρους των ιατρών των ασφαλιστικών ταμείων δραστηρικής ουσίας και όχι φαρμάκου). Έτσι, για την υλοποίηση των νέων πολιτικών διαμορφώθηκαν με υπουργικές αποφάσεις θετικές και αρνητικές λίστες φαρμάκων, όπου ο ασφαλισμένος αναγκάζεται είτε να χρησιμοποιεί γενόσημα φάρμακα, ενδεχομένως χαμηλής ποιότητας και διαδικασιών ελέγχου, είτε να βρίσκεται στην ανάγκη να πληρώνει ο ίδιος τη φαρμακευτική του αγωγή, όταν το συνταγογραφούμενο φάρμακο βρίσκεται εκτός της θετικής λίστας ή εντός της αρνητικής λίστας φαρμάκων (ΙΟΒΕ, 2011, Λίτου Μ., 2011 και Μόσχου Ι.,2011).

Τέλος, φαίνεται ότι η οικονομική κρίση και η συρρίκνωση των διαθέσιμων παροχών από μέρους των ασφαλιστικών ταμείων, έχει οδηγήσει τους πολίτες προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, κυρίως νοσοκομεία, αυξάνοντας την προσέλευση των πολιτών σ' αυτά μέχρι και 40%, μεταξύ των ετών 2009 και 2012 (Βασιλόπουλος Α., 2013).

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, ένα ιδιαίτερο ζήτημα που θα διερευνηθεί στο επόμενο κεφάλαιο, είναι αυτό της σχέσης των ανασφάλιστων και οικονομικά αδύναμων πολιτών (Ελλήνων και αλλοδαπών) και του υγειονομικού συστήματος, όπως λειτουργεί σήμερα, στα οριοθετημένα μνημονιακά πλαίσια του περιορισμού και του εξορθολογισμού των υγειονομικών δαπανών. Θα επιχειρηθεί δηλαδή η διερεύνηση των δυνατοτήτων πρόσβασης (προϋποθέσεις, κριτήρια, διαδικασίες πρόσβασης) της ιδιαίτερης αυτής κατηγορίας πολιτών, στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας.

Κεφάλαιο 3. Η υγειονομική φροντίδα των ανασφάλιστων την περίοδο της κρίσης

Στόχος του κεφαλαίου είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων, κυρίως οικονομικών, από την αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών, πάνω στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδος. Το κεφάλαιο αυτό αποτελεί προϋπόθεση για την υλοποίηση της μελέτης περίπτωσης, δηλαδή της διερεύνησης των οικονομικών επιπτώσεων από την αύξηση της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη από μέρους των ανασφάλιστων πολιτών, στο νοσοκομείο “Η Παμμακάριστος”, στην Αθήνα, στη διάρκεια της τρέχουσας οικονομικής κρίσης.

3.1 Γενικά

Σύμφωνα με το ελληνικό Σύνταγμα (άρθρο 21 παρ. 3 και 5), η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό, αποτελεί δικαίωμα όλων των πολιτών του ελληνικού κράτους, δηλαδή κάθε πολίτης της χώρας έχει το νόμιμο δικαίωμα πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα, με τον ιδρυτικό νόμο 1397/83, περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το ζήτημα της υγείας των πολιτών και η δυνατότητα πρόσβασής τους στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα εξειδικεύεται:

- με τον καθορισμό των υποχρεώσεων του κράτους απέναντι στον πολίτη “Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών” (Ν. 1397/83, άρθρο 1, παρ. 1) και
- με τον προσδιορισμό των δικαιωμάτων των πολιτών να απολαμβάνουν ισότιμα (ανεξάρτητα της οικονομικής ή κοινωνικής ή επαγγελματικής τους κατάστασης) τις υπηρεσίες υγείας που θα παρέχονται από το ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας (Ν. 1397/83, άρθρο 1, παρ. 2)

Να επισημανθεί ότι οι παραπάνω βασικές προβλέψεις ισχύουν μέχρι και σήμερα, τουλάχιστον σε επίπεδο νομοθεσίας, αν και από το 1983 έχουν ψηφιστεί αρκετοί νέοι νόμοι που αφορούν ζητήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σε αντιδιαστολή, από το 1983 μέχρι και σήμερα παρατηρούνται ραγδαίες αλλαγές στα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά της χώρας, ιδιαίτερα την τελευταία 5ετία (βλέπε κεφ. 1 και 2), με πλέον κυρίαρχα τη δραματική μείωση των εισοδημάτων, τη ραγδαία αύξηση της ανεργίας και την ανεξέλεγκτη εισροή μεταναστών. Ουσιαστικά

υπάρχει σε ισχύ ένα δημόσιο υγειονομικό σύστημα, που εξακολουθεί να αναλαμβάνει την ευθύνη και την υποχρέωση να παρέχει **ισότιμα** υπηρεσίες υγείας και στα τρία επίπεδα (α' βάθμιο, β' βάθμιο, γ' βάθμιο), στο σύνολο των πολιτών της χώρας, που όμως οι πολίτες της χώρας έχουν την τελευταία 5ετία υποστεί ραγδαίες οικονομικές και κοινωνικές διαφοροποιήσεις, με αποτέλεσμα να αδυνατούν να στηρίξουν οικονομικά το σύστημα αυτό.

Ένα από τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα αποτελούν η ομάδα των πολιτών που οικονομικά και κοινωνικά προσδιορίζονται ως **ανασφάλιστοι**. Μια κοινωνική υποομάδα πολιτών με κύρια χαρακτηριστικά, τη ραγδαία αριθμητική τους αύξηση, τα σύνθετα χαρακτηριστικά τους, αλλά και τις οικονομικές επιπτώσεις (κόστος) πάνω στο υγειονομικό σύστημα, ώστε να συνεχιστεί η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας και στην ομάδα των ανασφάλιστων, όπως επιτάσσει ο νομοθέτης (Σύνταγμα και επιμέρους νομοθεσία).

Όπως επισημαίνουν διάφοροι οικονομολόγοι της υγείας (Καϊτανίδη, Δεβέτζογλου, 2014) τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης βρίσκεται αντιμέτωπη με μια **ανθρωπιστική κρίση** άνευ προηγουμένου, καθώς αυξάνεται ραγδαία το ποσοστό των ανέργων και μοιραία και των ανασφάλιστων. Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας, δύο φαίνεται να είναι τα κυρίαρχα ζητήματα-επιπτώσεις της ανθρωπιστικής κρίσης στο τομέα της υγείας :

1. ο περιορισμός των δυνατοτήτων πρόσβασης των πολιτών στο υγειονομικό σύστημα, λόγω αύξησης του κόστους υγειονομικής φροντίδας και αντίστοιχης μείωσης των διαθέσιμων εισοδημάτων και
2. η παντελής αδυναμία μιας μεγάλης μερίδας πολιτών να έχει το δικαίωμα πρόσβασης στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα, αφού ως άνεργοι ή ως κάτοχοι χαμηλών εισοδημάτων έχουν χάσει τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα.

Τα αποτελέσματα επιμέρους ερευνών επιβεβαιώνουν με τον πλέον ισχυρό τρόπο τις επιπτώσεις της βετούς οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, πάνω στο σύνολο του πληθυσμού, αλλά και ειδικότερα στην κοινωνική ομάδα των ανασφάλιστων. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

(Παπαδόπουλος, Καρανίκας, 2014), η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών δεν επιτρέπει σε σημαντική μερίδα του ελληνικού πληθυσμού την πρόσβαση στην Υγεία.

Όπως αναφέρει ο Γ. Κυριόπουλος (2014) σε συνέντευξή του στην εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, από την έρευνα που πραγματοποίησε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ελλήνων πολιτών, φαίνεται να πλήττονται “... πρωτίστως οι χρονίως πάσχοντες, που είναι φτωχοί και ηλικιωμένοι, οι άνεργοι και οι γυναίκες”, αφού όπως σημειώνει “... αυτές οι κοινωνικές ομάδες - πλην της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας - εμφανίζονται να έχουν μεγάλα προβλήματα και κοινωνικά εμπόδια στην πρόσβαση, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη”. Μάλιστα ολοκληρώνοντας την συνέντευξη σημείωσε ότι “η τρέχουσα υγειονομική πραγματικότητα απαιτεί συστηματική αντιμετώπιση”, αφού “... η πρόσβαση των ανασφάλιστων ασθενών στην περίθαλψη δεν μπορεί να βασίζεται σε εθελοντικές δράσεις αλλά σε πολιτικές πρωτοβουλίες μείζονος κλίμακας”.

3.2 Το προφίλ των υγειονομικά ανασφάλιστων πολιτών

Κατά βάση το ποιοι πολίτες εντάσσονται στην κατηγορία των ανασφάλιστων, προβλέπεται από την νομοθεσία, που βεβαίως επηρεάζεται από την καθημερινή πραγματικότητα της ελληνικής κοινωνίας. Ιστορικά από την μεταπολίτευση και μετά, το ζήτημα των ανασφάλιστων απασχόλησε σοβαρά τις ελληνικές κυβερνήσεις, κυρίως μετά το έτος 1989, τότε που πρωτοεμφανίστηκαν τα ζητήματα της λαθροεισόδου πολιτών από τα γειτονικά κράτη, εξαιτίας της κατάρρευσης των ολοκληρωτικών καθεστώτων που κυβερνούσαν τις χώρες αυτές. Τα τελευταία χρόνια (6ετία), το ζήτημα των ανασφάλιστων πολιτών φαίνεται να αποκτά νέα δυναμική, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, της ραγδαίας αύξησης της ανεργίας, αλλά και της οικονομικής αδυναμίας των πολιτών να ανταποκριθούν στις ασφαλιστικές τους υποχρεώσεις.

Από τη διερεύνηση της νομοθεσίας (βλέπε πίνακα 1) κυρίως μετά το 1974, προκύπτει ότι η ελληνική πολιτεία συστηματικά ασχολείται με τα ζητήματα της

Πίν. 1 Νομοθεσία περί των ανασφάλιστων και της υγειονομικής περίθαλψής τω (1973 - σήμερα)			
Έτος	Κατηγορία νομοθεσίας	ΦΕΚ	Περί ...
1973	Νομ. Διάταγμα 57/1973, άρθρο 6,1	ΦΕΚ 149/Α/19-7-1973	Περίληψης μέτρων κοινωνικής προστασίας των οικονομικώς αδυνάτων ...
1974	Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ6/8645/1974		Περί εφαρμογής προγράμματος νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών
1975	Νόμος 139/25.8.1975	ΦΕΚ αρ. φ.176/25-8-1975, τ. Α΄	Περί κυρώσεως της εν Νέα Υόρκη την 28 Σεπτεμβρίου 1954 υπογραφείσης Διεθνούς Συμβάσεως και του συνοδευόντος ταύτην παραρτήματος περί του καθεστώτος των ανιθαγενών
1992	Νόμος 2082/1992, άρθρο 44	ΦΕΚ άρ. φ. 158/21-9-1992, τ. Α΄	Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη οικονομικώς αδυνάτων
1996	Νόμος 2434/1996, άρθρο 10		Παροχές ασθένειας σε είδος στους ηλικιωμένους μακροχρονίως ανέργους
1998	Νόμος 2639/1998, άρθρο 18		Ρύθμιση εργασιακών σχέσεων, σύσταση σώματος επιθεώρησης εργασίας και άλλες διατάξεις Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανέργους
1999	Νόμος 2768/1999, άρθρο 5, παρ. 4	ΦΕΚ 273/8-12-1999 τ. Α΄	Έκταση εφαρμογής – οικονομικά αποτελέσματα – ειδικά θέματα» «Ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων, σύσταση νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου με την επωνυμία “Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)”, σύσταση ανώνυμης εταιρίας με την επωνυμία “Ανώνυμη Εταιρία Διαχείρισης Ειδικού Κεφαλαίου Τ.Α.Π.-Ο.Τ.Ε. (ΕΔΕΚΤ-Ο.Τ.Ε. Α.Ε.)” και άλλες διατάξεις
2003	Προεδρικό Διάταγμα, άρθρο 233	ΦΕΚ άρ. φ. 204/28-8-2003, τ. Α΄	Προστασία και αρωγή στα θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323Α΄, 349, 351 και 351Α΄ του Ποινικού Κώδικα, κατά το άρθρ. 12 του Ν. 3064/2002» (ΦΕΚ Α΄ 248),
1999	Προεδρικό Διάταγμα, άρθρο 266	ΦΕΚ άρ. φ. 217/20-1-.1999, τ. Α΄	Διοικητική υπαγωγή και λειτουργία του υφιστάμενου στο Λαύριο Αττικής Κέντρου Προσφύγων και κοινωνική προστασία των αναγνωρισμένων προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των παραμενόντων για ανθρωπιστικούς λόγους
2006	Κοινή Υπουργική Απόφαση 139491	ΦΕΚ Αρ. φ. 1747/30-11-2006, τ. Β΄	«Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών»
2008	Προεδρικό Διάταγμα 96	ΦΕΚ Αρ. Φύλλου 152 / 30-7-2008 Τεύχος Α΄	Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2004/83/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004 για τη θέσπιση ελάχιστων απαιτήσεων για την αναγνώριση και το καθεστώς των υπηκόων τρίτων χωρών ή των απατρίδων ως προσφύγων ή ως προσώπων που χρήζουν διεθνούς προστασίας για άλλους λόγους (L 304/30.9.2004)
2011	Εγκύκλιος ΥΥΚΑ	Υ4α/οικ 93443/11 / 18-8-2011	Διευκρινίσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας σε Αλλοδαπούς και Ανασφάλιστους
2012	Εγκύκλιος ΥΥΚΑ	Υ4α/οικ 45610 / 2-5-2012	Διευκρινίσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας σε Αλλοδαπούς και Ανασφάλιστους
2013	Κοινή Υπουργική Απόφαση ΔΟΛΚΕΠ/Φ15/40/οικ. 20849 / 24-7-2013	ΦΕΚ Αρ. Φύλλου 1891 / 1-8-2013 Τεύχος Β΄	Καθορισμός της διοικητικής διαδικασίας εγγραφής των δικαιούχων στο Πρόγραμμα Ισότητα στην Πρόσβαση Υπηρεσιών Υγείας – Παροχή Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την πρόληψη της υγείας πολιτών χωρίς ασφαλιστική ικανότητα, η οποία δύναται να διεκπεραιώνεται μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (ΚΕΠ)
2014	Τροποποίηση της 131491/2006 Υπουργικής απόφασης	ΦΕΚ Αρ. Φύλλου 1465/5-6-2014 Τεύχος Β΄	Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών

νομοθετικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών των ανασφάλιστων πολιτών. Στα χρησιμοποιούμενα νομοθετικά εργαλεία περιλαμβάνονται Νόμοι, Υπουργικές Αποφάσεις, Προεδρικά Διατάγματα και Εγκύκλιοι. Από τη μελέτη του περιεχομένου

των σχετικών νομοθετημάτων του πίνακα 1, φαίνεται ότι ο νομοθέτης επιχειρεί να επέμβει σχεδόν πάντοτε κατασταλτικά, και αφού προηγουμένα η ίδια η κοινωνία έχει βιώσει τις επιπτώσεις των ανασφάλιστων πολιτών.

Επιπλέον, το ζήτημα της σχέσης ανασφάλιστων πολιτών και υγειονομικής φροντίδας, μέχρι και τα μέσα της 10ετίας του 2000 αντιμετωπιζόταν σαν ένα καθαρά κοινωνικό ζήτημα που συνήθως δεν συνδεόταν με πιθανές οικονομικές επιπτώσεις για την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων. Αντίθετα μετά το έτος 2006 και ιδιαίτερα με την έναρξη της περιόδου της “οικονομικής κρίσης”, το ζήτημα της υγειονομικής κάλυψης των ανασφάλιστων συνδέεται υποχρεωτικά με τα ζητήματα του “έλεγχου, του περιορισμού και εξορθολογισμού των δαπανών...” (βλέπε π.χ. Εγκύκλιο ΥΥΚΑ με αρ. πρωτ. Υ4α/οικ 93443/18-8-2011 ή Υ4α/οικ. 45610/02-05-2012).

Μέσα από τη νομοθεσία φαίνεται ότι δύο είναι οι βασικές κατηγορίες πολιτών που εντάσσονται στην ομάδα των ανασφάλιστων πολιτών **οι ανιθαγενείς** και **οι οικονομικά αδύνατοι πολίτες**. Ενδιαφέρουσα είναι η διαχρονική εξέλιξη της ορολογίας των παραπάνω δύο όρων, που ουσιαστικά αποτυπώνει και την αντίστοιχη ποιοτική διαφοροποίηση των ανασφάλιστων στην ελληνική κοινωνία, αλλά και την προσπάθεια της πολιτείας να καλύψει κατασταλτικά τα περιστασιακά κοινωνικά ελλείμματα, που προέρχονταν είτε από απρόβλεπτες εξωτερικές εξελίξεις ή εσωτερικές οικονομικές αναταράξεις. Έτσι, **οι ανιθαγενείς πολίτες** (1975) περιγράφονται ως **αναγνωρισμένοι πρόσφυγες** (1999), ως **θύματα εγκλημάτων** (2003), ως **απάτριδες** (2008) και ως **αλλοδαποί** το 2011. Αντίστοιχα η ομάδα των **οικονομικά αδύνατων πολιτών** (1973), ορίζεται ως **ανασφάλιστοι-οικονομικά αδύνατοι πολίτες** το 1974, ως **μακροχρόνιοι άνεργοι** το 1996, ως **άνεργοι** το 1999, και ως **ανασφάλιστοι** το 2012.

Τέλος από την ανάλυση της νομοθεσίας φαίνεται ότι όσο πιο πρόσφατη η νομοθεσία για τους ανασφάλιστους, τόσο πιο λεπτομερής φαίνεται να είναι η νομοθετική περιγραφή της αντιμετώπισης του ζητήματος της υγειονομικής κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών. Η λεπτομέρεια περιλαμβάνει εκτός των κατηγοριών των πολιτών που εντάσσονται στους ανασφάλιστους, τα οικονομικά ή πολιτικά χαρακτηριστικά (προφίλ) των πολιτών που εντάσσονται στους ανασφάλιστους και

τέλος τις διαδικασίες μέσα από τις οποίες θα καλύπτονται υγειονομικά (έκδοση βιβλιαρίου ή κάρτας, ο τρόπος έκδοσης και άλλες λεπτομέρειες).

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, προκύπτει ότι τέσσερεις είναι οι βασικές ομάδες πολιτών, που το τρέχον σύστημα κοινωνικής προστασίας εντάσσει στην κατηγορία των ανασφάλιστων πολιτών και επιχειρεί να καλύψει τις υγειονομικές τους ανάγκες:

- I. μακροχρόνιοι άνεργοι ή άνεργοι ιδιοκτήτες μετά των κλείσιμο των επιχειρήσεών τους
- II. ιδιοκτήτες επιχειρήσεων που αδυνατούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους απέναντι στα ασφαλιστικά τους ταμεία (π.χ. ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ, Ταμείο Μηχανικών-ΤΣΜΕΔΕ κλπ), καθώς και οι εργαζόμενοι σε καθεστώς “μαύρης εργασίας”, που δεν έχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη
- III. οι κάθε μορφής μετανάστες και
- IV. πολίτες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη, είτε διότι εργάζονται είτε διότι είναι συνταξιούχοι, ωστόσο ο μισθός ή η σύνταξή τους είναι τόσο χαμηλή, που αδυνατούν να δώσουν τη συμμετοχή τους στην αγορά φαρμάκων είτε στη συνταγογράφηση, είτε στην είσοδό τους στο νοσοκομείο, είτε στην κάλυψη δαπανών εκτός νοσηλίου (αν και η κατηγορία αυτή μόλις πρόσφατα άρχισε να συνυπολογίζεται στην κατηγορία των πολιτών που έχουν ανάγκη στήριξης).

Αριθμητικά, μέχρι και σήμερα φαίνεται ότι η πολιτεία αδυνατεί να υπολογίσει επακριβώς τον αριθμό των επιμέρους κατηγοριών ανασφάλιστων πολιτών στη χώρα μας. Δύο φαίνεται να είναι οι βασικότερες αιτίες, είτε διότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι μηχανισμοί αναφοράς και καταγραφής (π.χ. παράνομη είσοδος μεταναστών ή καταγραφή της μαύρης εργασίας), είτε λόγω της δυναμικής εμφάνισης κάποιων κατηγοριών ανασφάλιστων (π.χ. άνεργων ή μακροχρόνια άνεργων ή πολιτών με αδυναμία καταβολής των ασφαλιστικών τους εισφορών). Πάντως επιμέρους μελέτες ή δημοσιεύσεις που έρχονται κατά καιρούς στη δημοσιότητα, δίνουν μια εικόνα του μεγέθους του προβλήματος των ανασφάλιστων

πολιτών στην Ελλάδα, όπως αυτή διαμορφώνεται τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης.

Σύμφωνα με τις επίσημες παραδοχές του προέδρου του ΕΟΠΥΥ, οι ανασφάλιστοι στην Ελλάδα φαίνεται να ξεπερνούν τα τρία εκατομμύρια πολιτών. Στο 12^ο ετήσιο συνέδριο του «Ελληνοαμερικανικού Εμπορικού Επιμελητηρίου», ο πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ, Δ. Κοντός, παραδέχτηκε ότι **3,068 εκατομμύρια ασφαλισμένοι** του οργανισμού έχουν χάσει την ασφαλιστική τους ικανότητα, ενώ άλλοι **3,3 εκατ. ασφαλισμένοι**, μεταξύ των οποίων έμποροι που έχουν κλείσει τα μαγαζιά τους, οικοδόμοι αλλά και άλλες κατηγορίες εργαζομένων, δεν έχουν κανένα ασφαλιστικό δικαίωμα (στον αριθμό αυτό περιλαμβάνονται και τα μέλη των οικογενειών των ανασφάλιστων) (Healthworld, 2013).

Σε σχέση με την αδήλωτη εργασία, στη βάση των ανακοινώσεων του Ειδικού Γραμματέα Μ. Κανδαράκη (ΣΕΠΕ, 2013) εμφανίζεται ραγδαία αύξηση της αδήλωτης εργασίας, αφού από 25% το 2010 και 30% το 2011, η αδήλωτη εργασία έφθασε στα 38,2% το 2012 και 38,4% το πρώτο εξάμηνο του 2013.

Τέλος, φαίνεται ότι την τελευταία διετία υπάρχει ραγδαία ποιοτική αλλαγή στα χαρακτηριστικά των ανασφάλιστων πολιτών που ζητούν υγειονομική φροντίδα, αφού σύμφωνα με μετρήσεις (Βήχας, 2014) η αντίληψη ότι η ομάδα “μετανάστες”, αποτελούν την κύρια πηγή-τροφοδότη της κατηγορίας “ανασφάλιστοι πολίτες”, φαίνεται να αντιστρέφεται και την πρώτη θέση να καταλαμβάνουν άνεργοι Έλληνες πολίτες, αφού σύμφωνα με την έρευνα στο Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού, το 70% αυτών που ζητούν υγειονομική βοήθεια είναι Έλληνες (άνεργοι ή με αδήλωτη εργασία ή με αδυναμία πληρωμής των ασφαλιστικών τους εισφορών και μόλις το 30% είναι μετανάστες. Για το ίδιο ζήτημα βουλευτής του Ελληνικού Κοινοβουλίου (Καπερνάρος, 2012) σε σχετική ερώτησή του σημειώνει ότι σύμφωνα με τους ελέγχους του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας, κατά το πρώτο επτάμηνο του 2012, το 57,2% των ανασφάλιστων πολιτών είναι Έλληνες και το 42,8% αλλοδαποί.

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα που σχετίζεται με την ύπαρξη των “ανασφάλιστων” πολιτών είναι και αυτό του κόστους κάλυψης της υγειονομικής φροντίδας των “ανασφάλιστων”. Από την έρευνα που ακολουθεί (βλέπε κεφ. 3.3)

φαίνεται ότι το όποιο κόστος της υγειονομικής κάλυψης των “ανασφάλιστων” πολιτών επιβαρύνει κυρίως το δημόσιο υγειονομικό σύστημα (κυρίως τις νοσοκομειακές μονάδες) αλλά και τους επιμέρους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς (π.χ. ΙΚΑ).

3.3 Κόστος και καταμερισμός κόστους της υγειονομικής φροντίδας των “ανασφάλιστων”

Διερευνώντας βιβλιογραφικά το ζήτημα του κόστους της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης των ανασφάλιστων, προκύπτει το γενικό συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα επακριβή οικονομικά στοιχεία για το “ετήσιο” συνολικό κόστος της περίθαλψης των ανασφάλιστων στη χώρα, για μια σειρά ετών. Αντίθετα, υπάρχουν διαθέσιμα αποσπασματικά και εξατομικευμένα οικονομικά δεδομένα που αφορούν όμως συγκεκριμένες μονάδες υγείας, κυρίως νοσοκομείων για κάποια χρόνια. Επιπλέον η βιβλιογραφική πληροφόρηση για το ζήτημα επικεντρώνεται αποκλειστικά σε άρθρα ή ανακοινώσεις σε Συνέδρια ή σε επερωτήσεις στο Ελληνικό Κοινοβούλιο. Η έλλειψη πληροφόρησης από επίσημες οικονομικές βάσεις δεδομένων (π.χ. ΥΓΚΑ, ΙΚΑ, ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ κλπ.), με χρονολογική σειρά, δεν δίνουν τη δυνατότητα στην επιστημονική κοινότητα να αξιολογήσει επακριβώς το ζήτημα του κόστους της υγειονομικής κάλυψης των ανασφάλιστων, ως αποτέλεσμα της υπέρ πενταετούς οικονομικής κρίσης που περνά η ελληνική κοινωνία. Έτσι, με τα διαθέσιμα στοιχεία κόστους, μόνο αποσπασματικές ή γενικευμένες παρατηρήσεις θα μπορούσαν να εξαχθούν. Φαίνεται ότι μια ασφαλής προσέγγιση του ζητήματος αν και αποσπασματική, είναι η αξιολόγηση του κόστους νοσηλείας των ανασφάλιστων ανά υγειονομικό φορέα (π.χ. νοσοκομείο ή ασφαλιστικό φορέα), προσέγγιση που θα επιχειρηθεί στη παρούσα εργασία, στη συνέχεια.

Ένα άλλο εξίσου σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει από τη βιβλιογραφική διερεύνηση του ζητήματος, είναι η πραγματικότητα ότι το πρόβλημα του κόστους της υγειονομικής φροντίδας των ανασφάλιστων κυρίως επικεντρώνεται στο κόστος της νοσοκομειακής υγειονομικής φροντίδας, ενώ ελάχιστη είναι η πληροφόρηση για το ζήτημα π.χ. του κόστους των φαρμάκων για

ανασφάλιστους ή του κόστους της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή των δαπανών για εργαστηριακές εξετάσεις. Πιθανή εξήγηση στη παραπάνω πραγματικότητα θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι το δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα στην Ελλάδα

- φαίνεται να απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης για υγειονομική φροντίδα από μέρους των ασθενέστερων οικονομικά τάξεων, που πλέον αδυνατούν να απευθυνθούν στο ιδιωτικό υγειονομικό σύστημα
- διαθέτει το πλέον ολοκληρωμένο σύστημα πληροφόρησης, μέσω του οποίου θα μπορούσαν να εξαχθούν συμπεράσματα για το ζήτημα του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης των ανασφάλιστων.

Τέλος, από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ποικίλουν τα αίτια/αφορμές διερεύνησης του ζητήματος του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης των ανασφάλιστων, στην Ελλάδα διαχρονικά. Έτσι, στα τέλη της δεκαετίας του '90 το ζήτημα του κόστους συνδεόταν κυρίως με το αν και κατά πόσο οι εμφανιζόμενοι στο υγειονομικό σύστημα ως “ανασφάλιστοι”, ήταν πράγματι ανασφάλιστοι ή “λαθρεπιβάτες” του υγειονομικού συστήματος, που εκμεταλλεύονταν τις νομοθετικές ασάφειες του δημόσιου υγειονομικού συστήματος ή την έλλειψη συστηματικού ελέγχου από μέρους των αρμόδιων οργάνων για τη νομιμότητα των πράξεων.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση δημοσιεύματος στην εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ (Πετροπούλου Μ., 2000), επικαλούμενο τις αναφορές του τότε Υπουργού Υγείας Παπαδόπουλου Α., της ΠΟΕΔΗΝ, αλλά και Διοικητών νοσοκομείων, σημειώνει ότι φαίνεται να είναι ανεξέλεγκτη η χρήση του δημόσιου υγειονομικού συστήματος από “ανασφάλιστους” πολίτες κυρίως από μετανάστες που παράνομα βρίσκονται στην Ελλάδα, ή “τουρίστες”, κυρίως από την Αλβανία, που εισέρχονται στη χώρα ως τουρίστες και στη συνέχεια εισάγονται στα νοσοκομεία με τη βοήθεια κυκλωμάτων, με τη διαδικασία του κατεπίγοντος, για την πραγματοποίηση δαπανηρών υγειονομικών πράξεων, που δεν θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν στις χώρες τους. Μάλιστα ο Υπουργός Υγείας ανέφερε ότι στο σύνολο της χώρας το ετήσιο κόστος τέτοιων περιστατικών φθάνει στα 30 μέχρι 50 δις. δραχμές.

Στο ίδιο δημοσίευμα και σύμφωνα με ανακοίνωση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ), για το έτος 1999, η περίθαλψη ανασφάλιστων Αλβανών και Βορειοηπειρωτών κόστισε στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών περίπου 700 εκατ. δρχ., στο νοσοκομείο “Σωτηρία”, τα νοσήλια των αλλοδαπών ανήλθαν το 1999 σε 500 εκατ., ενώ στο “Αγία Σοφία”, το μεγαλύτερο νοσοκομείο παιδών της χώρας, το κόστος για την περίθαλψη αλλοδαπών, απόρων και ανασφάλιστων ανήλθε το έτος 1998 στο ποσό των 785 εκατ. δραχμών. Τέλος, στα δύο νοσοκομεία των Ιωαννίνων (“Πανεπιστημιακό” και “Χατζηκώστα”) το κόστος νοσηλείας ανασφάλιστων αλλοδαπών έφθασε για την πενταετία 1995-2000 τα 7 δισ. δρχ.

Αντίθετα, στην τρέχουσα περίοδο, το ζήτημα είναι αυτό καθαυτό το ραγδαία αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής φροντίδας των ανασφάλιστων, με την έννοια από πού το ελληνικό κράτος θα αντλήσει έσοδα για την κάλυψη του κόστους της υγειονομικής φροντίδας των ανασφάλιστων, μέσω των λεγόμενων ισοδύναμων μέτρων, στα πλαίσια των μέτρων λιτότητας που έχουν επιβληθεί στη χώρα.

Σύμφωνα με παλαιότερη δήλωση του πρώην Υπουργού Υγείας Αν. Λοβέρδου τα νοσήλια των ανασφάλιστων πολιτών, λαθρομεταναστών κλπ. στοιχίζουν στο κράτος 2,7δισ € κάθε χρόνο, ενώ αν συνυπολογιστούν και οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων το κόστος φθάνει στα 5-6,5δισ (Καπερνάρος Β., 2012). Για το έτος 2014 (α' εξάμηνο), μόνο το κόστος νοσηλείας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία για τους ανασφάλιστους έφθασε τα 72,3 εκ. ευρώ, πρόβλεψη για σημαντική αύξηση στο 2^ο εξάμηνο του 2014 (Καϊτανίδη Μ., Δεβέτζογλου Γ., 2014).

Ενδεικτικό είναι το μέγεθος του προβλήματος, όταν αξιολογούνται μεμονωμένες νοσοκομειακές μονάδες, όπως το νοσοκομείο “Ευαγγελισμός”(βλέπε πίν. 2). Σε αριθμητικό επίπεδο παρατηρείται μια μέση αύξηση των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων, μεταξύ των ετών 2009 και 2011 κατά 24%, που όμως στο σύνολό της οφείλεται στη ραγδαία αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων με ελληνική υπηκοότητα (37%) (μηδενική η αύξηση εισαγωγών ανασφάλιστων αλλοδαπών).

Παράλληλα φαίνεται ότι οι ανασφάλιστοι Έλληνες υπήκοοι (68,7%) αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού ανασφάλιστων σε σχέση με τους αλλοδαπούς ανασφάλιστους (31,3%) που ζήτησαν νοσηλεία στο νοσοκομείο “Ευαγγελισμός”.

Πίν. 2. Κίνηση και κόστος νοσηλείας ανασφάλιστων πολιτών στο νοσοκομείο “Ευαγγελισμός”					
		2009	2010	2011	Σύνολο
Ανασφάλιστοι με ελληνική υπηκοότητα	Αριθμός Ανασφάλιστων	1.017	1.355	1.393 (37%↑)	3.765 (68,7%)
	Κόστος	715.840€	953.854	924.324 (29%↑)	2.594.018 (67,5%)
Ανασφάλιστοι αλλοδαποί	Αριθμός Ανασφάλιστων	538	640	538 (0% ↑)	1.716 (31,3%)
	Κόστος	407.120	454.812	384.461 (5,6%↓)	1.246.393 (32,5%)
Σύνολο ανασφάλιστων	Αριθμός Ανασφάλιστων	1.555	1995	1931 (24,1% ↑)	5.481
	Κόστος	1.122.960	1.408.666	1.308.785	3.840.411
Πηγή : Καπερνάρος Β., 2012					

Εκτός από την παρατηρούμενη ραγδαία αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων, που ζητούν νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία, να επισημανθεί και η εμφάνιση του φαινομένου της “δραπέτευσης” ανασφάλιστων πολιτών από τα νοσοκομεία είτε δίνοντας λανθασμένα προσωπικά στοιχεία είτε φεύγοντας λαθραία από το νοσοκομείο πριν την ταυτοποίησή τους και την έκδοση του εξιτηρίου τους. Σύμφωνα με ρεπορτάζ της εφημερίδας ΤΑ ΝΕΑ (Καϊτανίδη Μ., Δεβέτζογλου Γ., 2014) στον “Ευαγγελισμό”, το 2013 περισσότεροι από 1000 νοσηλευθέντες ανασφάλιστοι πολίτες, “...κυριολεκτικά δραπέτευσαν από το νοσοκομείο προτού λάβουν εξιτήριο. Μάλιστα, κάποιιοι δήλωσαν πλαστά στοιχεία ώστε να μην σταλεί ο απλήρωτος λογαριασμός στην εφορία”.

Εξίσου εντυπωσιακά φαίνεται να είναι και τα δεδομένα κόστους, αφού μεταξύ των ετών 2009 και 2011, παρατηρείται αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου κατά 16,5% (από 1.122.960€ σε 1.308.785€). Το ζήτημα του κόστους νοσηλείας των ανασφάλιστων στα δημόσια νοσοκομεία φαίνεται να σχετίζεται άμεσα, τόσο με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας όσο και με την οικονομική επιβίωση των νοσοκομείων.

Είναι γνωστό ότι από τις αρχές του 2010, τα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να διαθέτουν όχι μόνο ισοσκελισμένο προϋπολογισμό, αλλά επιπλέον σε μηνιαία βάση να διατηρείται ισοζύγιο μεταξύ δαπανών και εσόδων. Η λογιστική αυτή επιταγή θα πρέπει επιπλέον να συνδυαστεί με την σταδιακή μείωση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με αρχή το έτος 2010, στα πλαίσια της υλοποίησης των μνημονιακών υποχρεώσεων. Συγκεκριμένοι κωδικοί (π.χ. φάρμακα, συντήρηση εξοπλισμού, υγειονομικό υλικό) έχουν δεχτεί υπέρογκες μειώσεις. Υπολογίζεται ότι κατά μ.ό. οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μεταξύ των ετών 2009 και 2014 έχουν υποστεί μειώσεις που ξεπερνούν το 45% σε σχέση με το έτος 2009. Επιπλέον της παραπάνω ασφυκτικής οικονομικής πολιτικής λειτουργίας των νοσοκομείων, έρχεται να προστεθεί μια επιπλέον επιβάρυνση/κόστος, της κάλυψης του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης των ανασφάλιστων.

Είναι γεγονός ότι το ζήτημα της κάλυψης του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης των ανασφάλιστων νομοθετικά προβλέπεται είτε με την ίδια συμμετοχή του ανασφάλιστου ασθενή, είτε μέσω της πρόβλεψης για άπορους πολίτες, είτε μέσω έκτακτων οικονομικών επιχορηγήσεων του ΥΓΚΑ, προς τα επιμέρους νοσοκομεία. Με εξαίρεση την περίπτωση των ανασφάλιστων πολιτών που αποδέχονται την οφειλή τους και την τακτοποιούν, η τακτοποίηση των δαπανών νοσηλείας των υπόλοιπων κατηγοριών ανασφάλιστων (όπως ανασφάλιστων που αρνούνται να πληρώσουν, των κατόχων βιβλιαρίου απορίας και άλλων κατηγοριών) εξαρτάται από τις δυνατότητες ρευστότητας του κράτους που επιχορηγεί μέρος ή το σύνολο των δαπανών για νοσηλεία των ανασφάλιστων. Διερευνώντας το ζήτημα των οικονομικών επιχορηγήσεων των νοσοκομείων για την κάλυψη των δαπανών νοσηλείας των ανασφάλιστων, προκύπτει ότι

- οι επιχορηγήσεις δεν δίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε οι διοικήσεις των νοσοκομείων να έχουν τη δυνατότητα σχεδιασμού των προϋπολογισμών τους ή και αναπροσαρμογής τους
- το ύψος των επιχορηγήσεων συνήθως, δεν καλύπτει το κόστος νοσηλείας και λοιπής υγειονομικής φροντίδας των ανασφάλιστων που αδυνατούν ή αρνούνται να καταβάλλουν τις οφειλές τους στα νοσοκομεία.

Συνεπώς στις περισσότερες των περιπτώσεων, οι διοικήσεις των νοσοκομείων καλούνται να καλύψουν τα κόστη /δαπάνες νοσηλείας των ανασφάλιστων με ίδιους πόρους ή αναπροσαρμογή των προϋπολογισμών. Συνήθως η αναμόρφωση των προϋπολογισμών σημαίνει μείωση των δαπανών άλλων κωδικών (μη ανελαστικών), π.χ. υγειονομικού υλικού, εξοπλισμού, ή επενδύσεων με ίδιους πόρους κλπ. Βέβαια, η συρρίκνωση των δαπανών κατά ένα μέρος επηρεάζει την ποιότητα των προς προμήθεια υλικών, αφού είτε μειώνεται η ποσότητα των προς παραγγελία υλικών είτε αναζητούνται προμηθευτές με χαμηλότερες προσφορές, που σε αρκετές περιπτώσεις οδηγούν στη προμήθεια υλικών και εξοπλισμού με χαμηλότερα ποιοτικά χαρακτηριστικά.

Συμπερασματικά, το ζήτημα των οικονομικών επιπτώσεων από τη ραγδαία αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών πάνω στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα της χώρας, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σύνθετο, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των δημόσιων νοσοκομείων, που απορροφούν και το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης για υγειονομική φροντίδα από μέρους των ανασφάλιστων πολιτών.

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, θα επιχειρηθεί να διερευνηθεί η πιθανή οικονομική επιβάρυνση από την αύξηση της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη από μέρους των ανασφάλιστων πολιτών στο νοσοκομείο “Η Παμμακάριστος”, που έχει έδρα την Αθήνα. Κυρίως μέσα από την έρευνα θα αναζητηθεί το μέγεθος αλλά και η τάση της οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου την 5ετία 2009-2013.

Κεφάλαιο 4. Το Νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας “Η Παμμακάριστος”

4.1 Η ταυτότητα του νοσοκομείου

Γενικά Χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τον τρέχοντα οργανισμό του νοσοκομείου (Υπουργική Απόφαση με αρ. Υ4α.39184/10-04-2012, ΦΕΚ τ. 2^ο, αρ. φ. 1255/11-04-2012, άρθρο 1), το νοσοκομείο φέρει τον τίτλο Γενικό Νοσοκομείο “Η Παμμακάριστος”(Γ. Ν. “Η Παμμακάριστος”), είναι διασυνδεδεμένο νοσοκομείο με το Γ.Ν. “ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ” Ν. Ιωνίας και το 7ο Νοσοκομείο ΙΚΑ στην Αθήνα. Εντάσσεται στην κατηγορία των Γενικών Νοσοκομείων, είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), και υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία της 1^{ης}



Φωτο 1. Το κτίριο της Ιεράς Μονής Αδελφών Παμμακαρίστου

Πηγή: Ρούσσου Θ., 2009

Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Διαθέτει 170 κλίνες και σύμφωνα με την κατάταξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) (ESY.net, 2014) περιλαμβάνεται στην κατηγορία των μικρομεσαίων νοσοκομείων (101-250 κλίνες).

Ιστορικά (Ρούσσου Θ., 2009), το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” ξεκινά την παρουσία του το 1935, όταν ο Επίσκοπος των Ελληνορρυθμών Καθολικών Γ. Χαλαβατζής θεμελιώνει και το 1937 εγκαινιάζει κτιριακό συγκρότημα όπου στεγάζονται Καθολικό μοναστήρι, Δημοτικό σχολείο, Γυμνάσιο και τμήμα ξένων

γλωσσών, ρυθμικής και πιάνου. Το 1940 το κτιριακό συγκρότημα προσφέρεται στην Ελληνική Κυβέρνηση (λόγο του Ελληνο-ιταλικού πολέμου) και διαμορφώνεται σε Σταθμό Πρώτων Βοηθειών του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών “Η ΕΛΠΙΣ”. Μετά την κατοχή και τον τερματισμό του εμφύλιου πολέμου, με Βασιλικό Διάταγμα (Β.Δ.) 27-5-1953 (ΦΕΚ Α/162/20-6-1953), αναγνωρίζεται επίσημα ως φιλανθρωπικό ίδρυμα με τίτλο Νοσοκομείο της Θείας Πρόνοιας (Ν.Θ.Π.) “Η Παμμακάριστος”, ενώ αργότερα με άλλο Β.Δ. (541/29-5-1965) ιδρύεται και λειτουργεί στο νοσοκομείο Ανωτέρα Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων (Α.Σ.Α.Ν.- Η Παμμακάριστος) κάτω από τον έλεγχο του Υπουργείου Υγιεινής.

Το έτος 1986 με το Π.Δ. υπ. αριθμ. 32/5-2-1986 (τ. Α/’86) το νοσοκομείο εντάσσεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το 2001 με τον Ν.2889/01 (αρ.13, παρ.10) το νοσοκομείο υπάγεται στο Α΄ ΠΕΣΥ Αττικής και συνδέεται λειτουργικά με την περιφέρεια, ενώ τέλος με τον Ν. 4052/2012 ορίζεται ως “ιδρυματικό νοσοκομείο” και διασυνδέεται λειτουργικά με το “Γ. Ν. Ν. Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο



Φωτο 2. Το νοσοκομείο Παμμακάριστος μετά την επέκταση

Αγ. Όλγα” και διοικείται από Αναπληρωτή Διοικητή. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, εντάσσεται στη κατηγορία των “Φιλανθρωπικών” νοσοκομείων αποτελώντας ουσιαστικά προσφορά της Καθολικής Εκκλησίας της Ελλάδας στο τοπικό υγειονομικό σύστημα της Αττικής.

Κτιριολογικά, το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, έχει επεκταθεί, αφού το 1976 ολοκληρώθηκαν οι εργασίες επέκτασης του υπάρχοντος παλαιού κτιρίου, με την προσθήκη δόροφου κτιριακού συγκροτήματος (βλέπε φωτο 2), που του έδωσε τη δυνατότητα προσθήκης νέων κλινικών τμημάτων αλλά και παροχής ποιοτικότερων κλινικών και ξενοδοχειακών υπηρεσιών στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Σήμερα το νοσοκομείο διαθέτει στεγασμένο χώρο συνολικής έκτασης 10.500 τ.μ., που αντιστοιχεί σύμφωνα με το δείκτη “Μικτού νοσοκομειακού χώρου”, σε 61,76 τ.μ. μικτού νοσοκομειακού χώρου ανά κλίνη. Σύμφωνα με το παραπάνω εύρημα αλλά και την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Δρούμπαλης Φ. 2010), το Ν.Θ.Π. “Η Παμμακάριστος” θα μπορούσε να αξιολογηθεί ως ικανοποιητικό σε επίπεδο διαθέσιμων χώρων, αφού ο δείκτης για αντίστοιχου μεγέθους νοσοκομεία κυμαίνεται σήμερα μεταξύ 55 και 65 τ.μ. ανά κλίνη.

4.2 Βασικά χαρακτηριστικά της δομής και οργάνωσης του νοσοκομείου

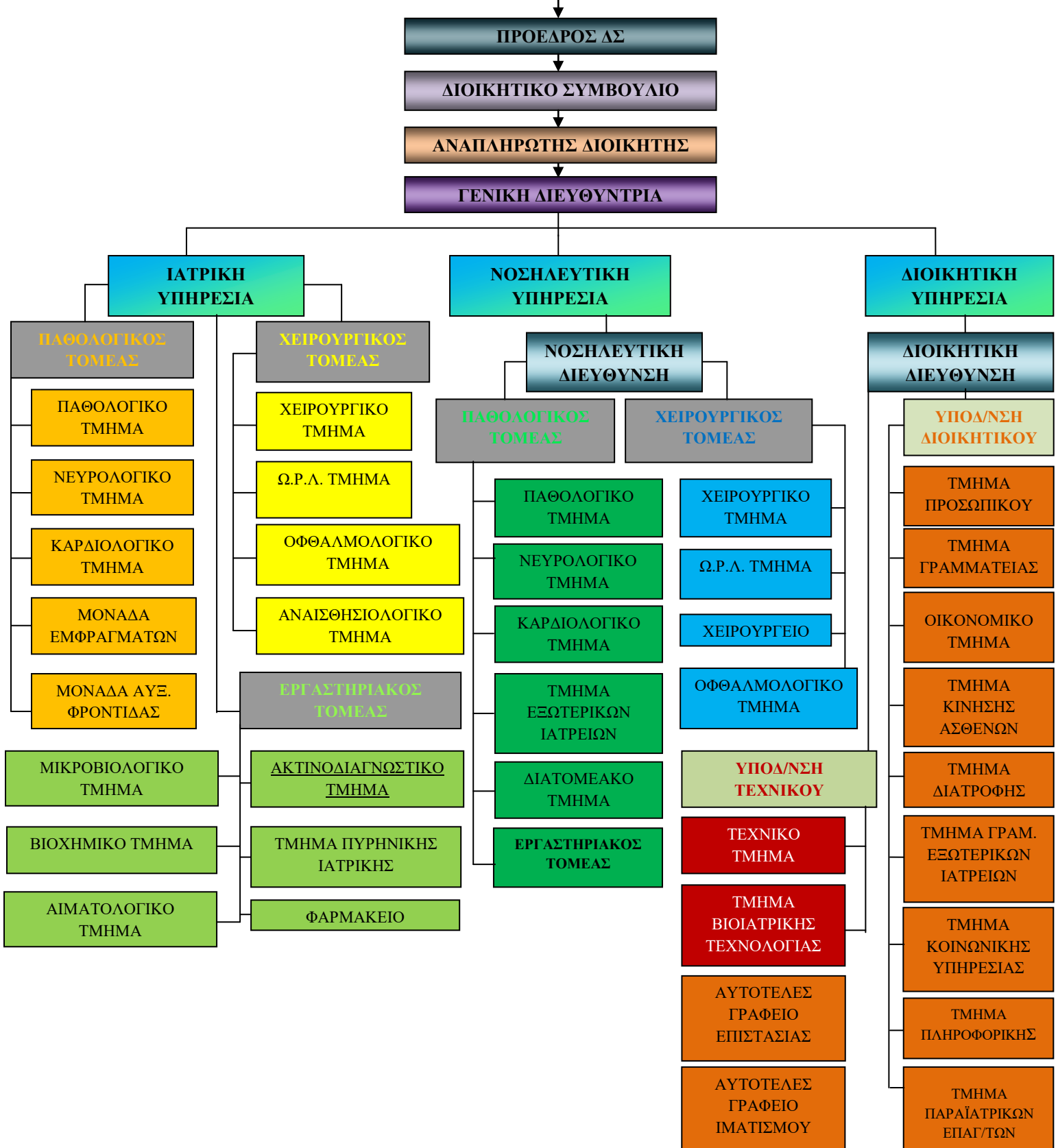
Το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, από άποψης ιδιοκτησιακού καθεστώτος και οργάνωσης ανήκει στην κατηγορία των νοσοκομείων ειδικού καθεστώτος (κληροδοτήματα) και διοικείται σύμφωνα με το **Π.Δ. υπ. αριθμ. 32/5-2-1986** από Διοικητικό Συμβούλιο διοριζόμενο από τον Έξαρχο των Ελληνορρύθμων Καθολικών Ελλάδος, όπου όμως σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2889/2001, ο Διοικητής διορίζεται από το ΥΥΚΑ.

Στα **όργανα Διοίκησης** του νοσοκομείου, στη βάση του ισχύοντος οργανισμού (Υ4α.39184/10-04-2012) περιλαμβάνονται:

- το Διοικητικό Συμβούλιο³

³ Σήμερα, στη βάση του Ν. 4238/17-02-2014, άρθρο 43, υπάρχει σύμβαση (ΦΕΚ 240/30-04-2014) μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου της Καθολικής Εξαρχίας και της Ιεράς Μονής “Παμμακαρίστου Θεοτόκου”, στη βάση της οποίας το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, διοικείται από πενταμελές Δ.Σ. με Διοικητή Κο Καυκά Ηλία ως πρόεδρο, τον Κο Μπακούρο Χρήστο ως Αντιπρόεδρο (που ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας), και μέλη την Κα Γκουλιαδίτη Αλεξάνδρα (οριζόμενη από τον Έξαρχο των Ελλήνων Καθολικών Ελλάδος), έναν (1) αιρετό εκπρόσωπο του ιατρικού προσωπικού και έναν (1) αιρετό εκπρόσωπο του λοιπού προσωπικού. Η θητεία των παραπάνω είναι διετής.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ “ Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ ”



Σχεδ. 1. Το Οργανόγραμμα του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

- ο κοινός Διοικητής του Νοσοκομείου (κοινός με το ΓΝ “Κωνσταντοπούλειο” Νέας Ιωνίας και 7^{ου} Νοσοκομείου ΙΚΑ) και
- ο Αναπληρωτής Διοικητής

Από άποψη δομής των διοικητικών οντοτήτων, το νοσοκομείο στηρίζεται στην “κλασσική ιεραρχική αντίληψη”, όπου η εξουσία μεταφέρεται από τα πάνω προς τα κάτω (Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α., 2012, Δρούμπαλης 2010), όπου η δόμηση των διοικητικών οντοτήτων είναι η συνήθης δόμηση ενός τυπικού ελληνικού Γενικού Νοσοκομείου (βλέπε σχεδ. 1). Σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου, το ΝΘΠ “Παμμακάριστος” διαθέτει συνολικά 51 διοικητικές οντότητες δομημένες και διασυνδεδεμένες όπως φαίνεται και στο σχετικό οργανόγραμμα (σχεδ. 1).

Από άποψη παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” διαθέτει τις κλασσικές πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες ενός τυπικού, μεσαίου μεγέθους ελληνικού Γενικού Νοσοκομείου. Έτσι, σε πρωτοβάθμιο επίπεδο διαθέτει Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ), με δέκα διαφορετικές ειδικότητες, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας. Σε επίπεδο παροχής δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας το νοσοκομείο διαθέτει εννέα (9) κλινικά και διατομεακά τμήματα και σχετικά εργαστήρια.

Σε επίπεδο διαθέσιμου προσωπικού, από την πραγματοποιηθείσα έρευνα φαίνεται ότι το ΝΘΠ “Παμμακάριστος” εμφανίζει χαρακτηριστικά που συνήθως απαντώνται στα ελληνικά νοσοκομεία σήμερα, δηλαδή χαμηλή πληρότητα οργανικών θέσεων και έλλειψη προσωπικού με ποιοτικά προσόντα κυρίως στο Νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα (βλέπε πίνακα 3), σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου οι θεσμοθετημένες οργανικές θέσεις εργασίας είναι 326, και το συνολικό διαθέσιμο προσωπικό του νοσοκομείου ανερχόταν σε 241 εργαζόμενους στο τέλος του έτους 2014.

Πίνακας 3. Κατανομή οργανικών και πληρουμένων θέσεων εργασίας στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, 2014			
Κατηγορία Προσωπικού	Οργανικές θέσεις	Πληρούμενες θέσεις	Πληρότητα
Ιατρικό	48	41	85,4%
Λοιπό Επιστημονικό	52	31	59,6%
Νοσηλευτικό	154	107	69,6%
Διοικητικό/Τεχνικό	72	62	86%
Σύνολο	326	241	73,9%
<i>Πηγή : Τμήμα Προσωπικού του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”</i>			

Η μέση πληρότητα των οργανικών θέσεων φθάνει το 73,9%, ποσοστό ιδιαίτερα ικανοποιητικό, συγκρινόμενο με την πληρότητα άλλων νοσοκομείων ίδιου μεγέθους. Λεπτομερέστερη ανάλυση/σύγκριση (βλέπε πίνακα 3) δείχνει ότι η έλλειψη προσωπικού χαρακτηρίζει και τις τρεις υπηρεσίες του νοσοκομείου (ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική), με μεγαλύτερες ελλείψεις στο Λοιπό Επιστημονικό και Παραϊατρικό προσωπικό (με πληρότητα 59,6%) και το Νοσηλευτικό προσωπικό με πληρότητα 69,6%.

4.3 Βασικά χαρακτηριστικά της κίνησης του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Δρούμπαλης 2010, Γούλα 2007), η θέση του νοσοκομείου και η περιοχή ευθύνης του, αποτελούν από τις βασικότερες παραμέτρους διαμόρφωσης του πελατειακού κοινού του κάθε νοσοκομείου και κατ’ επέκταση της κίνησής του⁴. Στη περίπτωση του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, η θέση του νοσοκομείου (οδός Ιακωβάτων 43 Κάτω Πατήσια, Αθήνα), καθώς και τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης του νοσοκομείου, σίγουρα διαμορφώνουν κατά μέρος την νοσηλευτική κίνηση του νοσοκομείου.

Η περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου είναι μια έντονα πυκνοκατοικημένη περιοχή, με ιδιαίτερα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά, όπως τη ραγδαία αύξηση του

⁴ Άλλες παράμετροι που επηρεάζουν την κίνηση μιας νοσοκομειακής μονάδας είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες, ο υγειονομικός χάρτης της περιοχής, η φήμη του νοσοκομείου κ.ά.

αριθμού αλλοδαπών κατοίκων και υψηλά ποσοστά ανεργίας. Παράλληλα σε ακτίνα τουλάχιστον 5 χλμ. δεν υπάρχει διαθέσιμη οποιασδήποτε μορφής άλλη νοσοκομειακή μονάδα. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, φαίνεται να διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό και την πελατειακή κίνηση του νοσοκομείου, που θα επιχειρηθεί να αναλυθεί στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τα επίσημα στοιχεία κίνησης του νοσοκομείου (Τμήμα Κίνησης Ασθενών) για το έτος 2013 και πραγματοποιώντας συγκριτική ανάλυση με αντίστοιχα δεδομένα και δείκτες παρόμοιου μεγέθους νοσοκομείων (μικρομεσαίων), του ίδιου έτους που διαθέτει το ΥΥΚΑ (ESY.net – Εισαγωγή Στοιχείων Μονάδων Υγείας, 2013, www.moh.gov.gr).

Χρησιμοποιώντας τους δείκτες Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ), Πληρότητα κλινών, Ρυθμός Εισροής Ασθενών και Αδράνεια Κλίνης θα επιχειρηθεί σχετική κριτική αξιολόγηση για το βαθμό χρησιμοποίησης των υπηρεσιών που διαθέτει το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία ίδιου μεγέθους σε περιφερειακό και πανελλήνιο επίπεδο.

Έτσι, σύμφωνα και με τον πίνακα 4, η **ΜΔΝ** στο νοσοκομείο, για το έτος 2013 είναι 5,46 ημέρες νοσηλείας ανά εισαγωγή, που **φαίνεται να είναι ιδιαίτερα**

Πίνακας 4. Συγκριτικός πίνακας Δεικτών Χρησιμοποίησης του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, της 1^{ης} Υπε και του συνόλου της χώρας, νοσοκομείων μικρομεσαίου μεγέθους, για το έτος 2013				
Δείκτες Χρησιμοποίησης	ΜΔΝ (ημέρες νοσηλείας)	Πληρότητα κλινών (%)	Ρυθμού Εισροής Ασθενών ανά κλίνη (%)	Αδράνεια Κλίνης (σε ημέρες)
ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”	5,46	54,56%	55,56%	4,36 ημέρες
1^η Υπε	3,87	77,89%	73,55%	1,1 ημέρες
Σύνολο χώρας	3,86	72,82%	68,82%	1,44 ημέρες
Πηγή : Τμήμα Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” και ESY.net –Εισαγωγή Στοιχείων Μονάδων Υγείας, 2013, www.moh.gov.gr				

επιβαρυσμένη σε σχέση με τον αντίστοιχο δείκτη για την 1^η Υπε (που ανήκει το νοσοκομείο) 3,87 ημέρες και στο σύνολο της χώρας που είναι 3,86 ημέρες ανά εισαγωγή.

Σε αντίθετη κατεύθυνση φαίνεται να είναι ο δείκτης “**Πληρότητα κλινών**”, όπου για το νοσοκομείο ο δείκτης (54,56%) **υπολείπεται ιδιαίτερα** από τον

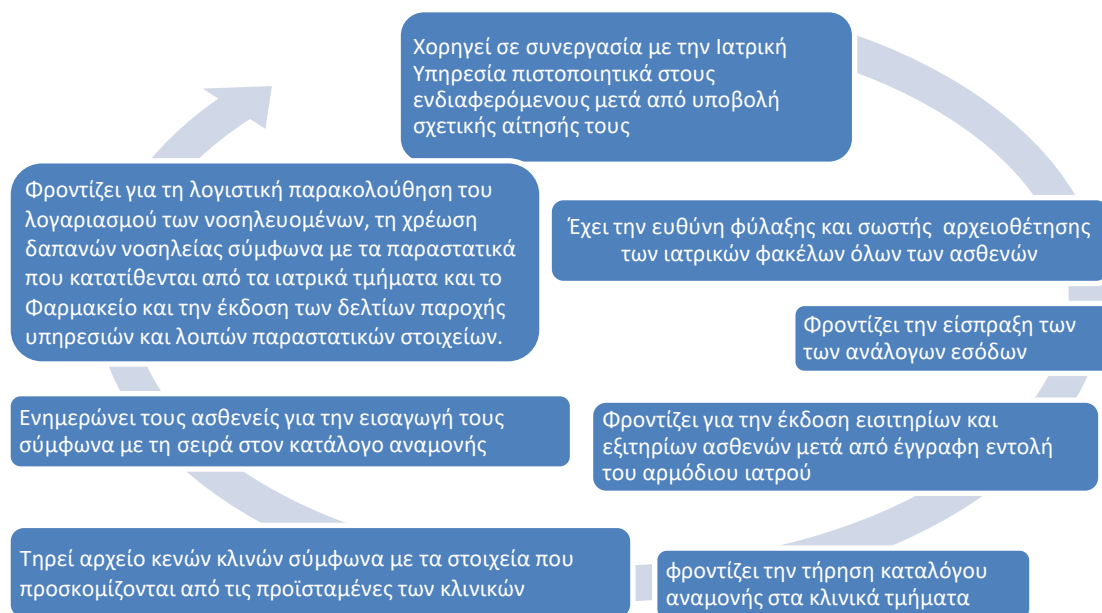
αντίστοιχο δείκτη της 1^{ης} Υπε (77,89%) και του συνόλου της χώρας (72,82%). Διερευνώντας αναλυτικότερα την πληρότητα του νοσοκομείου σε επίπεδο κλινικών (βλέπε Παράρτημα), παρατηρείται ότι με εξαίρεση την Παθολογική κλινική (102%) και την Χειρουργική κλινική (74%), στο σύνολό τους οι υπόλοιπες κλινικές μονάδες έχουν ιδιαίτερα χαμηλό δείκτη πληρότητας που κυμαίνεται μεταξύ του 57% (ΜΑΦ) και 17% στο Οφθαλμολογικό Τμήμα. Σε επίπεδο **“Ρυθμού Εισροής Ασθενών ανά κλίνη”**, ο δείκτης για το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” (55,6%) υπολείπεται ιδιαίτερα του αντίστοιχου μέσου δείκτη των νοσοκομείων της 1^{ης} Υπε (73,55%) και του συνόλου της χώρας (68,82%). Τέλος αξιολογώντας τον δείκτη **“Αδράνεια Κλίνης”** και πάλι ο δείκτης του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” υπολείπεται ιδιαίτερα των αντίστοιχων δεικτών της 1^{ης} Υπε και της χώρας, αφού ο μέσος χρόνος μεταξύ εκκένωσης και πλήρωσης μιας κλίνης στο νοσοκομείο είναι 4,36 ημέρες, στην 1^η Υπε 1,1 ημέρες και στη χώρα 1,44 ημέρες.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου είναι περιορισμένη (χαμηλός δείκτης πληρότητας, ρυθμού εισροής ασθενών και αδράνειας κλίνης) και ταυτόχρονα όσοι χρησιμοποιούν τις κλινικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, φαίνεται να τις χρησιμοποιούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (ΜΔΝ 5,46 ημέρες) σε σχέση με τη ΜΔΝ των υπόλοιπων συγκρινόμενων νοσοκομείων (1^η Υ.ΠΕ και το σύνολο της χώρας).

4.4 Το Τμήμα Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” και η αντιμετώπιση των ανασφάλιστων

Από άποψης **οργανωτικής δομής**, και σύμφωνα με τον ισχύοντα οργανισμό του νοσοκομείου ((Υπουργική Απόφαση με αρ. Υ4α.39184/10-04-2012, ΦΕΚ τ. 2^ο, αρ. φ. 1255/11-04-2012, άρθρο 8, παρ. 1, 2, 3) το Τμήμα Κίνησης Ασθενών αποτελεί διοικητική οντότητα, που ανήκει στην Υποδιεύθυνση Διοικητικού της Διοικητικής Υπηρεσίας (βλέπε σχεδ. 1) και περιλαμβάνει το γραφείο κίνησης ασθενών, το λογιστήριο ασθενών (γραφείο νοσηλίων) και το αρχείο.

Οι αρμοδιότητες του τμήματος Κίνησης Ασθενών καθορίζονται στον ίδιο Οργανισμό (άρθρο 11, παρ. 4) (βλέπε σχεδ. 2) που είναι κοινές στο σύνολο των ελληνικών νοσοκομείων.



Σχεδ. 2. Απεικόνιση των αρμοδιοτήτων του Τμήματος Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

Όπως σημειώνεται (Δρούμπαλης 2010, Γούλα 2007), οι αρμοδιότητες του Τμήματος Κίνησης Ασθενών καθιστούν το τμήμα αυτό τον σύνδεσμο/ενδιάμεσο μεταξύ των ιατρονοσηλευτικών και των διοικητικών υπηρεσιών και του ασθενή/πελάτη ενός νοσοκομείου, αφού σ’ αυτό:

- πραγματοποιείται η κοστολόγηση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών και γίνονται απαιτητές οι δαπάνες στους νοσηλευθέντες ή τα ασφαλιστικά τους ταμεία
- γίνεται η παρακολούθηση των απαιτήσεων του νοσοκομείου
- παρακολουθείται η καθημερινή κίνηση πληρότητας και διαθέσιμων κλινών του νοσοκομείου και τέλος
- γίνεται η διαχείριση των ιατρικών φακέλων των ασθενών (εισιτήριο, εξιτήριο, ιατρικές γνωματεύσεις, κοστολόγηση, αρχειοθέτηση και παροχή πιστοποιητικών εγγράφων).

Από τις σημαντικότερες αρμοδιότητες του τμήματος Κίνησης Ασθενών φαίνεται να είναι η κοστολόγηση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών και η παρακολούθηση είσπραξής τους. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι πλέον για το ΥΓΚΑ η χρονική καθυστέρηση βεβαίωσης και είσπραξης των εσόδων ενός νοσοκομείου, αποτελεί βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας λειτουργίας των νοσοκομείων και κριτήριο αποδοτικότητας των διοικήσεων των νοσοκομείων.

Συνεπώς, ένα αποτελεσματικά οργανωμένο τμήμα Κίνησης Ασθενών (κατάλληλη θέση του τμήματος στο νοσοκομειακό χώρο, κατάλληλο και εξειδικευμένο προσωπικό, χρήση σύγχρονων συστημάτων διαχείρισης/λογισμικό, λειτουργική διασύνδεση του τμήματος με το σύνολο των άλλων νοσοκομειακών τμημάτων διοικητικών, ιατρικών, εργαστηρίων), διασφαλίζει την αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση του νοσοκομείου, που βεβαίως φαίνεται να είναι και το ζητούμενο για κάθε διοίκηση νοσοκομείου.

Στη περίπτωση του τμήματος Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, στα βασικά χαρακτηριστικά της ταυτότητάς του περιλαμβάνονται τα παρακάτω:

Διαθέσιμος χώρος. Ο συνολικά διαθέσιμος χώρος στον οποίο στεγάζεται το τμήμα Κίνησης Ασθενών φθάνει τα 70 τ.μ. στεγασμένου χώρου ή 210 μ³ (κυβ. μέτρα), όπου στεγάζεται το Γραφείο Κίνησης και το Λογιστήριο Ασθενών. Στεγάζεται μαζί με τις άλλες διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου και αυτό δημιουργεί δυσκολίες στην ποιοτική εξυπηρέτηση των ασθενών, αφού είναι υποχρεωμένοι να αναζητήσουν το Τμήμα σε άλλο κτιριακό συγκρότημα, μακριά από τους χώρους νοσηλείας. Αντίθετα για τους εργαζομένους στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών η θέση του τμήματος διευκολύνει, αφού έχουν άμεση επαφή με συναφείς διοικητικές υπηρεσίες, όπως το Πρωτόκολλο, το Λογιστήριο, το Κεντρικό Ταμείο.

⁵ Έχοντας υπόψη (Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας) τους βέλτιστους δείκτες που προβλέπουν όγκο χώρου ανά εργαζόμενο με καθιστική εργασία τα 12μ³, τότε ο αντίστοιχος δείκτης για το Γραφείο Κίνησης Ασθενών της Παμμακαρίστου (52,5 μ³) μπορεί να θεωρηθεί, σε πρώτη ανάγνωση, ως ιδιαίτερα ικανοποιητικός και να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα. Ο δείκτης είναι τόσο υψηλός, σε σχέση με τα πρότυπα εξαιτίας του μικρού αριθμού εργαζομένων (4) που διαθέτει το Τμήμα.

Το αρχείο στεγάζεται σε ξεχωριστό χώρο κοντά στη κεντρική είσοδο του νοσοκομείου σε ισόγειο οίκημα 65 τ.μ.

Στελέχωση του Τμήματος. Συνολικά στο τμήμα Κίνησης Ασθενών υπηρετούν πέντε (5) εργαζόμενοι (δύο στο Γραφείο Κίνησης, δύο στο Λογιστήριο Ασθενών και ένας στο Αρχείο), που περιστασιακά ενισχύονται με φοιτητές των ΤΕΙ που πραγματοποιούν την πρακτική τους εξάσκηση. Το διαθέσιμο προσωπικό είναι ελάχιστο, αν ληφθεί υπόψη ότι για μεγάλο χρονικό διάστημα (σε ετήσια βάση) ένας εργαζόμενος απουσιάζει λόγω της κανονικής του άδειας ή αναρρωτικής άδειας κ.ά. Επίσης ιδιαίτερης σημασίας φαίνεται να είναι τα ποιοτικά δεδομένα του διαθέσιμου προσωπικού. Οι τέσσερις εργαζόμενοι είναι κατηγορίας ΔΕ. Από αυτούς οι δύο εργαζόμενοι έχουν αποκτήσει την ειδικότητα ΔΕ διοικητικού υπαλλήλου ύστερα από μετάταξη, ο υπάλληλος του Αρχείου έχει ειδικότητα ΔΕ ψυκτικού (ανήκει διοικητικά στην τεχνική υπηρεσία), ενώ ένας εργαζόμενος είναι ΤΕ διοίκησης μονάδων υγείας, με σύμβαση εργασίας ενός έτους μέσω της 1^{ης} ΥΠΕ.

Εξοπλισμός-διασύνδεση. Το τμήμα Κίνησης Ασθενών για την διεκπεραίωση των δραστηριοτήτων του χρησιμοποιεί το πληροφοριακό υποσύστημα “Τμήμα Κίνησης Ασθενών”, που είναι μέρος του πληροφοριακού συστήματος του νοσοκομείου και διασυνδέεται με τα υποσυστήματα του ΤΕΙ, Φαρμακείου, Αποθήκης Υλικού, ενώ δεν διασυνδέεται με το κεντρικό Λογιστήριο, το οποίο διαθέτει ανεξάρτητο πληροφοριακό σύστημα. Το αρχείο δεν υποστηρίζεται με πληροφοριακό σύστημα.

Αντικείμενο εργασιών. Το Γραφείο Κίνησης Ασθενών ασχολείται με την έκδοση εισιτηρίων-εξιτηρίων, την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγών, τη χορήγηση βεβαιώσεων- πιστοποιητικών που αφορά νοσηλευθέντες ασθενείς, λίστα κενών κλινών ανά κλινική και καθημερινή ενημέρωση της διοίκησης για την κίνηση των ασθενών.

Επιπλέον το Γραφείο Κίνησης έχει καθημερινή συνεργασία με τα ιατρικά τμήματα και τις αντίστοιχες κλινικές, ώστε να ενημερώνετε για την κίνηση των ασθενών και τις προγραμματισμένες εισαγωγές, με το ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), με τη Γραμματεία-Πρωτόκολλο όπου εκεί γίνονται αιτήσεις για χορήγηση βεβαιώσεων και πιστοποιητικών καθώς και αποστολή μέσω fax

ενημερωτικών στοιχείων προς το ΕΚΑΒ (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) και το ΕΚΕΠΥ (Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας).

Το **Λογιστήριο Ασθενών** (γραφείο νοσηλίων) ασχολείται με την λογιστική παρακολούθηση και διεκπεραίωση των νοσηλευομένων ασθενών, των εξετάσεων των εξωτερικών ασθενών σε όλα τα εργαστήρια του νοσοκομείου καθώς και την διακίνηση και διενέργεια των εξετάσεων που δεν εκτελούνται στο νοσοκομείο. Το Λογιστήριο Ασθενών συνεργάζεται με το Γραφείο Κίνησης για την έκδοση λογαριασμών νοσηλίων ή διαφοράς θέσης δωματίου. Συνεργάζεται καθημερινά επίσης με τα ιατρικά τμήματα και τις αντίστοιχες κλινικές, για τη διενέργεια εξετάσεων σε νοσηλευόμενους ασθενείς που δεν εκτελούνται στο νοσοκομείο καθώς και με το τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων για τις εξετάσεις εξωτερικών ασθενών.

Το **Αρχείο** φυλάσσει και διακινεί τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών, καθώς και έγγραφα, έντυπα και φακέλους άλλων τμημάτων του νοσοκομείου.

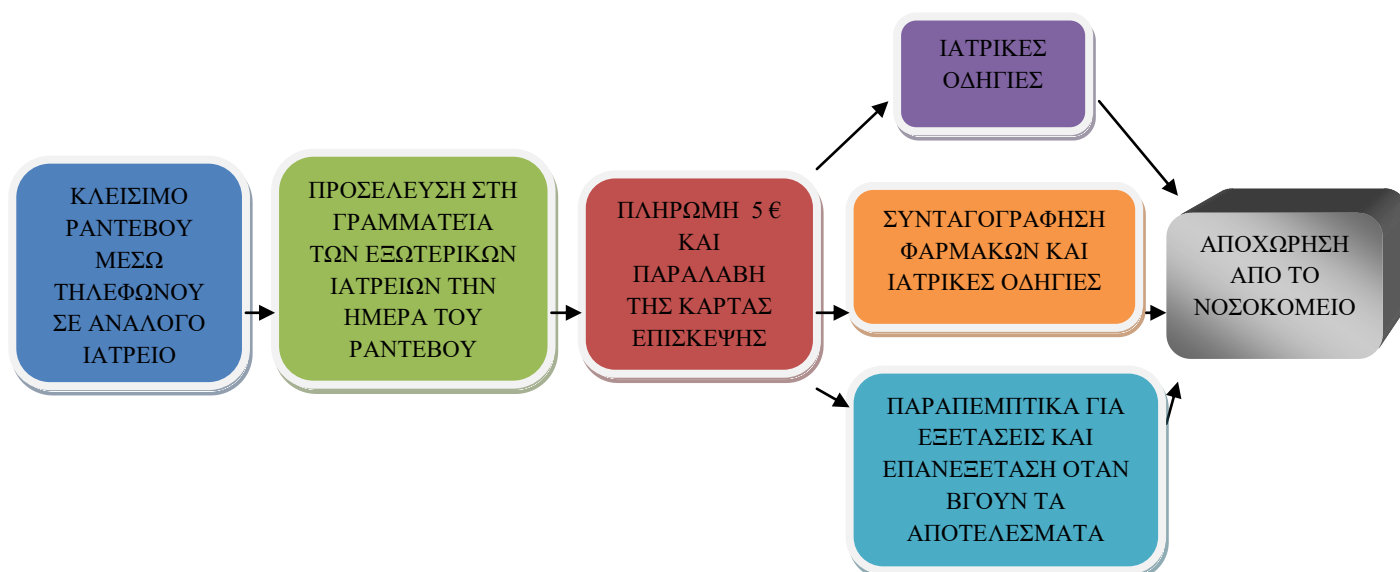
Από τις βασικότερες λειτουργίες του Τμήματος Κίνησης Ασθενών και ειδικότερα του Λογιστηρίου Ασθενών είναι και η εκκαθάριση οφειλόμενων/βεβαιωθέντων νοσηλίων άπορων ασθενών, που αδυνατούν να καταβάλλουν τα οφειλόμενα νοσήλιά τους. Ζήτημα που αποτελεί τον πυρήνα της εργασίας, αφού διερευνώνται οι οικονομικές επιπτώσεις πάνω στο νοσοκομείο, από την αδυναμία των ανασφάλιστων να καλύψουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις στο ΝΟΠ “Η Παμμακάριστος”. Η διαχείριση των ανασφάλιστων εκτός της οικονομικής διάστασης, περιλαμβάνει τη διάσταση της γραφειοκρατικής αντιμετώπισης των ανασφάλιστων, ζήτημα που το κύριο βάρος της διαχείρισής του αναλαμβάνει το Τμήμα Κίνησης Ασθενών.

4.5 Η γραφειοκρατική αντιμετώπιση των ανασφάλιστων

Κάθε ασθενής που προσέρχεται στο νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών υγείας χωρίς ασφαλιστικό βιβλιário θεωρείτε ανασφάλιστος. Αυτό συμβαίνει γιατί ακόμη και με την επίδειξη της κάρτας του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) του ασθενή ή αν ο ασθενής γνωρίζει τον αριθμό μητρώου του

ασφαλιστικού φορέα του, ο υπάλληλος υποδοχής του νοσοκομείου (διοικητικός υπάλληλος), με αυτά τα στοιχεία δεν μπορεί να γνωρίζει τα χρονικά όρια ισχύος του βιβλιαρίου του, μιας και τα όρια ανανεώνονται ανά έτος από τον ασφαλιστικό φορέα (εξαιρούνται των συνταξιούχων που η ισχύ τους είναι εφ' όρου ζωής). Με το ασφαλιστικό βιβλιάριο ο υπάλληλος του νοσοκομείου πιστοποιεί τον ασφαλιστικό φορέα του εκάστοτε ασθενή, καθώς και τα χρονικά όρια ισχύος του βιβλιαρίου του. Έτσι λοιπόν κάθε ασθενής χωρίς βιβλιάριο αντιμετωπίζεται ως ανασφάλιστος και ακολουθείτε η παρακάτω διαδικασία σε τρεις βασικές περιπτώσεις παροχής υγειονομικών υπηρεσιών από το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”:

1. Επίσκεψη σε ιατρό στα εξωτερικά ιατρεία, με προγραμματισμένο ραντεβού. Ο υπάλληλος στη γραμματεία των Εξωτερικών Ιατρείων δεν θα χρειαστεί το βιβλιάριο ασθενείας των ασθενών, μιας και η επίσκεψη σε ιατρό για προγραμματισμένο ραντεβού, για ανασφάλιστους αλλά σχεδόν και για όλους τους ασφαλισμένους των



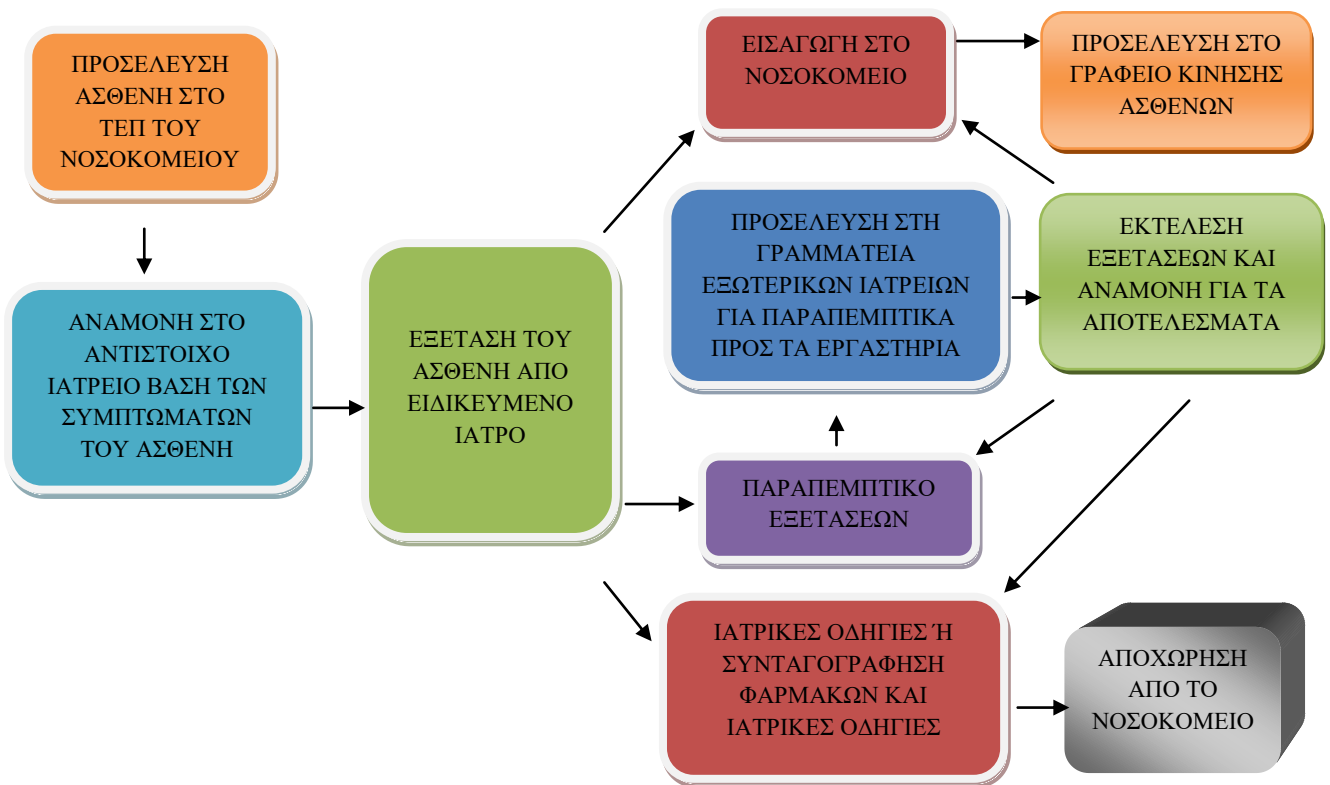
Σχεδ. 3. Βήματα για επίσκεψη ασθενή σε ειδικευμένο ιατρό στο ΤΕΙ δημοσίου νοσοκομείου

ταμείων χρεώνεται με πέντε (5) ευρώ (καταργήθηκε την 1^η Απριλίου 2015 με το **ΦΕΚ Β 490/01.04.2015**). Απαιτείται οπωσδήποτε βιβλιάριο ασθενείας, για ασθενείς με βιβλιάριο κοινωνικής πρόνοιας, ασθενείς με Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης και πολιτικούς πρόσφυγες με κάρτα (ροζ κάρτα), γιατί αυτές οι κατηγορίες εξαιρούνται της καταβολής του ποσού των πέντε (5) ευρώ για επίσκεψη. Χωρίς λοιπόν την

επίδειξη των απαραίτητων βιβλιαρίων ή εγγράφων θα πρέπει να καταβάλουν το ποσό της επίσκεψης. Διαφορετικά αν ο ασθενής ισχυριστεί ότι ανήκει σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες, αλλά δεν έχει μαζί του τα απαραίτητα δικαιολογητικά, θα πρέπει να υπογράψει υπεύθυνη δήλωση αποδοχής χρέους, δίνοντας πλήρη ατομικά στοιχεία καθώς ΑΦΜ και ΔΟΥ, όπου σε αυτή θα αναγράφεται η υποχρέωσή του να προσκομίσει τα απαραίτητα δικαιολογητικά σε διάστημα δέκα (10) ημερών, διαφορετικά θα καταβάλει το κόστος των εξετάσεων.

2. Εξέταση στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Ο κάθε ασθενής εξετάζεται δωρεάν ανεξάρτητα αν είναι ασφαλισμένος ή αν είναι ανασφάλιστος. Ο ιατρός που θα τον εξετάσει θα γράψει στο βιβλίο των προσελεύσεων τα στοιχεία του ασθενή και το ασφαλιστικό του ταμείο αν έχει, χωρίς την απαραίτητη επίδειξη του βιβλιαρίου του. Αν ο ασθενής χρειαστεί να υποβληθεί σε εργαστηριακές εξετάσεις, θα πρέπει να προσκομίσει το παραπεμπτικό των εξετάσεων του ιατρού στο ταμείο. Εκεί ο διοικητικός υπάλληλος θα ζητήσει το ασφαλιστικό βιβλιάριο του ασθενή από τον ίδιο ή το συνοδό του. Με την επίδειξη του βιβλιαρίου και αν αυτό είναι σε χρονική ισχύ, ο ταμίας θα εκδώσει τα παραπεμπτικά των εξετάσεων στα αντίστοιχα εργαστήρια που αυτές εκτελούνται και ο ασθενής θα μπορεί να κάνει τις εξετάσεις δωρεάν, εκτός λιγοστών εξετάσεων (π.χ. Τροπονίνη), που τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν και θα πρέπει να πληρώσει ο ασφαλισμένος το κόστος αυτών των εξετάσεων. Αν ο ασθενής είναι ανασφάλιστος θα πρέπει να καταβάλει το κόστος των εξετάσεων. Σε περίπτωση που δεν έχει χρήματα μαζί του για την καταβολή του κόστους, θα υπογράψει υπεύθυνη δήλωση αποδοχής χρέους, αυτός ή ο συνοδός του, δίνοντας πλήρη ατομικά στοιχεία καθώς ΑΦΜ και ΔΟΥ, όπου σ' αυτή θα αναγράφεται η υποχρέωσή του ότι μέσα σε διάστημα δέκα (10) ημερών θα καταβάλει το κόστος των εξετάσεων.

Αν ο ασθενής ή ο συνοδός του δηλώσει ότι είναι ασφαλισμένος αλλά δεν έχει μαζί του το βιβλιάριο ασθενείας ή τα απαραίτητα δικαιολογητικά, τότε θα



Σχεδ. 4 . Βήματα για επίσκεψη ασθενών στο ΤΕΠ δημοσίου νοσοκομείου

πρέπει να υπογράψει υπεύθυνη δήλωση αποδοχής χρέους, δίνοντας πλήρη ατομικά στοιχεία καθώς ΑΦΜ και ΔΟΥ, όπου σε αυτή θα αναγράφεται η υποχρέωσή του να προσκομίσει τα απαραίτητα δικαιολογητικά σε διάστημα δέκα (10) ημερών, διαφορετικά θα πρέπει να καταβάλει το κόστος των εξετάσεων.

3. Εισαγωγή για νοσηλεία ανασφάλιστου ασθενή στο νοσοκομείο. Ο υπάλληλος του Γραφείου Κίνησης Ασθενών, θα ζητήσει το βιβλιάριο ασθενείας του ασθενή που πρόκειται να νοσηλευτεί, από τον ίδιο ή το συνοδό του για να περάσει τα στοιχεία του στην καρτέλα που θα ανοίξει. Αν δηλώσει ότι είναι ασφαλισμένος αλλά δεν έχει μαζί του το ασφαλιστικό βιβλιάριο ή τα απαραίτητα δικαιολογητικά, θα πρέπει να υπογράψει υπεύθυνη δήλωση (άρθρου 8 παρ. 4 του **N. 1599/1986**) όπου θα αναφέρει ότι θα προσκομίσει το βιβλιάριο ασθενείας ή τα απαραίτητα δικαιολογητικά, διαφορετικά θα καταβάλει το κόστος νοσηλείας του.

Αν ο ασθενής ή ο συνοδός του δηλώσει ότι είναι ανασφάλιστος, θα πρέπει και πάλι να υπογράψει υπεύθυνη δήλωση (άρθρου 8 παρ. 4 του **N. 1599/1986**) όπου θα αναφέρει ότι θα καταβάλει το κόστος νοσηλείας του.

Σε περίπτωση που ο ανασφάλιστος κατά την έκδοση του εξιτηρίου του, δηλώσει ότι δεν έχει μαζί του χρήματα ή ότι θα προσπαθήσει να εκδώσει κάποιο βιβλιάριο ασθενείας, θα πρέπει να υπογράψει εκ νέου υπεύθυνη δήλωση (άρθρου 8 παρ. 4 του **N. 1599/1986**) όπου θα αναφέρεται ότι θα πρέπει να τακτοποιήσει την εκκρεμότητά του προς το νοσοκομείο, σε χρονικό διάστημα που θα συμφωνηθεί μεταξύ ασθενή και εκπροσώπου του νοσοκομείου (συνήθως του Προϊσταμένου του γραφείου κίνησης ασθενών), διαφορετικά το κόστος θα σταλεί για πληρωμή στην αρμόδια ΔΟΥ.

Και στις τρεις προαναφερθείσες περιπτώσεις ανασφάλιστων που αδυνατούν να υποβάλλουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά, τα οφειλόμενα νοσήλια ή λοιπές δαπάνες, τα οφειλόμενα ποσά συνήθως θεωρούνται ανείσπρακτα και τελικά επιβαρύνουν σε μεγάλο μέρος τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Στη περίπτωση αυτή, τόσο η διαδικασία εκκαθάρισης όσο και η διαδικασία επιβεβαίωσης των ανείσπρακτων οφειλών αναλαμβάνεται ολοκληρωτικά από το Τμήμα Κίνησης Ασθενών. Διαδικασία σύνθετη, αφού εκτός των προβλέψεων του νομοθέτη για την τυπική διαδικασία της διεκπεραίωσης, υπεισέρχεται και το ζήτημα της κοινωνικής / ανθρωπιστικής διαχείρισής του. Ζήτημα που απαιτεί προσωπικό με εξειδικευμένες γνώσεις στο τομέα της “επικοινωνίας”, της ψυχολογίας, αλλά και γλώσσας, αφού ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό των ανασφάλιστων είναι αλλοδαποί από διαφορετικές χώρες προέλευσης.

Συνεπώς, το Τμήμα Κίνησης Ασθενών λόγω των αρμοδιοτήτων του, αλλά και των ευαίσθητων ομάδων πληθυσμού/πελατών του νοσοκομείου, που διαχειρίζεται, θα πρέπει να είναι οργανωμένο και κυρίως στελεχωμένο με ικανό και έμπειρο προσωπικό, που θα μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των αρμοδιοτήτων του Τμήματος.

Συμπερασματικά, από την προηγηθείσα ανάλυση του κεφαλαίου θα μπορούσαν να εξαχθούν κάποιες βασικές διαπιστώσεις σχετικά με τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, αλλά και τις πραγματικές δυνατότητες του Τμήματος Κίνησης Ασθενών να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις προβλεπόμενες αρμοδιότητες που ορίζονται από τον Οργανισμό του νοσοκομείου και κυρίως στο ζήτημα της εκκαθάρισης των ανείσπρακτων νοσηλίων και λοιπών υγειονομικών δαπανών, που προκαλούνται από τους ανασφάλιστους πολίτες, την τρέχουσα περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Έτσι, το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”:

- θεωρείται Φιλανθρωπικό νοσοκομείο, αφού αποτελεί προσφορά της ελληνικής Καθολικής εκκλησίας στο ελληνικό κράτος, ενώ από άποψη μεγέθους εντάσσεται στη κατηγορία των μικρομεσαίων Γενικών Νοσοκομείων
- δραστηριοποιείται σε περιοχή των Αθηνών (Κάτω Πατήσια), με έντονα τα χαρακτηριστικά της πυκνοκατοίκησης, της ραγδαίας αύξησης του αριθμού των λαθρομεταναστών/οικονομικών προσφύγων και της ανεργίας
- διαθέτει την προβλεπόμενη τυπική οργανωτική δομή ενός ελληνικού μικρομεσαίου Γενικού Νοσοκομείου
- χαρακτηρίζεται από ποσοτικές και κυρίως ποιοτικές ελλείψεις σε διαθέσιμο προσωπικό, κυρίως Νοσηλευτικό και Λοιπό Επιστημονικό προσωπικό, που σαφώς θα πρέπει να επηρεάζουν την ποσότητα και ποιότητα των παραγόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών
- σε επίπεδο χρησιμοποίησης των παραγόμενων υπηρεσιών του από μέρους του πληθυσμού, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως νοσοκομείο με εμφανώς χαμηλές αποδόσεις, αφού το εξεταζόμενο νοσοκομείο εμφανίζει δείκτες χρησιμοποίησης, όπως Πληρότητας κλινών (54,56%), Ρυθμού Εισροής Ασθενών ανά κλίνη (55,56%) και Αδράνεια κλίνης (4,36 ημέρες), με ιδιαίτερα χαμηλές τιμές, συγκρινόμενες με αυτές όμοιων νοσοκομείων της 1^{ης} Υπε, ή του μ.ό. στη χώρα. Τέλος,

- διαθέτει Τμήμα Κίνησης Ασθενών με εξίσου χαμηλά ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά, που όμως καλείται να ανταποκριθεί στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις της διοίκησης του νοσοκομείου.

Το ζήτημα που θα εξεταστεί στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο, που αποτελεί και τον πυρήνα της έρευνας της παρούσας εργασίας, είναι αν και σε ποίο βαθμό και εξαιτίας της υπάρχουσας οικονομικής κρίσης, έχει επηρεαστεί/ επιβαρυνθεί η λειτουργία του νοσοκομείου με περιστατικά ανασφάλιστων πολιτών, που αδυνατούν να εκπληρώσουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις απέναντι στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”. Ειδικότερα θα επιχειρηθεί να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα όπως **α.** σε ποίο βαθμό έχουν αυξηθεί τα περιστατικά ανασφάλιστων πολιτών που ζητούν υγειονομική φροντίδα, **β.** ποία είναι η εξέλιξη των ανείσπρακτων οφειλών του νοσοκομείου εξαιτίας των ανασφάλιστων πολιτών και **γ.** σε ποίο βαθμό το Τμήμα Κίνησης Ασθενών (με τις όποιες αδυναμίες το χαρακτηρίζει) μπορεί να ανταπεξέλθει στο ζήτημα των ανείσπρακτων οφειλών;

Κεφάλαιο 5. Διερεύνηση του ζητήματος των ανασφάλιστων στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη λειτουργία του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, εξετάζοντας την παράμετρο των ανασφάλιστων πολιτών που αναζήτησαν υγειονομική φροντίδα στο νοσοκομείο. Η έρευνα χρησιμοποιεί πρωτογενή στοιχεία και εξετάζει την περίοδο 2009-2013

5.1 Υλικό – Μεθοδολογία Έρευνας

Σε συνέχεια της θεωρητικής διερεύνησης του ζητήματος των επιπτώσεων της υπέρ πενταετούς οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, που κυρίως προήλθαν από την εφαρμογή οικονομικών μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης (βλέπε κεφ. 1,2, και 3), στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται να διερευνηθεί ο βαθμός των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη λειτουργία του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”(βλέπε κεφ. 4).

Από τις βασικές παραμέτρους/επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε ένα Γενικό Νοσοκομείο είναι οι ανασφάλιστοι πολίτες που αναζητούν υγειονομική περίθαλψη, ανήμποροι όμως να καλύψουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις στο νοσοκομείο, αφού δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη και ταυτόχρονα την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τις δαπάνες με ιδίους πόρους. Συνήθως, το κόστος νοσηλείας των ανασφάλιστων εντάσσεται στον κωδικό των “Ανείσπρακτων Οφειλών” του νοσοκομείου, που είτε χρηματοδοτείται περιστασιακά από το κράτος (ΥΥΚΑ) είτε επιβαρύνει το ετήσιο έλλειμμα του νοσοκομείου (βλέπε 4^ο κεφάλαιο).

Στη παρούσα μελέτη θα επιχειρηθεί:

- η διερεύνηση των χαρακτηριστικών του προφίλ των ανασφάλιστων που αναζήτησαν υγειονομική φροντίδα στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”,
- η διερεύνηση της δυναμικής της εξέλιξης της ζήτησης για υγειονομική φροντίδα από μέρους των ανασφάλιστων πολιτών στο νοσοκομείο και

- ο υπολογισμός δειγματοληπτικά των διαφυγόντων εσόδων εξαιτίας των ανασφάλιστων πολιτών, για ένα έτος.

Χρονικά η έρευνα περιλαμβάνει την περίοδο 2009 -2013, καλύπτοντας έτσι τον τελευταίο χρόνο προ κρίσης (2009), καθώς και τα έτη 2010-2013 που σηματοδοτούν τον τυπικό χρόνο έναρξης της κρίσης (2010, 1^ο μνημόνιο), αλλά και την πρώτη περίοδο εφαρμογής των μέτρων λιτότητας για την αντιμετώπιση της “κρίσης” (2010-2013). Δεν ήταν δυνατή η λήψη στοιχείων για το έτος 2014, αφού η εργασία/έρευνα πραγματοποιήθηκε ουσιαστικά στο τέλος του 2014 και δεν είχαν οριστικοποιηθεί τα στατιστικά/ οικονομικά δεδομένα του έτους.

Το υλικό της έρευνας σχετικά με την διερεύνηση του προφίλ και της δυναμικής της ζήτησης από μέρους των ανασφάλιστων έχει ληφθεί από το Τμήμα Πληροφορικής του Νοσοκομείου. Τα οικονομικά στοιχεία των ανασφάλιστων νοσηλευόμενων ασθενών έχουν συλλεχθεί χειρόγραφα από το Λογιστήριο Ασθενών του Τμήματος Κίνησης Ασθενών, όπου εργαζόμουν από το Μάιο του 2012 έως τον Απρίλιο του 2014, και αφορούν το έτος 2013. Η έλλειψη ηλεκτρονικής διασύνδεσης του Λογιστηρίου Ασθενών και του κυρίως Τμήματος Κίνησης Ασθενών, έχει ως αποτέλεσμα, ακόμη μέχρι και σήμερα, ο υπολογισμός των διαφυγόντων εσόδων του νοσοκομείου εξαιτίας των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων να πραγματοποιείται χειρόγραφα. Έτσι, στη περίπτωση μας ο υπολογισμός του κόστους πραγματοποιήθηκε κατά φάκελο ανασφάλιστου ασθενή, δηλαδή μια διαδικασία χρονοβόρα και ιδιαίτερα επίπονη. Γίνεται αντιληπτό ότι εξαιτίας της έλλειψης λογισμικής διασύνδεσης καθυστερεί σε απαράδεκτο βαθμό και ο υπολογισμός των διαφυγόντων εσόδων εξαιτίας της αδυναμίας των ανασφάλιστων να καλύψουν το κόστος νοσηλείας των. Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η καθυστέρηση υπολογισμού των διαφυγόντων εσόδων στο νοσοκομείο έχει σαν αποτέλεσμα να καθυστερεί αντίστοιχα και η διεκδίκηση της κάλυψης των διαφυγόντων εσόδων μέσω της κρατικής επιχορήγησης, όταν αυτή κατανέμεται στα νοσοκομεία.

Διαδικαστικά, και στα πλαίσια της διοικητικής δομής και οργάνωσης του νοσοκομείου, αρμόδιο τμήμα για την καταγραφή, διαχείριση αλλά και την οικονομική τακτοποίηση των ανασφάλιστων νοσηλευόμενων ασθενών είναι το

Τμήμα Κίνησης Ασθενών. Το Τμήμα Κίνησης θα κρίνει αν κάποιος ασθενής είναι ανασφάλιστος και δεν έχει δωρεάν κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, βάση των νόμιμων παραστατικών που θα ζητήσει από τον ασθενή να προσκομίσει. Αν κρίνει ότι ο ασθενής δεν δικαιούται δωρεάν παροχές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, θα πράξει τα νόμιμα για την απαίτηση του οικονομικού κόστους νοσηλείας. Επίσης τηρεί οικονομικά στοιχεία (διαφυγόντα έσοδα) για τους νοσηλευόμενους ανασφάλιστους ασθενείς Έλληνες και αλλοδαπούς τα οποία αποστέλλει μηνιαία προς την υγειονομική περιφέρεια που ανήκει (1^η ΥΠΕ το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”).

Για την υλοποίηση της έρευνας, πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μέσω excel και παράλληλα χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και σχεδιαγράμματα για την καλύτερη απεικόνιση των δεδομένων.

5.2 Αποτελέσματα Έρευνας

Γενικά χαρακτηριστικά. Σε πρώτη φάση εξετάζοντας αυτοτελώς το μέγεθος “Εισαγωγές ανασφάλιστων” (βλέπε πίν. 5) παρατηρείται ραγδαία αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων που ζητούν υγειονομική περίθαλψη στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” μεταξύ των ετών 2009 (163 εισαγωγές) και 2013 (276 εισαγωγές), που ποσοστιαία η αύξηση αγγίζει το 70%. Η δυναμική της αύξησης εισαγωγών ανασφάλιστων αποκτά μεγαλύτερη διάσταση αν συγκριθεί με την ελάχιστη

Πίνακας 5. Συγκριτικός πίνακας εισαγωγής ανασφάλιστων ασθενών στο σύνολο των εισαγωγών, (2009-2013) στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”			
	Σύνολο εισαγωγών	Εισαγωγές ανασφάλιστων	% συμμετοχή ανασφάλιστων
Έτος			
2009	6118	163	2,7%
2010	6342	183	2,9%
2011	6507	187	2,9%
2012	6078	171	2,8%
2013	6324	276	4,4%
Σύνολο	31369	980	3,1%

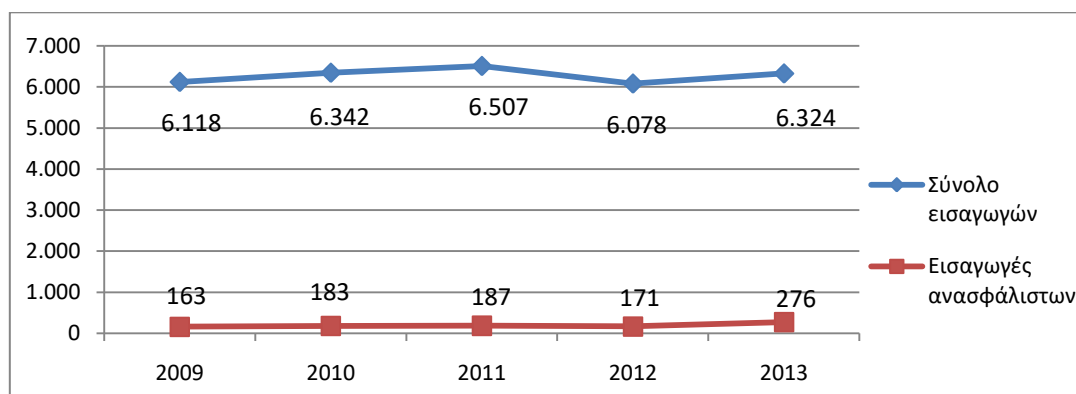
■ Σύνολο εισαγωγών

■ Εισαγωγές ανασφάλιστων

Σχεδ. 5. Ποσοστιαία συμμετοχή εισαγωγών ανασφάλιστων (2009-2013)

Πηγή : Τμήμα πληροφορικής Ν.Θ.Π. “Η Παμμακάριστος”

ποσοστιαία αύξηση (3,4%) του συνόλου των εισαγωγών μεταξύ των ετών 2009 (6118 εισαγωγές) και 2013 (6324).



Σχεδ. 6. Διαχρονική εξέλιξη συνόλου εισαγωγών και εισαγωγών ανασφάλιστων (2009-2013), στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

Διερευνώντας την συμμετοχή των εισαγωγών για νοσηλεία ανασφάλιστων πολιτών στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” στο σύνολο των εισαγωγών στο νοσοκομείο την περίοδο 2009-2013 (βλέπε σχεδ. 5), παρατηρείται ότι η ποσοστιαία συμμετοχή των εισαγωγών ανασφάλιστων φθάνει μόλις 3,1% του συνόλου των εισαγωγών για νοσηλεία.

Αναλύοντας το εύρημα σε ετήσια βάση (βλέπε πίν. 5) προκύπτει ότι διαχρονικά το ποσοστό συμμετοχής των εισαγωγών ανασφάλιστων είναι ιδιαίτερα χαμηλό και σχετικά σταθερό την εξεταζόμενη περίοδο 2009 (2,7% των εισαγωγών) μέχρι και το έτος 2012 (2,8%). Σημαντική αύξηση παρατηρείται μόνο για το έτος 2013, όπου οι εισαγωγές των ανασφάλιστων φθάνουν στο 4,4% του συνόλου των εισαγωγών (αύξηση περίπου 63% σε σχέση με τα προηγούμενα εξεταζόμενα έτη).

Αν και θα πρέπει να διερευνηθούν και τα επόμενα έτη (2014, 2015), μια πρώτη πιθανή ερμηνεία της ποσοστιαίας αύξησης της συμμετοχής των εισαγωγών ανασφάλιστων μεταξύ των πρώτων ετών της κρίσης και του έτους 2013 θα μπορούσε να αιτιολογηθεί υποθέτοντας ότι η διαχρονικά σωρευτική επίδραση της οικονομικής κρίσης πάνω στους πολίτες (κυρίως αύξηση της ανεργίας και έλλειψη ρευστού στον οικογενειακό προϋπολογισμό) αύξησε τους ανασφάλιστους πολίτες που ζητούσαν υγειονομική περίθαλψη από το δημόσιο υγειονομικό σύστημα.

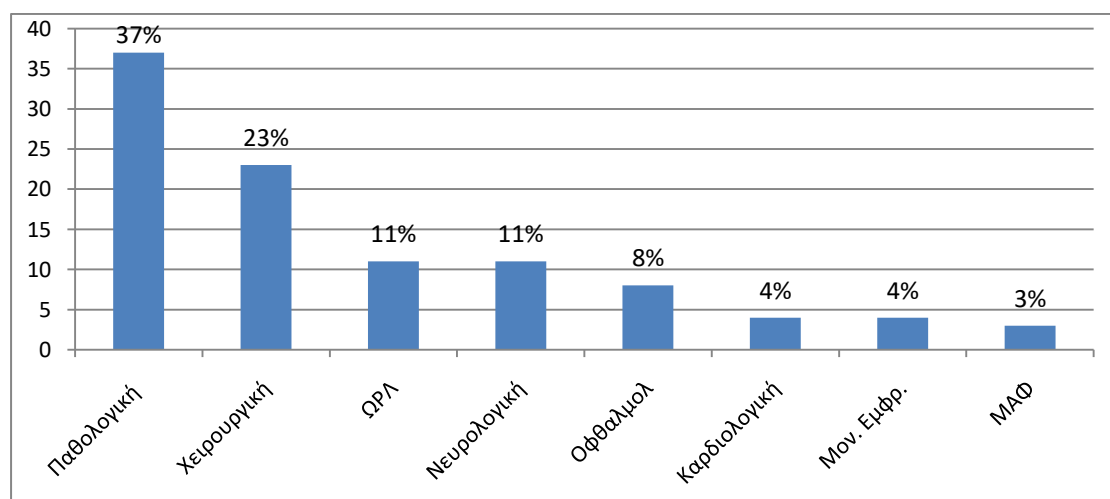
Επιπλέον θα μπορούσε να οφείλεται και στην πιθανή αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Πίνακας 6. Εισαγωγές ανασφάλιστων ασθενών ανά κλινική (2009-2013) στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

Έτος	2009		2010		2011		2012		2013		Σύνολο	
	Κλινική	%	Κλινική	%	Κλινική	%	Κλινική	%	Κλινική	%	Κλινική	%
Παθολογική	48	29%	65	36%	43	23%	74	43%	128	46%	358	37%
Χειρουργική	47	29%	48	26%	50	27%	32	19%	51	18%	228	23%
ΩΡΛ	18	11%	21	11%	35	19%	14	8%	17	6%	105	11%
Οφθαλμολογική	17	10%	12	7%	13	7%	12	7%	21	8%	75	8%
Νευρολογική	15	9%	21	11%	18	10%	18	11%	33	12%	105	11%
Καρδιολογική	7	4%	6	3%	12	6%	10	6%	7	3%	42	4%
ΜΑΦ	6	4%	6	3%	6	3%	4	2%	4	1%	26	3%
Μονάδα Εμφρ.	5	3%	4	2%	10	5%	7	4%	15	5%	41	4%
Σύνολο	163	100%	183	100%	187	100%	171	100%	276	100%	980	100%

Πηγή : Τμήμα πληροφορικής Ν.Θ.Π. “Η Παμμακάριστος”

Εισαγωγές ανασφάλιστων ανά κλινική. Ενδιαφέροντα συμπεράσματα προκύπτουν εξετάζοντας την επιμέρους και κατά κλινική απορρόφηση των εισαγωγών ανασφάλιστων ανά κλινική στην εξεταζόμενη περίοδο 2009-2013. Σε πρώτη γενικότερη εικόνα, σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 6, φαίνεται ότι συνολικά αλλά και κατά έτος, το μεγαλύτερο μέρος των εισαγωγών ανασφάλιστων (60%) απορροφάται από δύο κλινικές του νοσοκομείου την Παθολογική κλινική

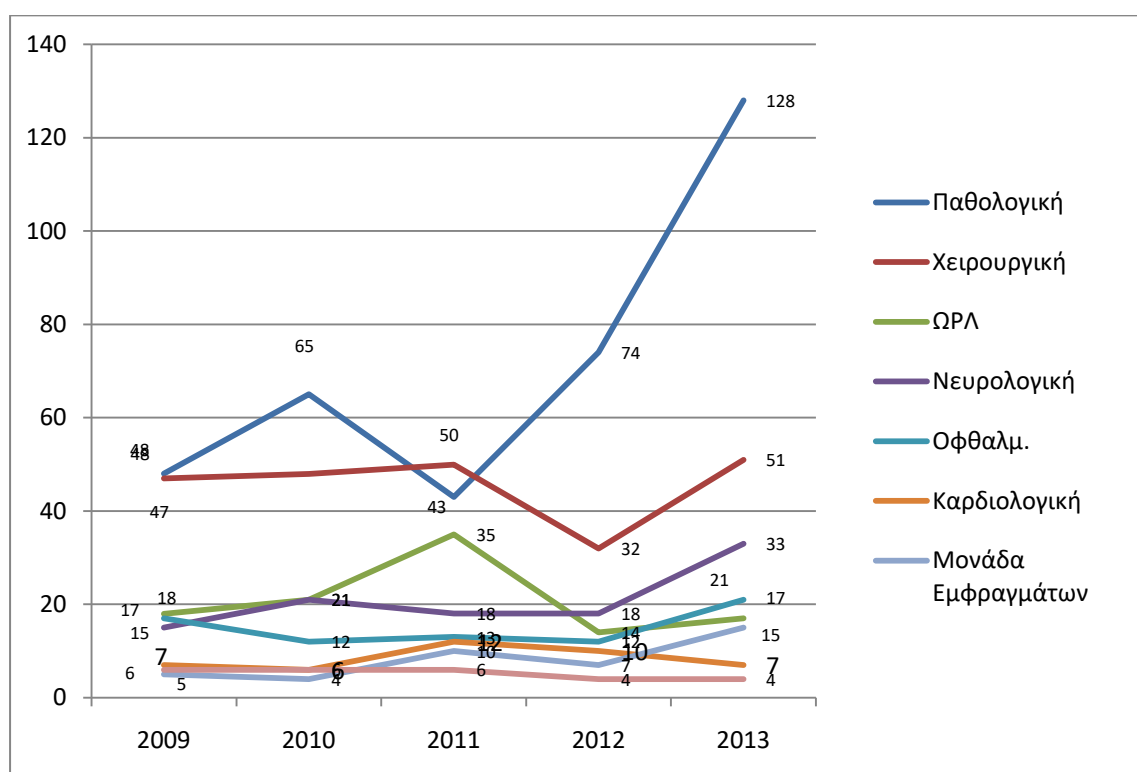


Σχεδ. 7. Ποσοστιαία απορρόφηση εισαγωγών ανασφάλιστων ανά κλινική (2009-2013) στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

(κατά μ.ό. 37%) και την Χειρουργική κλινική (κατά μ.ο. 23%). Ακολουθούν οι υπόλοιπες κλινικές του νοσοκομείου (βλέπε και σχεδ. 7) η ΩΡΛ και η Νευρολογική

κλινική με 11%, η Οφθαλμολογική με 8%, η Καρδιολογική και η Μονάδα Εμφραγμάτων με 4% και τέλος η ΜΑΦ με 3%.

Εξετάζοντας την κίνηση των κλινικών στο χρόνο παρατηρείται ότι η Παθολογική κλινική εμφανίζει μια σταθερά συνεχή αύξηση στην απορρόφηση ανασφάλιστων αφού ο αριθμός των εισαχθέντων ανασφάλιστων μεταξύ των ετών 2009 (48) και 2013 (128) αυξήθηκε κατά 167%. Η ραγδαία αριθμητική αύξηση είχε σαν αποτέλεσμα την ποσοστιαία αύξηση της συμμετοχής της Παθολογικής κλινικής στην απορρόφηση ανασφάλιστων από 29% το 2009 σε 46% το 2013. Βέβαια σ' αυτό



Σχεδ. 8. Διαχρονική εξέλιξη εισαγωγών ανασφάλιστων ανά κλινική στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” (2009-2013)

το αποτέλεσμα συντέινει το γεγονός ότι στην ίδια χρονική περίοδο οι υπόλοιπες κλινικές με εξαίρεση την Μονάδα Εμφραγμάτων και την Νευρολογική κλινική, εμφανίζουν σταθερό αριθμό εισαγωγών ανασφάλιστων (βλέπε σχεδ. 8)

Νοσολογικό προφίλ εισαχθέντων ανασφάλιστων. Αξιολογώντας τα παραπάνω αποτελέσματα σχετικά με την κίνηση/απορρόφηση εισαγωγών ανασφάλιστων φαίνεται ότι η παρατηρούμενη αύξηση των περιστατικών

εισαγωγών ανασφάλιστων κατά 69,3%, που σημειώθηκε μεταξύ των ετών 2009 και 2013 αφορά κυρίως παθολογικά και νευρολογικά περιστατικά, καθώς και περιστατικά καρδιακού εμφράγματος. Αριθμητικά ο μεγαλύτερος αριθμός των περιστατικών της αύξησης αυτής, ήταν παθολογικά, κατόπιν νευρολογικά και τέλος καρδιακών εμφραγμάτων.

Κατά μήνα κίνηση εισαγωγών ανασφάλιστων. Αναζητώντας την κατά μήνα κατανομή των εισαγωγών ανασφάλιστων στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” την εξεταζόμενη περίοδο της οικονομικής κρίσης (βλέπε πίν. 7), φαίνεται ότι συνολικά ο Νοέμβριος έχει την μεγαλύτερη κίνηση, 102 εισαγωγές, σε σύνολο εισαγωγών ανασφάλιστων 980 ασθενών, δηλαδή ποσοστό 10,4% και ο Αύγουστος είναι ο μήνας με τις λιγότερες, 56 εισαγωγές και ποσοστό 5,7% σε σχέση με το σύνολο των εισαγωγών ανασφάλιστων ασθενών.

Πίνακας 7. Κατανομή μέγιστης και ελάχιστης μηνιαίας κίνησης εισαγωγών ανασφάλιστων την περίοδο 2009-2013						
Έτος	2009	2010	2011	2012	2013	Σύνολο
Μήνας						
Ιανουάριος	12	24	19	15	20	90
Φεβρουάριος	15	18	18	9	19	79
Μάρτιος	14	20	11	15	14	74
Απρίλιος	10	18	11	5	30	74
Μάιος	15	17	13	19	19	83
Ιούνιος	14	9	15	26	26	90
Ιούλιος	21	14	13	13	22	83
Αύγουστος	6	13	6	12	22	56
Σεπτέμβριος	11	12	15	9	33	81
Οκτώβριος	18	11	17	17	23	87
Νοέμβριος	13	17	25	20	33	102
Δεκέμβριος	14	183	24	11	15	81
Σύνολο	163	183	187	171	276	980
<i>Πηγή: Τμήμα πληροφορικής ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”. Με κόκκινο χρωματισμό ο μήνας με τη μέγιστη κίνηση, με πράσινο χρωματισμό ο μήνας με την ελάχιστη κίνηση</i>						

Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι από την διερεύνηση της διακύμανσης της κατανομής των εισαγωγών ανά μήνα θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι η γενικότερη εικόνα της κατά μήνα κίνησης των εισαγωγών ανασφάλιστων, φαίνεται να είναι σχετικά ομαλή, εξαιρώντας τις δύο ακραίες τιμές (μήνα Νοέμβριο-μέγιστη τιμή και Αύγουστο ελάχιστη). Η κατά μήνα αποκλίσεις (βλέπε πίν. 7) είναι σχετικά

μικρές και κυμαίνονται μεταξύ 4 – 16 εισαγωγών ανά μήνα. Ουσιαστικά οι υπηρεσίες του νοσοκομείου, με εξαίρεση τον μήνα Αύγουστο, έχουν να υποδεχτούν και εξυπηρετήσουν έναν πληθυσμό ανασφάλιστων που διαχρονικά αυξάνεται, αλλά παράλληλα κατανέμεται στο χρόνο (ανά μήνα) σχεδόν αναλογικά. Η αναλογική κατανομή της κίνησης ανασφάλιστων έχει ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο στα ζητήματα ιατρικής διαχείρισης αλλά κυρίως της κοινωνικής και οικονομικής διαχείρισής των.

Οικογενειακή κατάσταση. Η διερεύνηση της οικογενειακής κατάστασης των ανασφάλιστων πολιτών που εισάγονται για νοσηλεία στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, είναι ένα άλλο ζητούμενο της παρούσας έρευνας, στα πλαίσια της διερεύνησης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης πάνω στη ζήτηση για νοσηλεία από ανασφάλιστους πολίτες. Σύμφωνα με το 1^ο και 2^ο κεφάλαιο, η οικονομική κρίση φαίνεται να επηρεάζει και τον “σκληρό” πυρήνα του κοινωνικού μας ιστού την οικογένεια. Σε ποίο βαθμό έχει επηρεαστεί το προφίλ των ανασφάλιστων πολιτών που εισάγονται για νοσηλεία σε επίπεδο οικογενειακής κατάστασης; Ο πίνακας 8 και το σχεδ. 9 θα χρησιμοποιηθούν για να δοθούν σχετικές απαντήσεις.

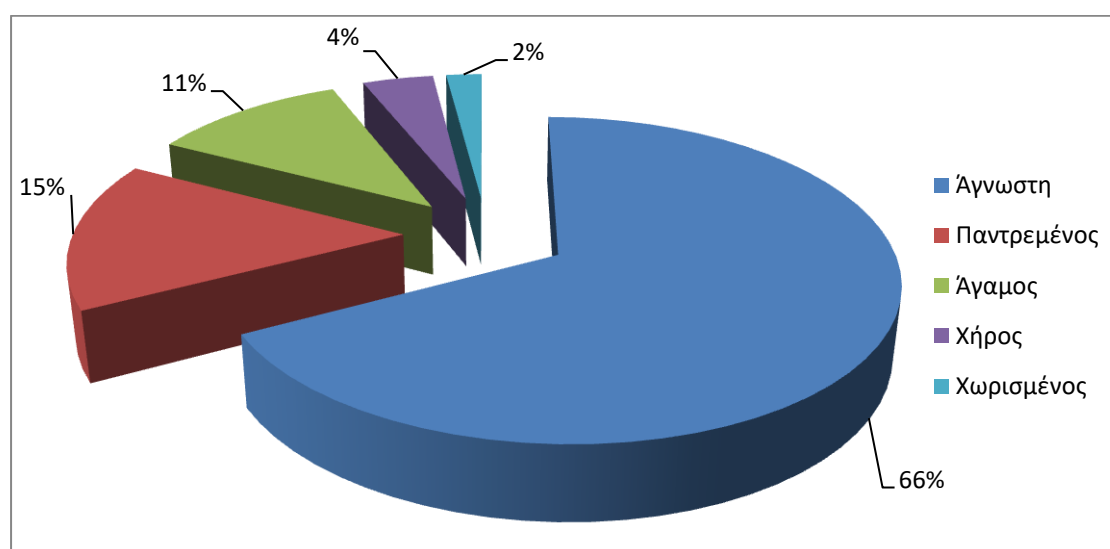
Πίνακας 8. Οικογενειακή κατάσταση εισαγωγών ανασφάλιστων (2009-2013), στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”												
Έτος	2009		2010		2011		2012		2013		Σύνολο	
		%		%		%		%		%		%
Κατηγορία												
Άγαμος	43	26%	39	21%	17	9%	9	5%	4	1%	112	11%
Διαζευγμένος	5	3%	9	5%	4	2%	2	1%	3	1%	23	2%
Παντρεμένος	37	23%	47	26%	39	21%	7	4%	15	5%	145	15%
Χήρος	14	9%	13	7%	8	4%	2	1%	0	0%	37	4%
Χωρισμένος	6	4%	4	2%	3	2%	1	1%	2	1%	16	2%
Άγνωστη	58	36%	71	39%	116	62%	150	88%	252	91%	647	66%
Σύνολο	163	100%	183	100%	187	100%	171	100%	276	100%	980	100%

Πηγή : Τμήμα πληροφορικής ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”

Σε πρώτη φάση τα δεδομένα φαίνεται να είναι ατελή, αφού ένα μεγάλο ποσοστό των εξεταζόμενων φακέλων ανασφάλιστων πολιτών φαίνεται να μην διαθέτει πληροφορίες οικογενειακής κατάστασης (συνολικά το 66% των φακέλων). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι όσο πιο πρόσφατοι είναι οι διερευνώμενοι φάκελοι τόσο μεγαλύτερες είναι οι ελλείψεις δεδομένων οικογενειακής κατάστασης

(2009 το 36% των φακέλων και το 2013 το 91%). Η πραγματικότητα αυτή οδηγεί σε μια σειρά συμπερασμάτων σε σχέση με τις αιτίες του φαινομένου αυτού. Έτσι:

- πιθανόν να υπάρχει χαλαρότητα επίβλεψης των τηρούμενων διαδικασιών καταγραφής δεδομένων στο ΝΘΠ “Παμμακάριστος”
- πιθανόν η οικονομική κρίση να έχει οδηγήσει σε ψυχολογική και κοινωνική απαξίωση τους πολίτες και κατά βάση να αρνούνται να δώσουν στις υπηρεσίες προσωπικά δεδομένα (οικογενειακά κυρίως), όντας άνεργοι και ανασφάλιστοι.



Σχεδ. 9. Κατανομή εισαχθέντων ανασφάλιστων σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση

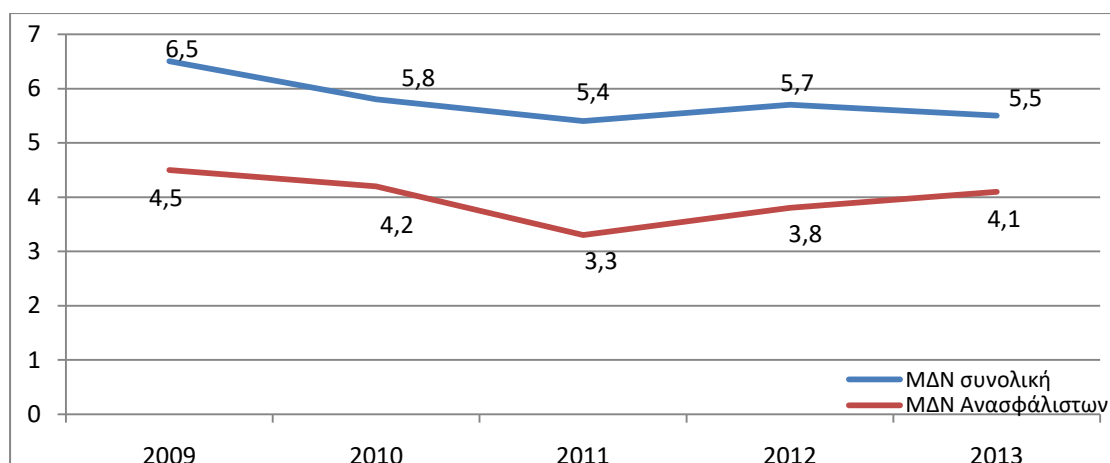
Οι ελλείψεις αυτές δεν επιτρέπουν την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων. Πάντως μέσα από τα δεδομένα του πίνακα, διαφαίνεται η πραγματικότητα ότι όσο αυξάνεται το ποσοστό ελλιπών δεδομένων οικογενειακής κατάστασης τόσο πιο ραγδαία περιορίζεται το ποσοστό ανασφάλιστων της κατηγορίας “παντρεμένος”. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να υποστηρίξει την 2^η παραπάνω πιθανή ερμηνεία, ότι δηλαδή όλο και περισσότεροι ανασφάλιστοι “παντρεμένοι”, αρνούνται να δώσουν προσωπικά οικογενειακά δεδομένα, ως αποτέλεσμα της κοινωνικής και οικονομικής τους απαξίωσης (άνεργοι, ανασφάλιστοι).

Εθνικότητα ανασφάλιστων νοσηλευθέντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας (βλέπε πίνακα 9), παρατηρείται μια συνεχής μεταβλητότητα στον αριθμό των εθνικοτήτων που χαρακτηρίζουν τους ανασφάλιστους που αναζητήσαν

νοσηλεία στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”. Ο μέγιστος αριθμός εθνικοτήτων εντοπίζεται το έτος 2010 (ανασφάλιστοι 16 διαφορετικών εθνικοτήτων), τα έτη 2011 και 2012 (που η οικονομική κρίση και τα αντίστοιχα μέτρα λιτότητας σε έξαρση), ο αριθμός των εθνικοτήτων περιορίζεται σε έξι (6). Πιθανόν η μείωση αυτή το 2011 και 2012 να οφείλεται στη μείωση του συνόλου των εισαχθέντων αλλά και των ανασφάλιστων εισαχθέντων που σημειώθηκε στα έτη αυτά. Άλλη πιθανή αιτία μείωσης των εθνικοτήτων τα έτη 2011 και 2012 είναι και η πραγματικότητα ότι πολλοί αλλοδαποί επέστρεψαν στην πατρίδα τους ή μετοίκησαν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες λόγω της οικονομικής κρίσης και της αυξανόμενης ανεργίας στην Ελλάδα.

Πίνακας 9. Αριθμός εθνικοτήτων ανασφάλιστων εισαχθέντων, στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” (2009-2013)	
Έτος	Εθνικότητες (πλήθος)
2009	12
2010	16
2011	6
2012	6
2013	14
Πηγή : Τμήμα Πληροφορικής ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”	

Συγκριτική εξέλιξη ΜΔΝ ανασφάλιστων και συνολική νοσοκομείου. Με την βοήθεια του δείκτη ΜΔΝ (βλέπε σχεδ. 10) επιχειρείται η διερεύνηση του βαθμού χρησιμοποίησης του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” από μέρους των ανασφάλιστων, σε



Σχεδ. 10. Συγκριτική παρουσίαση της συνολικής ΜΔΝ στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” και της ΜΔΝ των ανασφάλιστων για την περίοδο 2009-2013

σχέση με τη συνολική ΜΔΝ του νοσοκομείου. Παρατηρώντας τα δεδομένα του σχεδ. 10, προκύπτει ότι :

- συνολικά για τα πέντε εξεταζόμενα έτη της οικονομικής κρίσης, ο βαθμός χρησιμοποίησης του νοσοκομείου από τους ανασφάλιστους πολίτες (ΜΔΝ 4,1 ημέρες) υπολείπεται του χρόνου χρησιμοποίησης από το σύνολο των πελατών του νοσοκομείου (ΜΔΝ 5,5 ημέρες)
- η διαφοροποίηση αυτή εμφανίζεται και στα πέντε αξιολογούμενα έτη (2009-2013)
- παρατηρείται διαχρονικά σχετική σμίκρυνση της διαφοράς στη ΜΔΝ μεταξύ των ετών 2009 (2 ημέρες διαφορά) και 2013 (1,4 ημέρες διαφορά)

Η παρατηρούμενη σύγκλιση πιθανόν να οφείλεται στη σημαντική αύξηση των εισαγωγών ανασφάλιστων ασθενών στην Παθολογική κλινική τα έτη 2012 και 2013 (περίπου 46% του συνόλου των εισαγωγών ήταν παθολογικά περιστατικά), τα οποία φυσιολογικά απαιτούν μεγαλύτερη ΜΔΝ σε σχέση με άλλα περιστατικά. Επίσης μια πιθανή ερμηνεία του γεγονότος ότι η ΜΔΝ των ανασφάλιστων πολιτών υπολείπεται της γενικής ΜΔΝ και στα πέντε εξεταζόμενα έτη, δηλαδή οι ανασφάλιστοι χρησιμοποιούν λιγότερο τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ανασφάλιστοι πολίτες ηλικιακά είναι νεότερης ηλικίας του μ.ό. ηλικίας των πελατών του νοσοκομείου, αφού σύμφωνα με διεθνείς έρευνες οι νεότερες ηλικίες εμφανίζουν νοσολογικά χαρακτηριστικά χαμηλότερης επιβάρυνσης σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες και κατά συνέπεια οι νοσοκομειακές υπηρεσίες χρησιμοποιούνται με χαμηλότερη ένταση και διάρκεια. Επίσης ένας άλλος λόγος είναι ότι πολλοί ανασφάλιστοι εξέρχονται “λάθρα” από το νοσοκομείο, πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, για να αποφύγουν τη καταβολή νοσηλίων με αποτέλεσμα τη συνολική μείωση της ΜΔΝ.

Κατανομή κατά φύλο. Εξετάζοντας την κατά φύλο κατανομή (βλέπε πίνακα 10), προκύπτουν ιδιαίτερα αποτελέσματα, που μπορούν να καθορίσουν εμφατικά το προφίλ των ανασφάλιστων πολιτών. Σαφής φαίνεται να είναι η γενική εικόνα των

αποτελεσμάτων της έρευνας αφού και συνολικά αλλά και κατ' έτος ο πληθυσμός των ανασφάλιστων ανδρών υπερέχει σημαντικά του πληθυσμού των ανασφάλιστων γυναικών που νοσηλεύτηκαν στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, την εξεταζόμενη περίοδο 2009-2013. Ειδικότερα, στο σύνολο των εισαγωγών ανασφάλιστων πολιτών άνδρες ανασφάλιστοι (55%) υπερέχουν σημαντικά των ανασφάλιστων γυναικών (36%), όταν σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) ο πληθυσμός των γυναικών στην Ελλάδα υπερέχει ελαφρά του ανδρικού πληθυσμού. Για την εξήγηση του φαινομένου απαιτείται περαιτέρω έρευνα και επιπλέον παράμετροι για διερεύνηση όπως προηγούμενο εργασιακό καθεστώς των άνεργων/ανασφάλιστων, επίπεδο εκπαίδευσης κλπ.

Στον πίνακα 10 εκτός των άλλων υπάρχει και το μέγεθος “Άγνωστο φύλο”, το οποίο διαχρονικά όμως φθίνει ως ποσοστό και ελαχιστοποιείται (3%) το έτος 2013. Στο πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου στο μέγεθος “Άγνωστο φύλο” περιλαμβάνονται οι ανασφάλιστοι ασθενείς που δεν έχει συμπληρωθεί απ' το διοικητικό υπάλληλο το πεδίο “φύλο”. Το νέο πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου εφαρμόστηκε το 2009 και προφανώς οι διοικητικοί υπάλληλοι δεν εκπαιδεύτηκαν επαρκώς με συνέπεια να παραλείπουν να ενημερώνουν το πεδίο φύλο, με αποτέλεσμα στα έτη 2009, 2010 και 2011 να παρουσιάζεται ένα σημαντικό ποσοστό με άγνωστο φύλο (έως και 16%). Τα έτη 2012 και 2013 είναι πιο ενδεικτικά, μιας και το άγνωστο φύλο περιορίστηκε σε ποσοστό 2% και 3% αντίστοιχα.

Πίνακας 10. Κατανομή εισαγωγών ανασφάλιστων κατά φύλο, στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, την περίοδο 2009-2013												
Έτος	2009		2010		2011		2012		2013		Σύνολο	
	Εισαγωγές	%	Εισαγωγές	%	Εισαγωγές	%	Εισαγωγές	%	Εισαγωγές	%	Εισαγωγές	%
Φύλο												
A	100	61%	85	46%	93	50%	93	54%	169	61%	540	55%
Γ	46	28%	72	39%	65	35%	74	43%	99	36%	356	36%
Άγνωστο	17	10%	26	14%	29	16%	4	2%	8	3%	84	9%
Σύνολο	163	100%	183	100%	187	100%	171	100%	276	100%	980	100%
Πηγή :	Τμήμα Πληροφορικής ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”											

Οικονομικές επιπτώσεις. Η ύπαρξη ανασφάλιστων πολιτών που αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε ένα νοσοκομείο πέραν των άλλων προκαλεί και

οικονομική επιβάρυνση στο ίδιο το νοσοκομείο. Σύμφωνα με την προηγηθείσα ανάλυση (βλέπε κεφ.3 και 4) η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, η αδυναμία εξόφλησης των οφειλόμενων στο νοσοκομείο από ίδιους πόρους των ασφαλισμένων και η περιστασιακή παρέμβαση της ελληνικής πολιτείας στην κάλυψη των υγειονομικών δαπανών των ανασφάλιστων έχουν ως αποτέλεσμα ένα μεγάλο τμήμα των οφειλόμενων νοσηλίων να κατατάσσεται στην κατηγορία των ανείσπρακτων οφειλών και να επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

Στη περίπτωση του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, που αποτελεί και το πεδίο έρευνας της παρούσας εργασίας, η διερεύνηση των διαφυγόντων εσόδων από την προσφορά νοσοκομειακών υπηρεσιών σε ανασφάλιστους πολίτες εμφανίζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Ειδικότερα λόγω αδυναμίας λογισμικής διασύνδεσης του Τμήματος Κίνησης Ασθενών με το Λογιστήριο του νοσοκομείου, έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να διερευνηθεί αυτόματα ποιές περιπτώσεις και αντίστοιχες οφειλές έχουν ενταχθεί από το νοσοκομείο στη περίπτωση των “διαφυγόντων εσόδων” του νοσοκομείου. Έτσι, η διερεύνηση του ζητήματος πραγματοποιήθηκε “δειγματοληπτικά” για ένα έτος (2013), εξετάζοντας το περιεχόμενο του φακέλου του κάθε ανασφάλιστου που εισήχθη στο νοσοκομείο το έτος 2013. Τέλος ο προσδιορισμός του κόστους πραγματοποιήθηκε με κοστολόγηση βάση του αντίστοιχου ΚΕΝ (Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο), νοσηλείας του ανασφάλιστου.

Σύμφωνα με την ταυτότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας (βλέπε πίνακα 5) εισήχθηκαν για νοσηλεία το έτος 2013 στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” 276 ανασφάλιστοι ασθενείς, από τους οποίους φαίνεται (βλέπε πίν. 11), ότι έχουν οικονομική εκκρεμότητα και αδυναμία αποπληρωμής των οφειλομένων νοσηλίων 193 περιπτώσεις ανασφάλιστων (123 Έλληνες και 70 αλλοδαποί) ποσοστό 70%. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι το 63,7% των περιπτώσεων ανασφάλιστων με οικονομικές εκκρεμότητες στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, έχουν ελληνική υπηκοότητα και μόλις το 36,3% των περιπτώσεων είναι αλλοδαποί.

Το παραπάνω εύρημα έρχεται να ανατρέψει την παγιωμένη άποψη ότι οι ανασφάλιστοι πολίτες που επιβαρύνουν οικονομικά το ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι “οι αλλοδαποί - λαθρομετανάστες” ή “οι οικονομικοί πρόσφυγες”. Στη περίπτωσή μας η **βασικότερη κατηγορία ανασφάλιστων, με αδυναμία**

καταβολής των οφειλόμενων φαίνεται να είναι οι πολίτες με ελληνική υπηκοότητα. Φαίνεται ότι η οικονομική κρίση μετά την παρέλευση πενταετίας έχει πλέον καταλυτική επίδραση και στο στενό πυρήνα της ελληνικής οικογένειας.

Τέλος, με την βοήθεια των δεδομένων του πίνακα 11 προκύπτει ότι η μέση επιβάρυνση ανά ανασφάλιστο νοσηλευθέντα ανέρχεται στα 468,92€ συνολικά και αντίστοιχο μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας 114,37€. Από την ανάλυση του

Πίνακας 11. Κόστος νοσηλείας ανασφάλιστων νοσηλευθέντων στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, για το έτος 2013				
ΜΗΝΑΣ	ΕΛΛΗΝΕΣ	ΠΛΗΘΟΣ	ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ	ΠΛΗΘΟΣ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	1.916,92 €	9	606,00 €	4
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	3.744,00 €	10	2.572,00 €	5
ΜΑΡΤΙΟΣ	1.025,00 €	5	840,56 €	3
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	7.892,90 €	8	1.856,67 €	5
ΜΑΙΟΣ	4.829,92 €	9	1.574,46 €	7
ΙΟΥΝΙΟΣ	1.849,59 €	4	1.995,00 €	5
ΙΟΥΛΙΟΣ	3.199,00 €	14	4.922,00 €	7
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	3.019,00 €	10	4.329,33 €	7
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	3.836,00 €	12	1.926,00 €	8
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	8.872,00 €	13	11.329,82 €	8
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	6.298,00 €	18	3.480,00 €	8
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	7.158,59 €	11	1.429,00 €	3
ΣΥΝΟΛΟ	53.640,92 €	123	36.860,84 €	70
<i>Πηγή : Ίδια έρευνα</i>				

συνολικού κόστους (90.501,76€) στις κατηγορίες “κόστος ανασφάλιστων Ελλήνων 53.640.92€” και “κόστος ανασφάλιστων αλλοδαπών 36.860,84€”, φαίνεται ότι αναλογικά οι αλλοδαποί ανασφάλιστοι (το 36,3% των ανασφάλιστων) προκαλεί το 40,72% των ανείσπρακτων νοσηλίων. Πιθανόν, οι περιπτώσεις νοσηλείας των αλλοδαπών ανασφάλιστων να είναι βαρύτερα περιστατικά και ως εκ τούτου με μεγαλύτερο οικονομικό κόστος για το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”.

Κεφάλαιο 6. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η οικονομική δραστηριότητα είναι μια συνεχής, μεταβαλλόμενη δραστηριότητα, που φαίνεται να ακολουθεί κυκλική διακύμανση (business cycles), και περιλαμβάνει τη φάση της ανόδου και τη φάση της καθόδου, (συνεχή συρρίκνωση). Οι διακυμάνσεις συνήθως προκαλούνται είτε από **οικονομικούς (ενδογενείς)** παράγοντες είτε από **μη οικονομικούς παράγοντες (εξωγενείς)**.

Στην κατηγορία των οικονομικών/ενδογενών παραγόντων περιλαμβάνονται παράμετροι όπως οι επενδύσεις, η μειωμένη αγοραστική δύναμη των καταναλωτών, η διακύμανση των επιτοκίων, και άλλα. Το κράτος σύμφωνα με την Κεϋνσιανή οικονομική θεωρία αποτελεί έναν από τους βασικούς συντελεστές διασφάλισης της ομαλής οικονομικής δραστηριότητας, αφού με νομοθετικές και οικονομικές παρεμβάσεις θα μπορούσε να επαναφέρει τον οικονομικό κύκλο στην ομαλότητα.

Στη περίπτωση όμως λήψης λανθασμένων οικονομικών παρεμβάσεων ή μη παρεμβάσεων οδηγούν στη λεγόμενη **οικονομική κρίση**. Οι οικονομικές κρίσεις που έπληξαν την παγκόσμια οικονομία τον 20^ο και τις αρχές του 21^{ου} αιώνα φαίνεται να έχουν συγκεκριμένα αίτια, που επικεντρώνονται κυρίως στον παράγοντα “επενδύσεις” είτε με τη μορφή της υπερθέρμανσης των επενδύσεων, είτε με την από-επένδυση είτε με την λανθασμένη κάλυψη των αναγκών για επένδυση μέσω του άκρατου δανεισμού. Στη περίπτωση αυτή διαμορφώνονται χαρακτηριστικά **“χρηματοπιστωτικής κρίσης”**.

Υπάρχουν σημαντικά παραδείγματα, παγκόσμιων οικονομικών κρίσεων με χρηματοπιστωτικά χαρακτηριστικά του 20^{ου} και 21^{ου} αιώνα όπως η περίπτωση του “Πανικού των Τραπεζών” το 1907, το “Great Depression”, που ξεκίνησε στις ΗΠΑ, το 1929, η αποκαλούμενη “Κρίση των Πέσος” στο Μεξικό το 1994, η οικονομική κρίση στη Ρωσία το 1997, στην Αργεντινή το 1999 και τέλος στις ΗΠΑ το 2008, όπου σημειώνεται ένα ακόμη σύγχρονο “οικονομικό σοκ”, με αρχή την κατακόρυφη πτώση των δεικτών των Ευρασιατικών χρηματιστηρίων και της Wall Street.

Οι οικονομολόγοι αξιολογώντας τα χαρακτηριστικά των παραπάνω χρηματοοικονομικών κρίσεων φαίνεται να οδηγούνται σε κάποια κοινά συμπεράσματα. Έτσι,

σε επίπεδο αιτιών έναρξης μιας οικονομικής κρίσης περιλαμβάνονται η άναρχη υπερθέρμανση των επενδύσεων κυρίως σε μη παραγωγικούς τομείς (π.χ. κατοικία), από τον τραπεζικό τομέα και οι λανθασμένες επιλογές επιχειρήσεων και κρατών (σκόπιμα ή από αμέλεια) για την αντιμετώπιση των κρίσεων.

σε επίπεδο αντιμετώπισης των οικονομικών κρίσεων φαίνεται ότι το κράτος αναλαμβάνει τον κυρίαρχο ρόλο διαχείρισης της κρίσης, χρησιμοποιούνται σχεδόν αποκλειστικά χρηματοπιστωτικά εργαλεία για την αντιμετώπιση των κρίσεων, συνήθως μέσω διεθνών χρηματοπιστωτικών οργανισμών όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και τις Κρατικές Τράπεζες

σε επίπεδο συνεπειών μια οικονομική κρίση οδηγεί συνήθως **σε έλλειψη ρευστότητας, στην πτώχευση επιχειρήσεων, σε απολύσεις, και αδυναμία των νοικοκυριών να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους και τέλος την κοινωνική κατάρρευση.**

Στην Ελλάδα οικονομικές κρίσεις εμφανίζονται από την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους. Η πρώτη οικονομική κρίση ξεκίνησε ευθύς αμέσως μετά τον πρώτο δανεισμό των επαναστατημένων Ελλήνων από τους Άγγλους το 1824 και 1825, το 1893 η ελληνική κυβέρνηση αδυνατεί να εξοφλήσει τα οφειλόμενα τοκοχρεολύσια και οδηγείται σε επίσημη πτώχευση, ενώ το 1932 νέα πτώχευση συνοδεύτηκε με νέο δανεισμό και νέους επαχθείς όρους (Μνημόνιο), στο οποίο περιλαμβάνονταν αναγκαστικός εσωτερικός δανεισμός, υποτίμηση της δραχμής κ.ά.

Οι μελετητές της σύγχρονης ελληνικής οικονομικής ιστορίας διαπιστώνουν μια σειρά ομοιοτήτων, στο σύνολο των οικονομικών κρίσεων σε σχέση με τον τρόπο αντιμετώπισής των, όσο και σε σχέση με τις παραγόμενες συνέπειες των κρίσεων πάνω στην ελληνική κοινωνία. Έτσι :

στις γενεσιουργές αιτίες των ελληνικών οικονομικών κρίσεων, περιλαμβάνονται η κατασπατάληση του δημόσιου χρήματος σε μη παραγωγικές επενδύσεις, η

αδυναμία συλλογής φορολογικών εσόδων από το ελληνικό κράτος, οι ελάχιστες επενδύσεις σε παραγωγικούς τομείς κ.ά.

στις αφορμές για πτώχευση και νέο δανεισμό, περιλαμβάνονται η έλλειψη ρευστότητας στην ελληνική οικονομία και η αδυναμία των ελληνικών κυβερνήσεων να καταβάλλουν στους διεθνείς δανειστές τα οφειλόμενα τοκοχρεολύσια των δανεισμών του ελληνικού κράτους,

σε σχέση με το προφίλ των δανειστών, συνήθως είναι κράτη – υπερδυνάμεις (Αγγλία, Γερμανία) και μεγάλοι Τραπεζικοί συνασπισμοί, που επέβαλαν επαχθείς όρους, υψηλότερα επιτόκια δανεισμού και ζητούσαν εμπράγματα εγγυήσεις,

τέλος, σε σχέση με την επιβολή μέτρων, ως **απαίτηση των δανειστών** περιλαμβάνονταν επώδυνα μέτρα πάνω στην ελληνική οικονομία όπως ραγδαία αύξηση της φορολογίας, έκτακτες εισφορές, επιβολή μέτρων δήμευσης/κατάσχεσης των περιουσιακών στοιχείων για όσους αδυνατούσαν να αποπληρώσουν τις οφειλές τους, απολύσεις δημοσίων υπαλλήλων μείωση μισθών και ελαχιστοποίηση των κοινωνικών παροχών, κυρίως στο τομέα της υγείας.

Την τελευταία βετία (2010-2015), η Ελλάδα διέρχεται βαθιά οικονομική κρίση, που σύμφωνα με τους οικονομολόγους, πιθανόν να είναι η χειρότερη, στην οικονομική ιστορία του σύγχρονου νεοελληνικού κράτους. **Εξωγενείς παράγοντες** όπως το περιεχόμενο της Συνθήκης του Μάαστριχτ (1992) το παγκόσμιο οικονομικό σοκ της “Μαύρης Παρασκευής” (Παρασκευή 24-10-2008) και η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωζώνη (2001), μαζί με μια σειρά **ενδογενών παραγόντων** που σχετίζονται με την παθογένεια της ελληνικής οικονομίας, όπως το δημόσιο χρέος, η χρηματοδότηση του υπερκαταναλωτισμού, η φοροδιαφυγή και τα τεράστια οικονομικά σκάνδαλα, περιλαμβάνονται στους βασικότερους παράγοντες που συνέβαλαν στη διαμόρφωση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Πρωτόγνωρη φαίνεται να είναι και η διαδικασία “διάσωσης” της ελληνικής οικονομίας από την επίσημη χρεωκοπία. Ιστορικά, η διαδικασία διάσωσης ξεκίνησε το Μάρτιο του 2010 και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Μνημόνια, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής, Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης και

Πράξεις Νομοθετικού Περιεχομένου, αποτέλεσαν τα βασικά εργαλεία για την αντιμετώπιση της ελληνικής κρίσης.

Πρωτοφανής για τα παγκόσμια οικονομικά δεδομένα φαίνεται να είναι ο αριθμός και η ποικιλία φορέων και θεσμών που έχουν εμπλακεί στη διαδικασία “διάσωσης” της ελληνικής οικονομίας όπως το ΔΝΤ, η ΕΚΤ, τα κοινοβούλια των Κρατών-μελών της ΕΕ, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Ελληνικό Κοινοβούλιο.

Στο πυρήνα των μέτρων που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση της ελληνικής οικονομικής κρίσης μεταξύ των άλλων περιλαμβάνεται και η **αποσάθρωση του υφιστάμενου ελληνικού κράτους-πρόνοιας, στους τομείς της προστασίας της εργασίας, της κοινωνικής φροντίδας και της δημόσιας φροντίδας υγείας.**

Αν και σε θεωρητικό επίπεδο, η οικονομική κρίση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ευκαιρία διόρθωσης και αναμόρφωσης των υγειονομικών συστημάτων, φαίνεται ότι τα αποτελέσματα τείνουν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Στην ελληνική περίπτωση, στα πλαίσια της λήψης μέτρων για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης λήφθηκαν μέτρα διοικητικά και νομοθετικά, που αποσκοπούσαν:

α) στο λειτουργικό εξορθολογισμό του πυρήνα του ΕΣΥ, και κυρίως του νοσοκομειακού υποσυστήματος (μείωση των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών, συνδιοίκηση νοσοκομειακών μονάδων, σύμπτυξη/συγχώνευση νοσοκομειακών κλινικών κ.ά.)

β) στη διαχείριση της καθημερινότητας των υγειονομικών μονάδων (ο θεσμός της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων, η χρήση των γενόσημων φαρμάκων, ο θεσμός του ενιαίου συστήματος προμηθειών κ.ά.)

γ) σε παρεμβάσεις στην οικονομική διαχείριση των υγειονομικών μονάδων του ΕΣΥ (αύξηση της οικονομικής συμμετοχής των πολιτών για τη χρήση των α'βάθμιων υπηρεσιών υγείας, εφαρμογή του συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), η μείωση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων μέχρι και 50% κ.ά.)

Όπως σημειώνουν διάφοροι μελετητές (Κυριόπουλος 2011, IOBE 2011, Οικονόμου 2012 κ. ά.), πολλά από τα μέτρα που λήφθηκαν στο τομέα της υγείας, στο διάστημα της οικονομικής κρίσης, όχι μόνο ήταν προς τη σωστή κατεύθυνση, αλλά θα έπρεπε να είχαν ληφθεί τουλάχιστον μια εικοσαετία πριν, **αλλά κάτω από διαφορετικές οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες**, (π.χ. η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ), η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η εφαρμογή του συστήματος ΚΕΝ για την αποζημίωση των νοσοκομείων, η ενοποίηση ή συγχώνευση των νοσοκομειακών μονάδων).

Όπως όμως σημειώνεται, τα παραπάνω μέτρα θα πρέπει να αξιολογηθούν όχι στη βάση των προθέσεων τους αλλά στη βάση των αποτελεσμάτων και της πραγματικής εικόνας, που έχει παραχθεί πάνω στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, μετά την εφαρμογή μέτρων. Σύμφωνα με σχετική μελέτη του IOBE (2011), τα μέτρα που έχουν ληφθεί και όσα έχουν δρομολογηθεί μέσω των Μνημονίων, αν και ήταν απαραίτητα για την άμεση αποκλιμάκωση των δαπανών, εντούτοις **“...έχουν κατά κύριο λόγο βραχυπρόθεσμο, ταμειακό χαρακτήρα, με έμφαση σε μειώσεις μισθών και τιμών και σε χρηματικές επιστροφές”**, που η πλήρη εφαρμογή τους θα οδηγήσει **“...την συνολική δαπάνη υγείας προς ποσοστά κάτω του 4% του ΑΕΠ, γεγονός που θα φέρει (την Ελλάδα) στη χαμηλότερη θέση της κατάταξης ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ”**.

Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι στο σύνολό τους όλα τα υποσυστήματα του ελληνικού ΕΣΥ έχουν υποστεί ραγδαίες μειώσεις δαπανών. Έτσι:

- **στο τομέα της φαρμακευτικής δαπάνης**, μόνο για εξωνοσοκομειακές δαπάνες πραγματοποιήθηκε περικοπή κατά 1.076.000.000€ ενώ οι νοσοκομειακές φαρμακευτικές δαπάνες για σκευάσματα μέσα στα νοσοκομεία, μόνο για το έτος 2014 μειώθηκαν κατά 25 μέχρι 30%,
- **στο τομέα της οργάνωσης, διαχείρισης και λειτουργίας των Νοσοκομειακών Μονάδων και των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης** μόνο μεταξύ των ετών 2009 και 2011, οι δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 740

εκατ. Ευρώ (μείωση 12,5%) ενώ οι προϋπολογισμοί των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης μειώθηκαν κατά 45%, μέχρι τον Αύγουστο του 2011

- **σε επίπεδο δαπανών του Υπουργείου Υγείας**, οι συνολικές δαπάνες μειώθηκαν κατά 1,8 δις. ευρώ, μεταξύ των ετών 2009 και 2011
- **σε επίπεδο υγειονομικού προσωπικού**, παρατηρείται ραγδαία μείωση των επαγγελματιών υγείας (το 2005 εργάζονταν 85.000, το 2011 συρρικνώθηκαν στους 59.000 εργαζόμενους, μέσω συνταξιοδότησης και παγώματος των προσλήψεων) και αντίστοιχη ραγδαία μείωση των μισθών (43%). Τέλος
- **σε επίπεδο πελάτη/καταναλωτή** παρατηρείται ραγδαία αύξηση της ίδιας συμμετοχής για την υγειονομική του φροντίδα, αφού μόνο για ένα έτος οι ασφαλισμένοι επιβαρύνθηκαν €153 εκατ. για την κάλυψη δαπανών για φροντίδα υγείας, από ίδιους πόρους.

Είναι γεγονός ότι η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών δεν επιτρέπει σε σημαντική μερίδα του ελληνικού πληθυσμού την πρόσβαση στην Υγεία. Από τις χαρακτηριστικότερες περιπτώσεις είναι η ομάδα των πολιτών που οικονομικά και κοινωνικά προσδιορίζονται ως **ανασφάλιστοι**. Μια κοινωνική υποομάδα με κύρια χαρακτηριστικά, τη ραγδαία αριθμητική τους αύξηση, τα σύνθετα χαρακτηριστικά τους, αλλά και τις οικονομικές επιπτώσεις (κόστος) που προκαλούν πάνω στο υγειονομικό σύστημα.

Ουσιαστικά η “νεοφανής” αυτή ομάδα πληθυσμού συνδέεται με τα ζητήματα του περιορισμού της πρόσβασης των πολιτών στο υγειονομικό σύστημα, λόγω αύξησης του κόστους υγειονομικής φροντίδας και αντίστοιχης μείωσης των διαθέσιμων εισοδημάτων τους και της παντελούς αδυναμίας να έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα, αφού ως άνεργοι ή ως κάτοχοι χαμηλών εισοδημάτων έχουν χάσει τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα.

Σε επίπεδο νομοθεσίας δύο είναι οι βασικές κατηγορίες πολιτών που εντάσσονται στην ομάδα των ανασφάλιστων πολιτών **οι ανιθαγενείς και οι οικονομικά αδύνατοι πολίτες**. Ποιό αναλυτικά στην κατηγορία των ανασφάλιστων πολιτών, που η πολιτεία επιχειρεί να καλύψει τις υγειονομικές τους ανάγκες περιλαμβάνονται οι μακροχρόνιοι άνεργοι ή άνεργοι ιδιοκτήτες μετά των κλείσιμο

των επιχειρήσεών τους, οι ιδιοκτήτες επιχειρήσεων που αδυνατούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους απέναντι στα ασφαλιστικά τους ταμεία, καθώς και οι εργαζόμενοι σε καθεστώς “μαύρης εργασίας”, που δεν έχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη, οι κάθε μορφής μετανάστες και οι πολίτες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη, είτε διότι εργάζονται είτε διότι είναι συνταξιούχοι, ωστόσο ο μισθός ή η σύνταξή τους είναι τόσο χαμηλή, που αδυνατούν να δώσουν τη συμμετοχή τους στην αγορά φαρμάκων είτε στη συνταγογράφηση, είτε στην είσοδό τους στο νοσοκομείο, είτε στην κάλυψη δαπανών εκτός νοσηλίου.

Αριθμητικά, μέχρι και σήμερα φαίνεται ότι η πολιτεία αδυνατεί να υπολογίσει τον αριθμό των ανασφάλιστων πολιτών. Εκτιμήσεις (π.χ. ΕΟΠΥΥ), υπολογίζουν τους ανασφάλιστους πολίτες σε πάνω από 3,5 εκατομμύρια πολίτες.

Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι την τελευταία διετία υπάρχει ραγδαία ποιοτική αλλαγή στα χαρακτηριστικά των ανασφάλιστων πολιτών που ζητούν υγειονομική φροντίδα, αφού σύμφωνα με μετρήσεις (Βήχας, 2014) η αντίληψη ότι η ομάδα “μετανάστες”, αποτελούν την κύρια πηγή-τροφοδότη της κατηγορίας “ανασφάλιστοι πολίτες”, φαίνεται να αντιστρέφεται και την πρώτη θέση να καταλαμβάνουν άνεργοι Έλληνες πολίτες.

Φαίνεται ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα επακριβή οικονομικά στοιχεία για το κόστος της περίθαλψης των ανασφάλιστων στη χώρα. Εκτιμήσεις ανεβάζουν το κόστος για την νοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα των ανασφάλιστων μεταξύ 5 και 6,5 εκατ. ευρώ, ετησίως.

Εξατομικευμένες κατά νοσοκομείο μελέτες δείχνουν ότι το κόστος της υγειονομικής κάλυψης των ανασφάλιστων τείνει να καταστεί βασική παράμετρος επιβάρυνσης του προϋπολογισμού τους. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του νοσοκομείου “Ευαγγελισμός”, όπου σύμφωνα με μετρήσεις μεταξύ των ετών 2009 και 2011 παρατηρείται μια μέση αύξηση των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων, κατά 24%, που όμως στο σύνολό της οφείλεται στη ραγδαία αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων με ελληνική υπηκοότητα (37%) (μηδενική η αύξηση εισαγωγών ανασφάλιστων αλλοδαπών). Παράλληλα φαίνεται ότι οι ανασφάλιστοι Έλληνες υπήκοοι (68,7%) αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού ανασφάλιστων

σε σχέση με τους αλλοδαπούς ανασφάλιστους (31,3%) που ζήτησαν νοσηλεία στο νοσοκομείο “Ευαγγελισμός”. Εξίσου εντυπωσιακά φαίνεται να είναι και τα δεδομένα κόστους, αφού μεταξύ των ετών 2009 και 2011, παρατηρείται αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου κατά 16,5% (από 1.122.960€ σε 1.308.785€).

Το ζήτημα του κόστους νοσηλείας των ανασφάλιστων στα δημόσια νοσοκομεία φαίνεται να σχετίζεται άμεσα, τόσο με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας όσο και με την οικονομική επιβίωση των νοσοκομείων. Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η κάλυψη του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης των ανασφάλιστων προβλέπεται νομοθετικά και πραγματοποιείται είτε με την ίδια συμμετοχή του ανασφάλιστου ασθενή, είτε μέσω της πρόβλεψης για άπορους πολίτες, είτε μέσω έκτακτων οικονομικών επιχορηγήσεων του ΥΓΚΑ, προς τα επιμέρους νοσοκομεία. Με εξαίρεση την περίπτωση των ανασφάλιστων πολιτών που αποδέχονται την οφειλή τους και την τακτοποιούν, η τακτοποίηση των δαπανών νοσηλείας των υπόλοιπων κατηγοριών ανασφάλιστων (όπως ανασφάλιστων που αρνούνται να πληρώσουν, των κατόχων βιβλιαρίου απορίας και άλλων κατηγοριών) εξαρτάται από τις δυνατότητες ρευστότητας του κράτους που επιχορηγεί μέρος ή το σύνολο των δαπανών για νοσηλεία των ανασφάλιστων.

Συνεπώς στις περισσότερες των περιπτώσεων, οι διοικήσεις των νοσοκομείων καλούνται να καλύψουν τα κόστη/δαπάνες νοσηλείας των ανασφάλιστων μέσω του προϋπολογισμού των. Λαμβάνοντας υπόψη την υποχρεωτικότητα του ισοσκελισμένου προϋπολογισμού στα νοσοκομεία γίνεται αντιληπτό ότι η κάλυψη των δαπανών για ανασφάλιστους θα προέλθει μέσα από τη συρρίκνωση δαπανών άλλων κωδικών μη ανελαστικών (π.χ. υγειονομικού υλικού, δαπανών εκπαίδευσης, εξοπλισμού κλπ).

Συμπερασματικά, το ζήτημα των οικονομικών επιπτώσεων από τη ραγδαία αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών πάνω στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα της χώρας, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σύνθετο, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των δημόσιων νοσοκομείων, που

απορροφούν και το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης για υγειονομική φροντίδα από μέρους των ανασφάλιστων πολιτών.

Έχοντας υπόψη αποτελέσματα μελετών σε μεγάλο μέγεθος Γενικά Νοσοκομεία (π.χ. Ευαγγελισμός), το ζητούμενο της έρευνας στην παρούσα πτυχιακή είναι αν και σε ποίο βαθμό έχει επηρεαστεί/επιβαρυνθεί η λειτουργία ενός μικρομεσαίου νοσοκομείου, στη περίπτωση μας του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, εξαιτίας της υπάρχουσας οικονομικής κρίσης, με περιστατικά ανασφάλιστων πολιτών, που αδυνατούν να εκπληρώσουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις απέναντι στο νοσοκομείο.

Το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” ανήκει στην 1^η ΥΠΕ, έχει την έδρα του στην Αθήνα (Πατήσια), περιοχή με έντονα τα χαρακτηριστικά της πυκνοκατοίκησης, της ραγδαίας αύξησης του αριθμού των λαθρομεταναστών/οικονομικών προσφύγων και της ανεργίας. Ανήκει στη κατηγορία των Φιλανθρωπικών νοσοκομείων (προσφορά της Καθολικής εκκλησίας), και εντάσσεται στην κατηγορία των μικρομεσαίων Γενικών Νοσοκομείων (170 κλίνες).

Διαθέτει την προβλεπόμενη τυπική οργανωτική δομή ενός ελληνικού μικρομεσαίου γενικού νοσοκομείου, με τις τυπικές - χαρακτηριστικές οργανωτικές και διαχειριστικές αδυναμίες που έχουν τα ελληνικά γενικά νοσοκομεία, όπως έλλειψη σε ποιοτικό προσωπικό (κυρίως Νοσηλευτικό και Λοιπό Επιστημονικό προσωπικό), και χαμηλά επίπεδα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών του νοσοκομείου από τους πολίτες (μέση πληρότητα κλινών 54,56%, μέση αδράνεια κλίνης 4,36 ημέρες κ.ά.).

Αξιολογώντας τα βασικότερα συμπεράσματα της έρευνας φαίνεται ότι:

Αν και συνολικά οι εισαγωγές ανασφάλιστων πολιτών για νοσηλεία στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, αποτελεί ένα πολύ μικρό ποσοστό του συνόλου των εισαχθέντων για νοσηλεία (μόλις το 3,1% του συνόλου των εισαγωγών), εντούτοις αξιολογώντας την διαχρονική εξέλιξη του μεγέθους “Εισαγωγές Ανασφάλιστων”, φαίνεται ότι **υπάρχει ραγδαία αύξηση εισαγωγών ανασφάλιστων** μεταξύ των ετών 2009 (163 εισαγωγές) και 2013 (276 εισαγωγές) που αγγίζει το 70%, όταν για την ίδια περίοδο

το σύνολο των εισαγωγών για νοσηλεία αυξήθηκε μόλις κατά 3,4%. Ιδιαίτερα μεταξύ των ετών 2012 και 2013 παρατηρείται αύξηση εισαγωγών ανασφάλιστων σε ποσοστό 61,4%.

Μια πρώτη πιθανή ερμηνεία της ραγδαίας ποσοστιαίας αύξησης της συμμετοχής των εισαγωγών ανασφάλιστων μεταξύ των πρώτων ετών της κρίσης και του έτους 2013 θα μπορούσε να αιτιολογηθεί υποθέτοντας ότι η διαχρονικά σωρευτική επίδραση της οικονομικής κρίσης πάνω στους πολίτες (κυρίως αύξηση της ανεργίας και έλλειψη ρευστού στον οικογενειακό προϋπολογισμό) αύξησε τους ανασφάλιστους πολίτες που ζητούσαν υγειονομική περίθαλψη από το δημόσιο υγειονομικό σύστημα. Επιπλέον θα μπορούσε να αιτιολογηθεί και ως αποτέλεσμα της αύξησης της νοσηρότητας των ανασφάλιστων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Η Παθολογική και η Χειρουργική κλινική φαίνεται να απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης για νοσηλεία από μέρους των ανασφάλιστων, αφού σύμφωνα με τα ευρήματα, το 60% των εισαγωγών ανασφάλιστων νοσηλεύεται στις δύο αυτές κλινικές. Πάντως η Παθολογική κλινική του νοσοκομείου εμφανίζει ιδιαίτερα αυξητική δυναμική αφού μεταξύ των ετών 2009 (48) και 2013 (128) οι εισαγωγές ανασφάλιστων αυξήθηκαν κατά 167%.

Από την κίνηση των κλινικών θα μπορούσαν να εξαχθούν κάποια βασικά συμπεράσματα σε σχέση με το νοσολογικό προφίλ των ανασφάλιστων πολιτών που νοσηλεύτηκαν στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”. Έτσι τα παθολογικά τα νευρολογικά νοσήματα ή συμπτώματα, καθώς και τα περιστατικά καρδιακού εμφράγματος φαίνεται ότι χαρακτηρίζουν το νοσολογικό προφίλ των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων την περίοδο 2009-2013.

Χρησιμοποιώντας το δείκτη ΜΔΝ, διερευνήθηκε ο βαθμός χρησιμοποίησης των κλινικών υπηρεσιών του νοσοκομείου από τους ανασφάλιστους σε σχέση με το σύνολο των εισαχθέντων για νοσηλεία. Και στα πέντε εξεταζόμενα έτη προκύπτει ότι **η ΜΔΝ των ανασφάλιστων (4,1 ημέρες) υπολείπεται της ΜΔΝ του συνόλου των νοσηλευθέντων (5,5 ημέρες)** αν και φαίνεται ότι μεταξύ των ετών 2012 και 2013 η διαφορά να μειώνεται. Μια πιθανή ερμηνεία του γεγονότος ότι η ΜΔΝ των ανασφάλιστων πολιτών υπολείπεται της γενικής ΜΔΝ και στα πέντε εξεταζόμενα

έτη, δηλαδή οι ανασφάλιστοι χρησιμοποιούν λιγότερο τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ανασφάλιστοι πολίτες ηλικιακά είναι νεότερης ηλικίας και σύμφωνα με διεθνείς έρευνες οι νεότερες ηλικίες εμφανίζουν νοσολογικά χαρακτηριστικά χαμηλότερης επιβάρυνσης και ταχύτερης χρονικά αποκατάστασης σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες και κατά συνέπεια οι νοσοκομειακές υπηρεσίες χρησιμοποιούνται με χαμηλότερη ένταση και διάρκεια. Ένας άλλος λόγος είναι ότι πολλοί ανασφάλιστοι εξέρχονται “λάθρα” από το νοσοκομείο, πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας τους, για να αποφύγουν τη καταβολή νοσηλίων.

Στο σημείο αυτό να προστεθεί ότι **οι εισαγωγές ανασφάλιστων φαίνεται ότι κατά μ.ό. πραγματοποιούνταν με την ίδια συχνότητα σε όλους τους μήνες του έτους**, εξαιρώντας τον μήνα Νοέμβριο που εμφανίζει τη μεγαλύτερη κίνηση και το μήνα Αύγουστο με την μικρότερη κίνηση.

Αναζητώντας τα χαρακτηριστικά της ταυτότητας/προφίλ των ανασφάλιστων που νοσηλεύτηκαν στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” διερευνήθηκαν οι παράμετροι φύλο, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση.

Κατανομή κατά φύλο. Κατά κύριο λόγο άνδρες ανασφάλιστοι ζητούν νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο. Αξιολογώντας τα αποτελέσματα των τελευταίων δύο ετών (2012-2013, που είναι και τα πλέον αξιόπιστα, με ποσοστό άγνωστου φύλου 2,5%), το ποσοστό των ανασφάλιστων ανδρών φθάνει το 58,6%, και των ανασφάλιστων γυναικών το 41,6% του συνολικού πληθυσμού των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων. Το εύρημα αυτό διαφέρει σαφέστατα του αποτελέσματος της απογραφής πληθυσμού της ΕΛΣΤΑΤ (2011), όπου ο γυναικείος πληθυσμός υπερέχει κατά τι του ανδρικού πληθυσμού. Προφανώς οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης, σε επίπεδο ζήτησης για νοσοκομειακές υπηρεσίες πλήττουν περισσότερο το ανδρικό φύλο, αφού οι άνδρες άνεργοι και οι άνδρες μετανάστες είναι αριθμητικά περισσότεροι των αντίστοιχων ομάδων γυναικών.

Εθνικότητα ανασφάλιστων νοσηλευθέντων. Δύο φαίνεται να είναι τα βασικά συμπεράσματα στο ζήτημα της εθνικότητας των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων, α) γενικά **ιδιαίτερα μεγάλος φαίνεται να είναι ο αριθμός (16) των**

διαφορετικών εθνικοτήτων ανασφάλιστων νοσηλευθέντων, που ζήτησαν νοσηλεία στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος” και β) **μειώνονται σημαντικά οι εθνικότητες των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων την περίοδο της κορύφωσης οικονομικής κρίσης (2011-2012)**, μόλις έξι εθνικότητες σε σύγκριση με την προ κρίσης περίοδο (2009) με δεκαέξι εθνικότητες. Στην εργασία δεν θα προχωρήσουμε στην ονομαστική παρουσίαση των εθνικοτήτων για λόγους δεοντολογίας. Πάντως η πραγματικότητα ότι το ερευνώμενο νοσοκομείο χρησιμοποιείται από μεγάλο αριθμό πολιτών διαφορετικών εθνικοτήτων, μας υπενθυμίζει ότι οι υπηρεσίες του νοσοκομείου (ιατρικές/νοσηλευτικές και κυρίως διοικητικές), θα πρέπει να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα επικοινωνίας (κατανόησης γλώσσας) και κατά συνέπεια προβλήματα διαχείρισης των ανασφάλιστων τόσο σε επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας όσο και σε επίπεδο υποδοχής - ενημέρωσης και γραφειοκρατικής διαχείρισης των περιστατικών.

Τέλος σε επίπεδο **οικογενειακής κατάστασης**, τα αποτελέσματα της έρευνας θεωρούνται ιδιαίτερα επισφαλής (σε μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων νοσηλευθέντων δεν δηλώνεται/καταγράφεται η οικογενειακή κατάσταση), και δεν δίνεται η ευκαιρία αξιόπιστης κριτικής ανάλυσης.

Διερευνώντας την πιθανή οικονομική επιβάρυνση του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, από την πιθανή αδυναμία των ανασφάλιστων να καταβάλουν εξ ιδίων πόρων το κόστος νοσηλείας των, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η έρευνα ήταν δειγματοληπτική αφορούσε ένα μόνο έτος (2013), και πραγματοποιήθηκε χειρόγραφα και ανά φάκελο. Αιτία ήταν η έλλειψη λογισμικής διασύνδεσης του “Λογιστηρίου Ασθενών” του Τμήματος Κίνησης Ασθενών με το Λογιστήριο του νοσοκομείου, που έχει ως αποτέλεσμα μέχρι και σήμερα να μην μπορεί να επιβεβαιωθεί τόσο ο αριθμός των ανασφάλιστων με εκκρεμότητες και αφετέρου το επακριβές οφειλόμενο ποσό για νοσήλια ανά περίπτωση και συνολικά.

Σε πρώτη εικόνα φαίνεται ότι ένα **μεγάλο τμήμα ανασφάλιστων πολιτών (70%) αδυνατεί να τακτοποιήσει τις οφειλές του στο νοσοκομείο** (193 περιπτώσεις σε σύνολο 276 εισαγωγών ανασφάλιστων). Επιπλέον, το 63,7% των περιπτώσεων

ανασφάλιστων με οικονομικές εκκρεμότητες στο ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, έχουν ελληνική υπηκοότητα και μόλις το 36,3% των περιπτώσεων είναι αλλοδαποί.

Σε σχέση με το κόστος νοσηλείας οι ανείσπρακτες οφειλές για ένα έτος από ανασφάλιστους πολίτες ανέρχεται στις 90.501,76€, με μέσο κόστος ανά ανασφάλιστο να φθάνει τα 468,92€ ή με μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας τα 114,37€. Αξιολογώντας τα παραπάνω δεδομένα σε σχέση με την εθνικότητα των ανασφάλιστων προκύπτει ότι **το 36,3% των ανασφάλιστων, που εντάσσονται στην κατηγορία “αλλοδαποί”, προκαλούν το 40,72% των ανείσπρακτων νοσηλίων**. Το αποτέλεσμα αυτό δίνει μια πρώτη εικόνα ότι πιθανόν οι περιπτώσεις νοσηλείας των αλλοδαπών ανασφάλιστων να είναι βαρύτερα περιστατικά και ως εκ τούτου να προκαλούν μεγαλύτερο κόστος νοσηλείας για το ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”.

Τα παραπάνω οικονομικά ευρήματα έρχονται συμπληρωματικά να ανατρέψουν την παγιωμένη άποψη ότι οι ανασφάλιστοι πολίτες που επιβαρύνουν οικονομικά το ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι “οι αλλοδαποί - λαθρομετανάστες” ή “οι οικονομικοί πρόσφυγες”. Στη περίπτωση μας **η βασικότερη κατηγορία ανασφάλιστων, με αδυναμία καταβολής των οφειλόμενων φαίνεται να είναι οι πολίτες με ελληνική υπηκοότητα**. Φαίνεται ότι η οικονομική κρίση μετά την παρέλευση πενταετίας έχει πλέον καταλυτική επίδραση και στο στενό πυρήνα της ελληνικής οικογένειας.

Από τη συνολικότερη αξιολόγηση των ευρημάτων **φαίνεται ότι υπάρχει σοβαρό ζήτημα στη λειτουργική δυνατότητα του Τμήματος Κίνησης Ασθενών του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”,**

- **σε επίπεδο προσωπικού** (κυρίως σε επίπεδο γνώσεων, εξειδίκευσης και επιμόρφωσης), αφού το υπάρχων προσωπικό στη μεγάλη πλειοψηφία του προέρχεται από άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου/μετάταξη (νοσηλευτική κλπ.) και δεν έχει εξειδικευτεί ή τουλάχιστον εκπαιδευτεί στα ζητήματα επικοινωνίας και διαχείρισης (χρήση ξένης γλώσσας, ψυχολογική διαχείριση και υποστήριξη περιπτώσεων άνεργων ή προσφύγων κλπ.),
- **σε επίπεδο διαθέσιμων εργαλείων διαχείρισης** των υποχρεώσεων του Τμήματος, με κυρίαρχο ζήτημα την ύπαρξη ενός λειτουργικού λογισμικού

συστήματος, κοινά συμβατού και διασυνδεδεμένου με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου (π.χ. Λογιστήριο) και

- **σε επίπεδο κατευθυντήριων γραμμών και ελέγχου διαχείρισης** των διαδικασιών καταγραφής δεδομένων στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών του νοσοκομείου.

Τέλος, φαίνεται ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της έρευνας στο νοσοκομείο “Ευαγγελισμός” (αύξηση ανασφάλιστων για νοσηλεία, ραγδαία αύξηση των ανασφάλιστων Ελλήνων για νοσηλεία, σημαντική επιβάρυνση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων για την κάλυψη των ανείσπρακτων οφειλών από νοσηλεία ανασφάλιστων κλπ).

Η σύμπτωση των ευρημάτων καταδεικνύει ότι η οικονομική κρίση στην Ελλάδα επιβαρύνει ισοδύναμα το σύνολο των νοσοκομείων ανεξάρτητα του μεγέθους των και ότι η κατηγορία “Έλληνες ανασφάλιστοι” αποτελούν την μέγιστη πλειοψηφία των ανασφάλιστων πολιτών που ζητούν νοσηλεία από το δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αναγνωστόπουλος Φ., (2010), "Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική και σωματική υγεία", Νέα Υγεία, τ. 70

Βαβούρας Γ., Μηλιού Γ., Ιωακείμογλου Η., Μίνογλου Θ., Σταμάτης Γ., (1990), *Οικονομική κρίση και κρατική πολιτική – Η νεοφιλελεύθερη συντηρητική στροφή στην Ελλάδα σήμερα*, εκδ. Κριτική, Αθήνα

Βασιλόπουλος Α., (2013), "7+1 νέες πληγές στο ασφαλιστικό, μέχρι το 2015", εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 03-03-2013

Βέργου Ν., (2011), "Νέο τετραπλό χτύπημα στην Υγεία", εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 05-07-2011

Βήχας Γ., (2014), "Ανασφάλιστοι αυτοί οι άγνωστοι", αφιέρωμα στο TVXS, 09-01-2014

Γούλα Α., (2007), *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*, εκδόσεις Παπαζήση, Β' έκδοση, Αθήνα

Δαλαμάγκας Β., (2010), *Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική*, εκδ. Κριτική, Αθήνα

Δρούμπαλης Φ., (2010), "Σύγχρονες Μονάδες Υγείας", Σημειώσεις, Τμήμα ΔΕΟ, ΤΕΙ Πελοποννήσου, Καλαμάτα

ΕΟΠΥΥ (2011). "Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας", http://www.ggka.gr/in_main_newnomoi, htm

ΕΣΔΥ, 2010, "Δαπάνες και περικοπές Υγείας την περίοδο του Μνημονίου. Αφιέρωμα: Οικονομική Κρίση και Υγεία", Τα νέα της ΕΟΠΕ, Αθήνα

Ευθυμιάδου Δ., (2012), "Το μνημόνιο τρώει και τα φίλτρα νεφρού! Σε κίνδυνο Νεφροπαθείς", ηλεκτρονικό περιοδικό Iatropedia gr., 25/5/2012

Ευθυμιάδου Δ., (2013), "Το μνημόνιο οδηγεί το ΕΣΥ! Αύξηση περιστατικών αλλά ψαλίδισμα προσωπικού", ηλεκτρονικό περιοδικό Iatropedia gr., 22/01/2013,

Ευθυμιάδου Δ., (2014), "Το μνημόνιο τρώει και τα φάρμακα στο ΕΣΥ! Πόσο κουρεύτηκαν", ηλεκτρονικό περιοδικό Iatropedia gr., 07/11/14

Ευθυμίου Α., Κανακίδου Χ., Μανωλουδάκη Θ., (2009), *Η οικονομική κρίση του 2008 και πως επηρεάζει το κλάδο της ένδυσης στην Ελλάδα*, εκδ. Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Θεοδώρου Θ., (2010), "Η Οικονομική Κρίση", www.alfavita.gr

ΙΟΒΕ, (2011), “Μελέτη για τις Δαπάνες και τις πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα, κατά την περίοδο του Μνημονίου”, Αθήνα

Καζάκης Δ., (2011), “Η ελληνική Πομπηία. Το χρονικό της προαναγγελθείσας χρεοκοπίας”, εφημ. Το Ποντίκι, Αθήνα

Καιτανίδη Μ., (2012), “Κράχ στο ΕΣΥ, με μεταξύ άλλων αύξηση στις εισαγωγές ασθενών”, εφημερίδα Τα Νέα, 30-08-2012, σ. 16 και 25

Καϊτανίδη Μ., Δεβέτζογλου Γ., (2014), “Ανασφάλιστη Βόμβα”, Ρεπορτάζ στην εφ. ΤΑ ΝΕΑ, 10-10-2014, σ. 2

Καμπόλης Χ, Τραυλός Ν., (2011), “Τα αίτια της σύγχρονης χρηματοπιστωτικής κρίσης”, Σημειώσεις από διάλεξη με τίτλο *Το Μάνατζμεντ σε καιρούς κρίσης*, Αθήνα

Καπερνάρος Β., (2012), “Κόστος περίθαλψης παράνομων μεταναστών και ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες”, *latronet.gr*, 5-10-2012

Κάτιος Α., Παυλίδης Γ., (2002), *Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις*, εκδ. Rosili, Αθήνα

Κυριακού Κ., (2012), “Ολόκληρη η λίστα με τους 255 φορείς που κλείνουν”, εφημερίδα Το Έθνος, 22-07-2012

Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2010), “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τ. 27

Κυριόπουλος Γ., (2011), “Πέραν του Μνημονίου. Ανασυγκρότηση ή collapses στο Σύστημα Υγείας;”, Πρακτικά της συνεδρίασης της Ειδικής Επιτροπής Ανεξάρτητων Εμπειρογνομημόνων για την Υγεία, με θέμα “Μνημόνιο και Υγεία”, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ., (2014), “Οι υγειονομικές επιπτώσεις από την κρίση”, συνέντευξη στην εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, φ. 10-10-2014

Κοντός Δ., (2013), “Από το μνημόνιο στη συγκρότηση του υγειονομικού τομέα”, εισήγηση στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνοαμερικάνικου Εμπορικού Επιμελητηρίου Healthworld, 19-09-2013, Αθήνα

Λίτου Μ., (2011), “Επιχείρηση “Γενόσημα Φάρμακα””, εφημερίδα Αγγελιοφόρος, 21/07/2011

Μακαρέζος Ν., (2006), *Η Οικονομία της Ελλάδος*, Αθήνα

Μαντάλης-Χατζηαγγελής Α., (2012), *Διεθνείς Οικονομικές κρίσεις*, εκδ. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Μαραβέγιας Π., (2013), *Τα εκατό κομμάτια της κρίσης στην Ελλάδα, την Ευρώπη, τον κόσμο*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα

Μεγαλοοικονόμου Θ., 2011, “Οι ζοφερές επιπτώσεις των μέτρων της ΕΕ και του ΔΝΤ στην Ψυχική Υγεία και την Ψυχολογία της αντίστασης”, εφ. Ελευθεροτυπία, 20-09-2011, Αθήνα

Μόσχου Ι., (2011), “Μνημόνιο εξοικονόμησης 1,4 δις. από ηλεκτρονική συνταγογράφηση”, εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 27/01/2011

Νεγκής Α., (2012), “Φαρμακευτική αγορά. Τα μέτρα σόκ του Μνημονίου”, εφημ. Χρήμα, 01/01/2012

Νεγκής Α., (2012), “Το μνημόνιο βλάπτει σοβαρά την Υγεία”, εφημερίδα Ο Κόσμος του Επενδυτή, 19-11-2013

Νικολαΐδης Γ., (2011), “Οι επιπτώσεις των πολιτικών του ΔΝΤ στην Υγεία. Μαθήματα από την εμπειρία και στην πράξη επιβεβαίωσή τους στην Ελλάδα”, 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για την Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας, 14-17/12/2011, Αθήνα

Νικολαΐδης Γ., (2012), “Παραλληλισμοί των επιπτώσεων των πολιτικών του ΔΝΤ στην Ελλάδα και διεθνώς”, Δρόμος, 13-04-2012, Αθήνα

Οικονόμου Χαρ., (2012), “Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας”, Επιστημονικές εκθέσεις (Reports)/7, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, σ. 98. Αθήνα

Οργανισμός του ΝΘΠ “Η Παμμακάριστος”, (2012), Υπουργική Απόφαση με αρ. Υ4α.39184/10-04-2012, ΦΕΚ τ. 2^ο, αρ. φ. 1255/11-04-2012

Παναγιώτου Β., (2013), “Επαγγελματική εξουθένωση και κρίση πλήττει υγειονομικούς και αρρώστους”, εφημερίδα Ριζοσπάστης, 28-02-2013

Παπαδόπουλος Γ., Καρανίκας Χ., (2014), “Η Υγεία σε κρίση: Στον πατριωτισμό των εθελοντών επαφίενται οι ανασφάλιστοι”, ΤΑ ΝΕΑ gr., δημοσίευση 07/01/2014 08:00

Παπαθεοδώρου Σ., Ψυχογιός Α., (2011), “Η υγεία στο στόχαστρο”, Άρση, 15/12/2011

Πετροπούλου Ε., (2012), “Ράιχενμπαχ-Λοβέρδος κλείδωσαν στις δαπάνες για την υγεία”, εφημ. Ημερησία, 07-04-2012, σ. 35

Πετροπούλου Μ., (2000), “Το πραγματικό κόστος της περίθαλψης λαθρομεταναστών, τα επιχειρήματα του υπουργείου Υγείας και τι λένε όσοι διαφωνούν”, ΤΑ ΝΕΑ, δημοσίευση, 20-08-2000, Αθήνα

Πολυζόπουλος Εμ., (2014), “Ο νόμος περί ΕΟΠΥΥ, το Μνημόνιο και οι εξελίξεις στην Υγεία”, Ανεξάρτητο Βήμα Ιατρών, 07/11/2014

Ρούσσου Θ., (2009), *Ο Ιεράρχης Γεώργιος Χαλαβαζής, πρόδρομος και προφήτης των καιρών μας (+1957)*, Γραφείο Καλού Τύπου, Ιερά Μονή “Η Παμμακάριστος”, Αθήνα

Ρωμαίος Γ., (2012), *Η Ελλάδα των Δανείων και των Χρεωκοπιών*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα

ΣΕΠΕ, (2013), “Εξαμηνιαία στατιστικά δεδομένα ΣΕΠΕ”, Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας, Ιούλιος 2013, Αθήνα

Σιάτρας Γ., (2013), Οι ζημιές μας, κέρδη τους – Η λεηλασία της Ελλάδας, εκδ. EuroCapital, Αθήνα

Στράντζαλης Γ., (2010), *Η ελληνική οικονομική κρίση του 2008*, Αυτοέκδοση, Αθήνα

Συλλογικό, (2012), *Από την ένταξη στη κρίση. Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα

Ταλιουρίδη Σ., (2012), *Οι οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα από την εποχή του Τρικούπη μέχρι σήμερα. Διαφορές και ομοιότητες*, εκδ. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Τόλιος Γ., (2011), Το “επαχθές” χρέος, μηχανισμός οικονομικής εκμετάλλευσης και εθνικής κηδεμονίας, Μαρξιστική Σκέψη, Αθήνα

Τσίμας Π., (2012), Το ημερολόγιο της κρίσης, εκδ. Μεταίχμιο, Αθήνα

Τσουλφίδης Λ., , (2011), *Οικονομική Ιστορία της Ελλάδας*, εκδ. Πανεπιστημίου Θεσ/κης, Θεσσαλονίκη

Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α., (2012), *Οργάνωση και Διοίκηση*, εκδόσεις Rosili, Αθήνα

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, (2011), “Διαφορές μεταξύ νέου Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας και του ισχύοντος καθεστώτος”, Δελτίο Τύπου Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 29 Σεπτεμβρίου 2011, Αθήνα

Υπουργείο Οικονομικών, (2011),” Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, 4^ο Επικαιροποιημένο Πρόγραμμα”, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2011), “Πρόταση Λειτουργικών Αναδιατάξεων Μονάδων Υγείας ΕΣΥ”, ΥΥΚΑ, Αθήνα

Φυντανίδου Ε., (2012), “Μειώνεται το ποσοστό αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ για νοσηλεία και φαρμακευτική αγωγή”, εφημερίδα Το Βήμα, 01/11/2012

Φούσκας Θ. Οικονόμου Χ., (2011), “Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής”, στο Μαγριπλής, Δ. (επιμ.), Πολιτισμός και Διαφορετικότητα: Εμείς και οι Άλλοι, εκδ. Σταμούλη, Θεσσαλονίκη

Χρήστου Ν., (2010),” Έκοψαν 220 ιατρικές εξετάσεις”, εφημερίδα Ριζοσπάστης, 10/11/2010

Ξενόγλωσση

Bruner R., Carr S., (2007), *The Panic of 1907. Lessons learned from the Market's perfect storm*, John Wiley & Sons, Canada

Burgan M., (2011), *The Great Depression*, Capirose Press, Minnessota, USA

ESY.net (2013), "Εισαγωγή Στοιχείων Μονάδων Υγείας", www.moh.gov.gr

Knight J., (2010), *The Euro Crisis for Dummies*, John Willey & Sons, West Sussex

Macewan A., (2010), "Τα προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής του ΔΝΤ έχουν κάκιστο ιστορικό", συνέντευξη, εφημ. Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 7/3/2010

Madura J., (2010), *International Financial Management*, South-Western Cengage Learning, USA

Waitzkin H., (2010), "Συνταγή αποτυχίας οι ανοησίες του ΔΝΤ", εφημ. Ελευθεροτυπία, 07-03-2010

Waitzkin H., (2011), "Όπου πήγε το ΔΝΤ είχαμε επιπτώσεις στην Υγεία", εφ. Ελευθεροτυπία, συνέντευξη, 16-10-2011

Παράρτημα

1η ΥΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ

Ν.Θ.Π. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ

ΕΤΟΣ : 2013

ΤΟΜΕΙΣ	ΤΜΗΜΑΤΑ	ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ	ΕΙΣΑΧΘΕΝΤΕΣ		ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	ΑΡ. ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΟΕΜ	ΑΡ. ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΟΕΜ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΕΞΟΔΟΙ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΜΕΣΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ	ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ ΚΛΙΝΩΝ %
				από ΤΕΠ	από ΤΕΙ									
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12		253	9				6	355	1.791	4.380	5	41
	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	25		462	13					460	4.238	9.125	12	46
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	46		2126	174				139	2217	17.103	16.790	47	102
	ΜΑΦ	8		197	9				50	278	1.671	2.920	5	57
	ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ (ΜΕ)	4		203	5				13	117	730	1.460	2	50
	ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘ/ΚΩΝ ΤΟΜΕΑ	95		3241	210	255	0	0	208	3427	25.533	34.675	70	74
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	20		544	562	39				1106	1.265	7.280	3	17
	ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	45		1165	167				22	1340	6.402	16.425	18	39
	ΩΡΛ	10		268	167	16				432	1.301	3.650	4	36
	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ													
	ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡ/ΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	75		1977	896	290			22	2878	8.968	27.375	25	33
ΣΥΝΟΛΑ		170	0	5218	1106	545	0	0	230	6305	34.501	63240	95	54,56
ΒΡΑΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΕΠ		0												
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΝΟΛΑ		170		6324										

Πηγή: τμήμα πληροφορικής Ν.Θ.Π. "Η Παμμακάριστος"