

# Οικονομικοί Στόχοι στον Τομέα της Υγείας Οικονομικοί Στόχοι στον Τομέα της Υγείας

Ευάγγελος Β. Τσακνάκης

Φοιτητική Εργασία (ΠΥΣ61480, ΑΠΚΥ)  
Αθήνα, 3-2015

Περιεχόμενα:

Εισαγωγή

1. Επίτευξη Οικονομικών Στόχων στον Τομέα της Υγείας

1.1. Οικονομικοί Στόχοι

1.2. Ληφθέντα Μέτρα

1.3. Επίτευξη Οικονομικών Στόχων

2. Ήταν οι στόχοι ορθολογικοί και τεκμηριωμένοι;

3. Οικονομική Βιωσιμότητα των Δημόσιων Παρόχων Υγείας και Εξασφάλιση Προσβασιμότητας

Καλές Πρακτικές για την Αντιμετώπιση της Κρίσης

3.1. Το Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Λάρισας

3.2. Η Δράση του Ερυθρού Σταυρού στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης και την περιοχή της Πιερίας

Συμπεράσματα

Νομοθεσία

Βιβλιογραφία

## Περίληψη

Η μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι το έτος 2009 οι δαπάνες ήταν ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, αποτέλεσε βασικό οικονομικό στόχο της τελευταίας πενταετίας. Λήφθηκαν μια σειρά από μέτρα, όπως επανεκτίμηση των τιμών, χρήση γενόσημων φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, σύσταση του ΕΟΠΥΥ και οικονομική συμμετοχή των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη και κατά την πρόσβασή τους στους υγειονομικούς φορείς.

Σε οικονομικό επίπεδο οι στόχοι επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό, καθώς οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν αρκετά από το 2009. Θα έπρεπε, όμως, να ληφθούν άμεσα υπόψη από τους σχεδιαστές της πολιτικής της υγείας, οι αρνητικές συνέπειες για την υγεία των πολιτών και κατά συνέπεια για το σύστημα υγείας, δεδομένου ότι η καλή υγεία των πολιτών πιθανά δεν θα επιβαρύνει περισσότερο το σύστημα της υγείας και οι υγιείς πολίτες παράγουν περισσότερο. Τα μέτρα που λήφθηκαν στην πορεία της οικονομικής κρίσης, τα οποία ήταν ορθολογικά και τεκμηριωμένα αφορούσαν το πρόγραμμα “Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης” (2013) και την πρόσβαση

στην υγειονομική και φαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων από το 2014, όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες.

Δεν έχει, μέχρι στιγμής, ληφθεί μέριμνα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την αύξηση της ζήτησης των ασθενών από τους δημόσιους φορείς υγείας, την εξάλειψη του φαινομένου των άτυπων πληρωμών, τη διευκόλυνση της πρόσβασης των συνταξιούχων και των χρονίως πασχόντων, καθώς και την ισότιμη πρόσβαση των ΡΟΜΑ και των μεταναστών.

Ο τομέας της πρόληψης και της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα έχει υποστεί μεγάλες περικοπές. Οι ενέργειες αυτές εντείνουν την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, ενώ οι μελλοντικές αρνητικές συνέπειες θα είναι, πιθανόν, αναπόφευκτες για το σύστημα της υγείας.

Σε κάποιες χώρες ιδρύθηκαν είτε κινητές μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών είτε κοινωνικές δομές για την αντιμετώπιση του προβλήματος της πρόσβασης των ασθενών στην περίθαλψη και τη φροντίδα. Στην Ελλάδα δημιουργήθηκαν κοινωνικές δομές κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, όπως κοινωνικά ιατρεία, ενώ ήδη κοινωνικοί φορείς, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και στη συγκράτηση των δαπανών των φορέων υγείας, αρκεί, προηγουμένως, να έχει αναλυθεί και αξιολογηθεί το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον των φορέων..

## Εισαγωγή

Την τελευταία πενταετία οι οικονομικοί στόχοι που τέθηκαν για την υγεία ήταν η μείωση των δαπανών, καθώς η Ελλάδα το έτος 2009 παρουσίαζε τους υψηλότερους δείκτες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται οι κύριοι οικονομικοί στόχοι που έχουν τεθεί, τα μέτρα που λήφθηκαν και ο βαθμός επίτευξης των στόχων. Επιπλέον, θα συζητηθεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι στόχοι είχαν τεθεί ορθολογικά και τεκμηριωμένα, σε σύγκριση -για ορισμένες περιπτώσεις- με τον τρόπο που ασκούνται αντίστοιχες πολιτικές σε άλλες χώρες. Τέλος, θα αναλυθούν δύο παραδείγματα κοινωνικών δομών που δημιουργήθηκαν ή ενισχύθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και ο τρόπος που συμβάλλουν στην οικονομική βιωσιμότητα δημόσιων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.

## 1. Επίτευξη Οικονομικών Στόχων στον Τομέα της Υγείας

### 1.1. Οικονομικοί Στόχοι

Οι οικονομικοί στόχοι που είχαν τεθεί την τελευταία πενταετία αφορούσαν τη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης η οποία το έτος 2009 είχε αυξηθεί στα 5,2 δις € έναντι των 3,0 δις € που ήταν το 2005 (73% αύξηση). Προκειμένου η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να προσεγγίσει τα επίπεδα της Ευρωζώνης τέθηκε από την Τρόικα (Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, Ευρωπαϊκή Ένωση και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο) μια σειρά μέτρων.<sup>1</sup>

Στον παρακάτω πίνακα 1 επιχειρείται σύγκριση των συνολικών δαπανών μεταξύ ορισμένων χωρών και της Ελλάδας, για την οποία το έτος 2009 διαφαίνονται οι υψηλές δαπάνες για την υγεία που αγγίζουν το 10,03% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Στον επόμενο πίνακα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) - Πίνακας 2- αποτυπώνονται τα στοιχεία των ετών από το 2009 μέχρι το 2012 και διαπιστώνεται η μείωση της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας (σε εκατομμύρια Ευρώ) της Γενικής Κυβέρνησης και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης. Έτσι από 16.104,4 εκατομμύρια Ευρώ που ανερχόταν η δημόσια δαπάνη το έτος 2009, οι οποία θεωρήθηκε υψηλή, το έτος 2012 μειώθηκε στα 12.033,4 εκατομμύρια Ευρώ.

### 1.2. Ληφθέντα Μέτρα

Τα μέτρα που λήφθηκαν για τη μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας αφορούσαν την επανεκτίμηση των τιμών και τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων (N.3117/2013), καθώς οι γιατροί υποχρεώθηκαν πλέον να συνταγογραφούν τη δραστική ουσία και όχι με βάση την επωνυμία του φαρμάκου (εκτός από ορισμένες παθήσεις, π.χ. αλλεργίες). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, με το Ν. 3892/2010 που εφαρμόστηκε υποχρεωτικά το έτος 2012, καθώς και η σύσταση του ΕΟΠΥΥ (Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας),<sup>2</sup> με το ΦΕΚ 3010/2011 αποτέλεσαν σειρά των επιβληθέντων μέτρων.

Το 2011 εφαρμόστηκε, επίσης, η πληρωμή των € 5,0 (N. 3868/2010) από τους ασθενείς για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τα κέντρα υγείας, ενώ το 2014 εφαρμόστηκε η πληρωμή των € 25 για την είσοδο στα νοσοκομεία, η οποία ανακλήθηκε άμεσα, λόγω των αντιδράσεων των επαγγελματιών υγείας και του κόμματος της αξιωματικής αντιπολίτευσης.<sup>3</sup>

### 1.3. Επίτευξη Οικονομικών Στόχων

Η επίτευξη των στόχων στα οικονομικά δεδομένα, σαφώς, σημείωσε μεγάλη πρόοδο. Την τελευταία πενταετία -από την έναρξη της ελληνικής οικονομικής κρίσης- οι δαπάνες για τον Τομέα της Υγείας μειώθηκαν συνολικά περισσότερο από 24%, λόγω της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης και της μείωσης των “εικονικών” πληρωμών για αχρείαστη υγειονομική φροντίδα.<sup>4</sup>

Το 2011, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε στα € 4,0 δις (1,9% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος) και το 2012 άγγιξε τα 2,88 δις € (1,48% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος), σημειώνοντας μείωση κατά 44,6% από το 2009. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 35% τα έτη 2012-2013, αλλά αυξήθηκε η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, καθώς οι ασθενείς υποχρεώθηκαν να καλύψουν τη διαφορά μεταξύ της λιανικής τιμής και της ασφαλιστικής συμμετοχής του φαρμάκου. Σημαντική ήταν για τον ΕΟΠΥΥ (> 50%) η εξοικονόμηση από τα καρδιολογικά και νευρολογικά φάρμακα, λόγω της μεγαλύτερης ιδιωτικής συμμετοχής και λόγω της μείωσης των τιμών των φαρμάκων.<sup>5</sup>

### 2. Ήταν οι στόχοι ορθολογικοί και τεκμηριωμένοι;

Η πολιτική της υγείας επικεντρώθηκε κυρίως στην άμεση δημοσιονομική προσαρμογή παραλείποντας να προβεί σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και να φροντίσει εξ αρχής για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, δεδομένου, μάλιστα, ότι η ανεργία που ανέρχεται στο 27% δεν αναμένεται να μειωθεί σημαντικά τα επόμενα έτη.<sup>6</sup> Οι ιθύνοντες της χάραξης της πολιτικής για την υγεία φαίνεται πως δεν έλαβαν άμεσα υπόψη τους τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχουν τα δημοσιονομικά μέτρα σε μακροοικονομικό επίπεδο. Δηλαδή, αγνόησαν, ίσως, ότι η καλή υγεία είναι άμεσα συνυφασμένη με την απασχόληση, την αυξημένη παραγωγικότητα και το υψηλότερο εισόδημα, καθώς και ότι η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας των πολιτών διατηρεί παράλληλα το ανθρώπινο εργατικό δυναμικό σε υγιή και κατά συνέπεια σε καλύτερη παραγωγική κατάσταση, ακόμη και στις περιπτώσεις των ανέργων.<sup>7</sup>

Τον Σεπτέμβριο 2013, ωστόσο, η Ελλάδα ξεκίνησε ένα πρόγραμμα “Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης”,<sup>8</sup> με στόχο την κάλυψη των μακροχρόνια ανέργων και των προστατευόμενων μελών τους, οι οποίοι απώλεσαν την ασφαλιστική τους κάλυψη. Τα εισιτήρια ισχύουν για τέσσερις μήνες και προβλέπουν μέχρι τρεις επισκέψεις

1 Siskou et al (2014), p.p. 107-114.

2 Siskou et al (2014), p.p. 107-114.

3 Eurofound (2014), p. 17.

4 Goranitis et al (2014), p.p. 279-284.

5 Siskou et al (2014), p.p. 107-114.

6 Goranitis et al (2014), p.p. 279-284.

7 Υφαντόπουλος (2000), σ. 82.

8 Βλ. Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης (Διαδικτυακές Πηγές).

σε γιατρό ή διαγνωστικό κέντρο, και μέχρι επτά επισκέψεις για τη φροντίδα εγκύων γυναικών. Από τον Ιούνιο 2014 όλοι οι ανασφάλιστοι, πλέον, έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε φαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη, εφόσον κριθεί ότι έχουν ανάγκη. Το κόστος επιβαρύνει τον ΕΟΠΥΥ και τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Οικονομικών. Σε άλλες χώρες της Ε.Ε., στη Βουλγαρία, για παράδειγμα, οι ανασφάλιστοι πολίτες της χώρας δύνανται να αγοράσουν δημόσια ασφάλιση, ενώ σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης στους ανασφάλιστους, μέσω αρμόδιων υπηρεσιών, δύνανται να παρασχεθούν δωρεάν υγειονομικές υπηρεσίες. Στο Λουξεμβούργο, όταν οι πολίτες καθίστανται άνεργοι, η ασφάλισή τους μεταφέρεται αυτόματα από τον εργοδότη στην Εθνική Υπηρεσία Απασχόλησης της χώρας, εφόσον δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για οποιαδήποτε άλλη μορφή ασφάλισής τους.<sup>9</sup>

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έστρεψε τη ζήτηση υγειονομικής φροντίδας προς τους δημόσιους υγειονομικούς φορείς και κυρίως στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών, λόγω της δωρεάν και άμεσης πρόσβασης (εικοσιτετράωρες εφημερίες) και λόγω της πιθανότητας οι ασθενείς να μην καταβάλουν κάποιο κόστος, καθώς στη χώρα μας, όπως και στη Σλοβακία, οι εργαζόμενοι στους τομείς που πλήττει περισσότερο η οικονομική κρίση είναι ανασφάλιστοι, γιατί έχουν χρέη είτε προς τις δημόσιες αρχές είτε προς τους φορείς ασφάλισης υγείας. Το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών (φακελάκια), επίσης, δεν έχει εξαλειφθεί.<sup>10</sup> Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της αύξησης της ζήτησης υγειονομικής φροντίδας προς δημόσιους υγειονομικούς φορείς και των άτυπων πληρωμών θα έπρεπε να αναζητηθούν λύσεις.

Λύσεις ακόμη θα έπρεπε να αναζητηθούν για τη διευκόλυνση της πρόσβασης των συνταξιούχων και την ισότιμη πρόσβαση των ΡΟΜΑ και των μεταναστών. Στην Ελλάδα, όπως και στην Πορτογαλία, η μείωση των ποσών των συντάξεων δυσχεραίνει την υγειονομική πρόσβαση των ηλικιωμένων, δεδομένου, μάλιστα, ότι αρκετά μέλη νοικοκυριών έχουν ως κύρια πηγή εισοδήματος τις συντάξεις. Επιπλέον, στην Ελλάδα, περίπου το 60% των ασθενών με χρόνιες παθήσεις βιώνει δυσκολίες στη θεραπεία του, ενώ στην Πορτογαλία απαλλάσσονται από την επιβάρυνση για τις υγειονομικές υπηρεσίες.<sup>11</sup> Στην Ελλάδα, το έτος 2011, καταδείχθηκε ότι οι ΡΟΜΑ των αγροτικών περιοχών αντιμετώπιζαν εμπόδια στην είσοδο των υπηρεσιών υγείας λόγω του αυξημένου χρόνου αναμονής, της στάσης των επαγγελματιών υγείας και του υψηλού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και των φαρμάκων. Στη Ρουμανία, λόγω της αυστηρότερης

εφαρμογής του δικαιώματος για τα κριτήρια του ελάχιστου εισοδήματος, οι ΡΟΜΑ έχουν ευκολότερη πρόσβαση. Η πρόσβαση των μεταναστών στις υγειονομικές υπηρεσίες της Ελλάδας, κατά το 2012, αντιμετώπιζε δυσκολίες λόγω του μικρού ποσοστού ασφάλισης των μεταναστών (56%). Η Ισπανία και η Πορτογαλία εμφανίζουν καλύτερους δείκτες λόγω ισότιμης διαχείρισης.<sup>12</sup>

Το μειωμένο εισόδημα των πολιτών, πράγματι, μπορεί να αποτρέψει βλαβερές συνήθειες όπως η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ. Λόγω της οικονομικής κρίσης, ακόμη, μειώθηκαν τα τροχαία ατυχήματα και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Οι αρνητικές της, όμως, συνέπειες για την υγεία εντοπίζονται στην εργασιακή και στεγαστική ανασφάλεια η οποία εντείνει ή δημιουργεί προβλήματα ψυχικής υγείας (διαταραχή διάθεσης, άγχος, προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ). Επιπλέον, οι κακές διατροφικές συνήθειες -ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης- προκαλούν αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία. Ο τομέας της πρόληψης έχει υποστεί ιδιαίτερα μεγάλες περικοπές σε ορισμένες χώρες. Στην Ελλάδα η μειωμένη πρόληψη συνδέθηκε με αύξηση μεταδοτικών ασθενειών (HIV, φυματίωση, ελονοσία, γρίπη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα). Η κακή ψυχική υγεία (κατάθλιψη), που εντάθηκε λόγω της οικονομικής κρίσης, οδήγησε στην αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα και την Ιρλανδία κατά 17% και 13%, αντίστοιχα. Στη Λετονία οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 17% μεταξύ του 2007 και του 2008. Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση για τη στήριξη της ψυχικής υγείας μειώθηκε κατά 20% το 2011 και επιπλέον κατά 55% το 2012.<sup>13</sup> Οι περικοπές στην πρόληψη και τη στήριξη ψυχικής υγείας μπορεί να αποδειχθούν καταστροφικές πρακτικές για τη δημόσια υγεία και το υγειονομικό σύστημα.

Για την αντιμετώπιση της δυσκολίας της πρόσβασης των ασθενών στις υγειονομικές υπηρεσίες της Λετονίας, οι οποίοι βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές ιδρύθηκαν μικρές κινητές μονάδες παρέχοντας βασικές υπηρεσίες υγείας. Στη δε Βουλγαρία ιδρύθηκαν αντίστοιχα κέντρα έκτακτης ιατρικής ανάγκης.<sup>14</sup> Στην Ελλάδα, με την εφαρμογή του προγράμματος “Καλλικράτης” της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ορίσθηκε η μεταφορά ευθυνών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση σχετικά με τη φροντίδα ηλικιωμένων και την πρόληψη. Ωστόσο, δεν αντισταθμίστηκε ισοδύναμα η παραχώρηση οικονομικών κονδυλίων για την κάλυψη αυτών των αναγκών. Στη Νορβηγία, οι δήμοι έχουν λάβει πρόσθετες ευθύνες για την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών από τον Ιανουάριο του 2012.<sup>15</sup> Σε αρκετές

9 Eurofound (2014), p.p. 15-16, 29.

10 Eurofound (2014), p. 2-3, 15-16, 21.

11 Eurofound (2014), p.p. 24-25.

12 Eurofound (2014), p. 23.

13 Eurofound (2014), p.p. 18-19, 25-26.

14 Eurofound (2014), p. 38.

15 Hand out (2014), p. 33.

χώρες δημιουργήθηκαν κοινωνικοί φορείς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκλήθηκαν από την οικονομική κρίση.<sup>16</sup> Οι φορείς αυτοί, ασφαλώς, επηρεάζουν οικονομικά τους κατά τόπους δημόσιους φορείς υγείας και διευκολύνουν την πρόσβαση των ασθενών στην υγειονομική φροντίδα και την περίθαλψη.

### **3. Οικονομική Βιωσιμότητα των Δημόσιων Παρόχων Υγείας και Εξασφάλιση Προσβασιμότητας**

Οι κοινωνικοί φορείς που είτε δημιουργήθηκαν είτε ενισχύθηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, σαφώς αποτελούν ένα σημαντικό πόρο οικονομικής ενίσχυσης, με τη συγκράτηση των δαπανών, των δημόσιων υγειονομικών φορέων. Στη συνέχεια της μελέτης εξετάζονται δύο καλές πρακτικές και προοπτικές κοινωνικών φορέων. Όμως, θα πρέπει να τονισθεί ότι όποια πολιτική χρηματοδότησης ή συνεργασίας εφαρμοσθεί προαπαιτεί, οπωσδήποτε, την ανάλυση και την αξιολόγηση τόσο του εσωτερικού όσο και του εξωτερικού περιβάλλοντος (οικονομικοί παράγοντες, δημογραφικό προφίλ, ανθρώπινοι πόροι κλπ).<sup>17</sup>

## **Καλές Πρακτικές για την Αντιμετώπιση της Κρίσης**

### **3.1. Το Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Λάρισας**

Το “Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο, Τόπος Αλληλεγγύης” της Λάρισας<sup>18</sup> αποτελεί κοινωνική δομή που δημιουργήθηκε και λειτούργησε στην περίοδο της οικονομικής κρίσης (2012) για να προσφέρει υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες που έχουν πραγματική ανάγκη. Λειτουργεί τέσσερις ημέρες την εβδομάδα, πρωινές και απογευματινές ώρες. Οι υπηρεσίες του κοινωνικού ιατρείου παρέχονται δωρεάν και συμμετέχουν ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, όπως παθολόγοι, καρδιολόγοι, παιδίατροι, γυναικολόγοι κ.ά. Επιπλέον, ιατροί που συνεργάζονται δέχονται δωρεάν επισκέψεις ασθενών στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Το κοινωνικό ιατρείο συγκεντρώνει και φάρμακα από τους πολίτες για να τα προσφέρει σε όποιους τα έχουν ανάγκη, καθώς συνεργάζεται με το κοινωνικό φαρμακείο της πόλης, το οποίο δραστηριοποιείται ως κοινωνική δομή για τη διάθεση φαρμάκων. Το προφίλ των ασθενών που επισκέπτονται το κοινωνικό ιατρείο της Λάρισας σχηματίζεται από τους ανέργους, τους ανασφάλιστους και από εκείνους που έχουν πολύ χαμηλά εισοδήματα.<sup>19</sup>

Ο εν λόγω κοινωνικός φορέας ιδρύθηκε στη Λάρισα για να προσφέρει δωρεάν υγειονομική φροντίδα σε ασθενείς, οι οποίοι κρίνονται εάν έχουν ανάγκη. Ασφαλώς όμως συμβάλλει και στη μείωση των δαπανών των δημόσιων υγειονομικών φορέων της Λάρισας, καθώς μέρος των ανασφάλιστων και των ανέργων ασθενών επισκέπτονται το κοινωνικό ιατρείο και όχι κάποιο από τα δημόσια νοσοκομεία της πόλης. Το κοινωνικό ιατρείο – φαρμακείο απολαμβάνει τη στήριξη της τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς στεγάζεται σε κεντρικό σημείο της πόλης της Λάρισας σε κτήριο που παραχώρησε ο δήμος Λαρισαίων για το σκοπό αυτό, ενώ ο δήμος καλύπτει και τις λειτουργικές του ανάγκες. Ασφαλώς, οι υγειονομικοί φορείς της πόλης οφείλουν να εκμεταλλευθούν στο έπακρο τις κοινωνικές δομές που δημιουργήθηκαν στη Λάρισα προκειμένου να εξασφαλίσουν την οικονομική τους βιωσιμότητα, αλλά και την προσβασιμότητα για τους ασθενείς, χωρίς να υπερβαίνουν τους προϋπολογισμούς τους.

### **3.2. Η Δράση του Ερυθρού Σταυρού στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης και την περιοχή της Πιερίας**

Το παράρτημα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στην Κατερίνη ιδρύθηκε το έτος 2008 και περιλαμβάνει τέσσερα τμήματα μεταξύ των οποίων το Σώμα Εθελοντών Διασωστών – Ναυαγοσωστών και το τμήμα Νοσηλευτικής. Ο Ε.Ε.Σ. δραστηριοποιείται στην πιστοποιημένη εκπαίδευση για τη στελέχωση των τμημάτων του. Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού τμήματος οι εθελοντές πραγματοποιούν 150 ώρες πρακτική άσκηση στο γενικό νοσοκομείο Κατερίνης. Εθελοντές, νοσηλευτές και μη, του Ε.Ε.Σ. προσφέρουν, ακόμη, εθελοντική εργασία στο γηροκομείο της Ιεράς Μητρόπολης Κίτρους, Κατερίνης και Πλαταμώνος. Εν μέσω της περιόδου της οικονομικής κρίσης η εθελοντική προσφορά έχει αυξηθεί. Στο γηροκομείο οι εθελοντές του Ε.Ε.Σ. λειτουργούν βάσει προγράμματος συμβάλλοντας έμμεσα στη μείωση των δαπανών λειτουργίας του ιδρύματος.

Η εκπαίδευση των διασωστών πραγματοποιείται με μέσα που κατέχει ο Ερυθρός Σταυρός και οι πιστοποιημένοι διασώστες του καλύπτουν αθλητικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις, προσφέροντας άμεση βοήθεια και προνοσοκομειακή φροντίδα. Η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας εμποδίζεται λόγω ασφαλιστικού προβλήματος των οχημάτων.

Από την πλευρά του Ε.Ε.Σ. υπάρχει η πρόθεση μεγαλύτερης και καλύτερης συνεργασίας, εάν του ζητηθεί, με το Γενικό Νοσοκομείο, το Ε.Κ.Α.Β. και την Πυροσβεστική Υπηρεσία, προκειμένου οι εθελοντές του να παρέχουν τις ποιοτικές υπηρεσίες για τις οποίες έχουν πιστοποιηθεί, με την πρόθεση, βέβαια, όχι να

16 Eurofound (2014), p. 47.

17 Μόσιαλος και Μάμας (2003) σ. 45.

18 Βλ. Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο “Τόπος Αλληλεγγύης” Λάρισας (Διαδικτυακές πηγές).

19 Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από την εθελόντρια ιατρό του κοινωνικού ιατρείου κ. Ρ. Κουτσόκωστα.

συμβάλλουν στη μείωση των υγειονομικών δαπανών, αλλά να στηρίζουν πρακτικά κι εθελοντικά το έργο των δημοσίων φορέων προς όφελος των ασθενών-πολιτών.<sup>20</sup>

Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι ως ένα βαθμό η εθελοντική προσφορά των κοινωνικών φορέων συμβάλει στη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών. Οι δημόσιοι φορείς, ωστόσο, οφείλουν να ξεπεράσουν τα γραφειοκρατικά προβλήματα και να ενισχύσουν τη συνεργασία τους με κοινωνικούς φορείς, όπως η περίπτωση του Ε.Ε.Σ. στην Κατερίνη, διότι αφενός θα ενισχυθεί το έργο τους τόσο σε επίπεδο ποσότητας όσο και ποιότητας και αφετέρου, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, θα μπορέσουν να ελέγξουν τις υγειονομικές τους δαπάνες.

### Συμπεράσματα

Οι οικονομικοί στόχοι που τέθηκαν από το έτος 2009 για την μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό, καθώς λήφθηκαν μέτρα (επανεκτίμηση των τιμών, χρήση γενόσημων φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, σύσταση του ΕΟΠΥΥ, οικονομική συμμετοχή των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη και κατά την πρόσβαση στους υγειονομικούς φορείς) για το σκοπό αυτό. Δεν λήφθηκαν, όμως, άμεσα μέτρα για τη διατήρηση της καλής υγείας των πολιτών με αποτέλεσμα το σύστημα της υγείας να επιβαρυνθεί οικονομικά, πιθανόν, περισσότερο στο μέλλον.

Ασφαλώς τα μέτρα που λήφθηκαν για τους ανέργους και τους ανασφάλιστους τα έτη 2013 και 2014 ήταν θετικά. Υπάρχουν, όμως, προβληματικά σημεία τα οποία δεν έχουν αντιμετωπισθεί ακόμη από την πολιτική, όπως είναι η αύξηση της ζήτησης υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης από τους δημόσιους υγειονομικούς φορείς, η εξαλειψη του φαινομένου των άτυπων πληρωμών, η δυσκολία πρόσβασης των συνταξιούχων και η ισότιμη πρόσβαση των POMA και των μεταναστών. Οι περικοπές στο τομέα της πρόληψης και της ψυχικής υγείας κρίνονται ιδιαίτερα αρνητικές, καθώς η υγεία των πολιτών μπορεί να επιδεινωθεί δραματικά και το σύστημα υγείας να επιβαρυνθεί οικονομικά περισσότερο.

Οι κοινωνικές δομές που είτε υπήρχαν είτε δημιουργήθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα δύνανται αφενός να ενισχύσουν έμμεσα τα οικονομικά των κατά τόπων δημοσίων φορέων υγείας και αφετέρου να διατηρήσουν σε καλό

επίπεδο την υγεία των πολιτών με τα οφέλη που ήδη αναλύθηκαν. Το κοινωνικό ιατρείο της Λάρισας και το παράρτημα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στην Κατερίνη αποτελούν δύο παραδείγματα κοινωνικών δομών που συμβάλλουν άμεσα στην φροντίδα των ασθενών και έμμεσα στη συγκράτηση των δαπανών των δημοσίων φορέων υγείας των δύο πόλεων.

### Νομοθεσία

ΦΕΚ 3010/Β/2011. Ένταξη από 1.1.2012 των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας των ΙΚΑ ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΟΠΑΔ ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ.

ΦΕΚ 189/Α/2010. Ν. 3892. Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.

ΦΕΚ 129/Α/2010. Ν. 3868. Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

ΦΕΚ 3117/Β/2013. Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων.

### Βιβλιογραφία

Eurofound. 2014. *Access to healthcare in times of crisis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Goranitis, I., Siskou, O., Liaropoulos, L. 2014. Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. In *Health Policy*. Vol. 117, p.p. 279-284. Journal Home Page: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol) (Date Access 6.3.2015).

Hand Out – Session 3. 2014. *Budgeting Practices For Health Synthesis Of The OECD Survey Of Budget Officials*. Paris: OECD Conference Centre.

Siskou, O., Kaitelidou, D., Litsa P., Georgiadou, G., Alexopoulou, H., Paterakis, P., Argyri, S., Liaropoulos, L. 2014. Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates. In *Value in Health Regional Issues*. Vol. 4C, p.p. 107-114. Journal Home Page: <http://www.journals.elsevier.com/value-in-health-regional-issues> (Date Access 6.3.2015).

Μόσιαλος, Η., Θεοδώρου, Μ. 2003. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Στο: Νιάκας, Δ. (επιμ.), *Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Mediforce.

Υφαντόπουλος, Γ. 2006. *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

<sup>20</sup> Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από τον αρχηγό του Περιφερειακού Τμήματος Κατερίνης του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, κ. Δημ. Κιτιριτζή. Επιπλέον, βλ. Ε.Ε.Σ. Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών, Διασωστών & Ναυαγοσωστών Κατερίνης, σελίδα στο Facebook (Διαδικτακές Πηγές).

## Διαδικτυακές Πηγές

OECD. Health policies and data. Ημερομηνία Προσπέλασης 4.3.2015. Διαθέσιμο στο <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Ε.Ε.Σ. Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών, Διασωστών & Ναυαγοσωστών Κατερίνης. Σελίδα στο Facebook Ημερομηνία Προσπέλασης 27.2.2015. Διαθέσιμο στο <http://goo.gl/55Rrfm>

Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ημερομηνία Προσπέλασης 6.3.2015. Διαθέσιμο στο <http://www.healthvoucher.gr/Default.aspx>

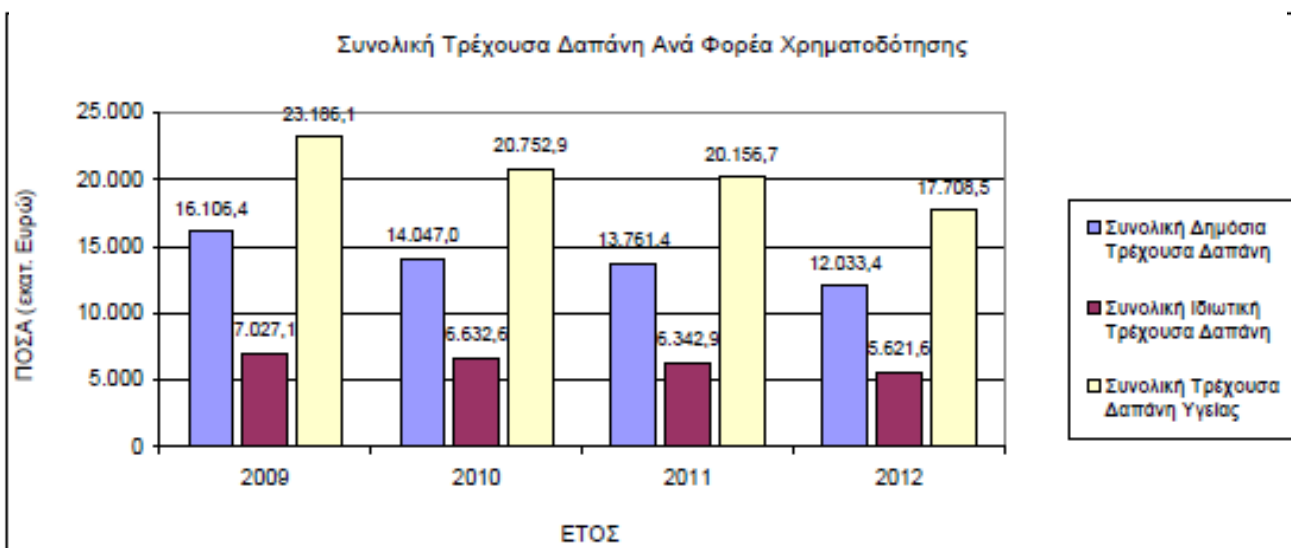
Ελληνική Στατιστική Αρχή. Στατιστικά Θέματα/ Υγεία – Κοινωνική Προστασία/ Δημόσια Υγεία/ Σύστημα Λογαριασμών Υγείας. Ημερομηνία Προσπέλασης 2.3.2015. Διαθέσιμο στο [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p\\_param=A2103](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2103)

Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο “Τόπος Αλληλεγγύης” Λάρισας. Ημερομηνία Προσπέλασης 1.3.2015. Διαθέσιμο στο <http://κοινωνικοιατρειολarisas.blogspot.gr>

### Dataset: Main indicators

	Total current expenditure HC.1-HC.9 (Individual and collective health care) % gross domestic product Total expenditure HF.1-HF.3 Total expenditure HP.1-HP.9													
Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Australia	7,8015	7,7003	7,8903	7,8959	8,1065	7,975	7,9824	8,0563	8,2678	8,6248	8,4604	8,5505	..	..
Belgium	8,1206	8,2921	8,4618	9,6474	9,6751	9,6472	9,5809	9,6237	9,9428	10,6547	10,5577	10,6107	10,8944	..
Denmark	8,3107	8,6755	8,9405	9,1329	9,2521	9,3302	9,4531	9,5649	9,7735	11,0421	10,6755	10,4669	10,5927	..
Finland	6,9114	7,0927	7,4173	7,7677	7,851	8,0475	7,9142	7,6334	7,8925	8,6837	8,5551	8,5333	8,6617	8,9623
France	9,844	9,9824	10,3138	10,3544	10,4617	10,4994	10,4098	10,3477	10,4838	11,1672	11,1294	11,0653	11,1586	..
Germany	9,9901	10,079	10,2925	10,5036	10,2654	10,3972	10,2596	10,1186	10,3276	11,3255	11,1522	10,8721	10,8919	10,9265
Greece	7,5781	8,3785	8,6725	8,584	8,37	9,2852	9,3624	9,4475	..	10,0337	9,3418	9,668	9,1589	..
Italy	7,5265	7,7022	7,8392	7,8342	8,1798	8,3809	8,4637	8,1671	8,5513	8,9451	8,9186	8,7838	8,726	8,6463
Portugal	8,5951	8,5968	8,7332	9,1724	9,4852	9,7949	9,3932	9,3543	9,6537	10,2393	10,1543	9,6635	9,4654	..
Spain	6,9929	6,9739	6,9898	7,8933	7,9759	8,0265	8,091	8,175	8,6279	9,3319	9,4118	9,2657	9,1585	..
United Kingdom	6,5915	6,9066	7,1921	7,4122	7,5785	7,7559	7,8943	7,9439	8,2385	9,1784	8,9479	8,8898	8,9417	..

Πίνακας 1: Πηγή: ΟΟΣΑ -Συνολικές τρέχουσες δαπάνες επί τοις εκατό του ΑΕΠ



Πίνακας 2: Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)