

# Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Δάφνη Καϊτελίδου

## Economic Crisis and its Impact of the Sustainability of the Greek Health Care System

Επίκουρος Καθηγήτρια, Διευθύντρια  
Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης  
Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Εθνικό και Καποδιστριακό  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τα σημαντικά επιτεύγματα στον υγειονομικό τομέα κατά τα τελευταία 50 χρόνια έχουν οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά περισσότερα από 11 έτη, ενώ σημαντική μείωση σημειώθηκε και στον αριθμό των δυνητικά απωλεσθέντων ετών ζωής. Οι θετικές αυτές εξελίξεις όμως συνοδεύτηκαν από σημαντική αύξηση των υγειονομικών δαπανών, περισσότερο από 2% ετησίως στις αναπτυγμένες χώρες, υπερβαίνοντας το μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) των περισσότερων χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Τα αίτια για την εν λόγω αύξηση έχουν συνδεθεί τόσο με τη γήρανση του πληθυσμού (ή τις δαπάνες που λαμβάνουν χώρα κατά το τελευταίο διάστημα της ζωής ενός ατόμου) όσο και με τις ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (lifestyle diseases), καθώς και με τις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ως απόρροια των παραπάνω, την τελευταία δεκαετία έχει αρχίσει μια συζήτηση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας που φαίνεται ότι απειλείται διεθνώς και τους παράγοντες που τελικά μπορεί να τη διασφαλίσουν. Ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, που έχουν πληγεί τόσο σοβαρά από την οικονομική κρίση, η συζήτηση αυτή είναι αναγκαία και επίκαιρη όσο ποτέ.

Σύμφωνα με έναν από τους πολλούς διαθέσιμους ορισμούς, η βιωσιμότητα έγκειται στην ανάπτυξη που ικανοποιεί τις ανάγκες της παρούσας γενεάς χωρίς να θέτει σε κίνδυνο την ικανότητα των μελλοντικών γενεών να ικανοποιούν τις δικές τους ανάγκες. Σε αυτή τη διαρκή πορεία αλλαγής και προσαρμογής για την επίτευξη βιώσιμης ανάπτυξης, η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) αναγνώρισε ορισμένες βασικές πηγές απειλής, οι οποίες μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν τους κινδύνους για τη δημόσια υγεία (π.χ. λοιμώδη νοσήματα), τη γήρανση του πληθυσμού, καθώς και τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.<sup>1,2</sup>

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι απειλές αυτές, η ΕΕ προχώρησε σε μια σειρά προτάσεων μέσω της θέσπισης συγκεκριμένων στόχων αλλά και σχεδίων δράσης οι οποίες μεταξύ άλλων περιλάμβαναν το συντονισμό των ενεργειών των χωρών μελών, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) αλλά και του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ECDC) για τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων, αλλά και άλλων απειλών υγείας, την ανάπτυξη συγκεκριμένων σχεδίων δράσης για την πρόληψη και την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και, τέλος, τη μείωση της επίπτωσης των ασθενειών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (π.χ. κάπνισμα, έλλειψη φυσικής άσκησης, κακή διατροφή). Έγινε δηλαδή σαφές ότι τα μέτρα που θα συμβάλλουν στη δια-

### Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Δάφνη Καϊτελίδου  
Επίκ. Καθηγήτρια  
Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ  
Αθήνα  
e-mail: dkaitelid@nurs.uoa.gr

μόρφωση ενός βιώσιμου συστήματος υγείας πρέπει να στοχεύουν όχι μόνο στην προσφορά, αλλά και στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Παρόλο που η αποδοτική χρήση των πόρων ενός συστήματος υγείας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιβίωσή του, χωρίς μέτρα που θα στοχεύουν στον έλεγχο της ζήτησης των ιδιαίτερα δαπανηρών νοσοκομειακών υπηρεσιών, η επιβίωση των συστημάτων υγείας είναι εξαιρετικά δυσχερής. Ο έλεγχος της ζήτησης συνδέεται προφανώς με τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και για το λόγο αυτόν, αναπτύχθηκαν ορισμένες στρατηγικές διεθνώς, οι οποίες ως βασικούς άξονες είχαν την ενθάρρυνση ενός υγιούς τρόπου ζωής, την ανάπτυξη της καινοτομίας αλλά και την έμφαση στην τήρηση και ανάλυση δεδομένων που θα συνδράμουν στην τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων για τη θέσπιση των προτεραιοτήτων ενός συστήματος υγείας.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα υιοθέτησης τέτοιων πολιτικών είναι το πρόγραμμα του NHS North West London στη Μ. Βρετανία, αλλά και του ασφαλιστικού οργανισμού Kaiser Permanente στις ΗΠΑ που μέσω της ανάλυσης δεδομένων προσπαθούν να εντοπίσουν έγκαιρα άτομα που έχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων νοσημάτων και να παρέμβουν προληπτικά. Άλλο παράδειγμα αποτελεί το τριετές πρόγραμμα “be active, eat well” στην πόλη Colac της Αυστραλίας που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της φυσικής άσκησης των κατοίκων και της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, καθώς επίσης και τη μείωση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) του πληθυσμού, ενώ η αξιοποίηση της δύναμης της πληροφορίας βρίσκει εφαρμογή στην ανάπτυξη ενός ηλεκτρονικού οδηγού για την πρόσβαση και τη χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας στη Στοκχόλμη της Σουηδίας που χρησιμοποιείται από ποσοστό, μεγαλύτερο από το 40% του πληθυσμού.

Στοχεύοντας στη μείωση των δυνητικά επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών στη Μ. Βρετανία αναπτύχθηκε το site NHS Choices (επίσημος ιστότοπος του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας) που παρέχει μια σειρά πληροφοριών και αλληλεπιδραστικών εφαρμογών, με στόχο την ενθάρρυνση της φυσικής άσκησης (π.χ. Couch to 5K), της υιοθέτησης υγιεινού διαιτολογίου αλλά και της κατάλληλης διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων. Στην Κίνα έχει προταθεί η εισαγωγή ενός νέου υγειονομικού επαγγέλματος, αυτό του Συμβούλου Διατήρησης της Υγείας (Proactive Health Counselor), με στόχο την αγωγή υγείας του πληθυσμού και τη διατήρηση της υγείας του, ενώ στην Ολλανδία έχει αναπτυχθεί πρόγραμμα για την ενθάρρυνση της φυσικής άσκησης ατόμων τρίτης ηλικίας (“well-being on prescription”).

Επιπρόσθετα, έμφαση δίνεται στην αλλαγή των παραδοσιακών σχέσεων και ρόλων μέσα στον τομέα υγείας, καθώς και των μοντέλων χρηματοδότησης και αποζημίωσης στις περισσότερες πλέον χώρες. Προτάσεις για την υποκατάσταση μέρους του ρόλου των ιατρών από άλλες επαγγελματικές κατηγορίες, όπως οι νοσηλευτές, σύνδεση της χρηματοδότησης με την ποιότητα και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, διαφύλαξη ενός ελάχιστου ποσοστού στους υγειονομικούς προϋπολογισμούς για την ενίσχυση της έρευνας και της καινοτομίας κερδίζουν έδαφος όλο και περισσότερο ως δράσεις που συντελούν στη διασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας.<sup>3</sup>

### **Ελλάδα: είναι βιώσιμο το σύστημα υγείας και ποιοι οι στόχοι για τη διασφάλιση της βιωσιμότητάς του;**

Η απάντηση στο παραπάνω ερώτημα δεν είναι ούτε εύκολη ούτε αυτονόητη. Η χώρα μας, το 2009 βυθίστηκε στη σημαντικότερη οικονομική κρίση στην περίοδο της μεταπολίτευσης. Σε 4 μόλις χρόνια έχασε το 25% του ΑΕΠ της, η ανεργία εκτοξεύτηκε στο 27,3% για το έτος 2013, ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων έφθασε τα 2 εκατομμύρια (Υπουργείο Εργασίας, 2014), ενώ το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, το 2012 υπερέβη το 34,5% του πληθυσμού (το υψηλότερο ποσοστό της τελευταίας δεκαετίας). Βέβαια, η κρίση δεν άφησε ανεπηρέαστο τον υγειονομικό τομέα, αφού κατά το χρονικό διάστημα 2009–2012 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δις € (23,7%).

Η αντίδραση του τομέα υγείας στην οικονομική κρίση, ωστόσο, παρουσιάζει δύο διαφορετικές όψεις. Από τη μια πλευρά περιλαμβάνει μέτρα που ελήφθησαν για την αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και την εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών που εν πολλοίς ήταν αναγκαία και πολύ πριν από την οικονομική κρίση. Τέτοια μέτρα περιλαμβάνουν τον εξορθολογισμό των προμηθειών των νοσοκομείων, τον έλεγχο της συνταγογράφησης, την καλύτερη οργάνωση και το συντονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), την καταγραφή, την ανάλυση και τη μελέτη των οικονομικών μεγεθών της υγείας μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας. Από την άλλη πλευρά, όμως, ελήφθησαν μέτρα οριζόντιων περικοπών, τα οποία απέρρεαν κυρίως από τις υποχρεώσεις που ανέλαβε η χώρα μέσω των δανειακών συμβάσεων, τις οποίες υπέγραψε.

Οι εν λόγω πολιτικές που προφανώς θα πρέπει να επανεξεταστούν, μπορεί να οδηγήσουν μακροπρόθεσμα

προς τα αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που υπαγορεύει το όφελος της χώρας. Μέσα στην περίοδο της κρίσης, η Ελλάδα μείωσε τις δαπάνες για πρόληψη και δημόσια υγεία κατά 12%, τη στιγμή που η χώρα ήδη δαπανούσε το 1/3 σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών μελών της ΕΕ (26,2 € κατά κεφαλήν σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ 75,8 € το 2009), ενώ μείωσε και συνολικά τη δημόσια δαπάνη υγείας κατά περισσότερο από 25%, τη στιγμή που οι δημόσιες δαπάνες υγείας της Ελλάδας ήταν από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη (το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας δεν υπερβαίνει το 11,5% των συνολικών δημοσίων δαπανών σε αντίθεση με το μέσο όρο της Ευρώπης που υπολογίζεται στο 15%) (OECD 2014, EUROSTAT 2014). Την ίδια στιγμή, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας κατά 5% για την περίοδο 2009–2012, εγείροντας ερωτήματα για την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, κυρίως από τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.<sup>4</sup>

Όσον αφορά στην επίπτωση της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, παρότι είναι πολύ νωρίς ακόμη για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων, φαίνεται ότι αρκετοί από αυτούς επιδεινώνονται. Αξίζει να σημειωθεί, για παράδειγμα, ότι παρατηρείται αύξηση στην επίπτωση διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων σύμφωνα με τα Δελτία Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ (αύξηση στην επίπτωση της φυματίωσης κατά 37,5%, κατά το χρονικό διάστημα 2011–2013, αύξηση κατά 187,5% η ηπατίτιδα Α, ενώ η μηνιγγίτιδα (βακτηριακή, άσηπτη) και η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος αυξήθηκαν κατά 87% και 35%). Σημαντική αύξηση καταγράφηκε και όσον αφορά στα διαγνωσμένα περιστατικά λοίμωξης HIV, κυρίως μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών που αυξήθηκε περισσότερο από 11 φορές (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Τέλος, αύξηση έχει καταγραφεί και όσον αφορά στους δείκτες θνησιμότητας, όπως για παράδειγμα στους θανάτους από λοιμώδη, από υπερτασική νόσο, καθώς και συγγενείς ανωμαλίες ενώ σημαντική αύξηση παρουσιάζουν και οι θάνατοι από επιπλοκές και συμβάματα κατά την ιατρική περίθαλψη κατά 58%.<sup>5</sup>

Όσον αφορά τώρα στην επίπτωση ασθενειών που σχετίζονται με συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και εν γένει με τον τρόπο ζωής, πιθανότατα αναμένεται αύξηση τα επόμενα έτη, δεδομένου ότι η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων μεταξύ των χωρών μελών του ΟΟΣΑ (55,7% του πληθυσμού το 2010), ενώ και στην παιδική παχυσαρκία βρίσκεται ανάμεσα στις υψηλότερες θέσεις, με το ποσοστό των υπέρβαρων ή των παχύσαρκων παιδιών να ξεπερνά το 24% στα παιδιά, ηλικίας 11 ετών (41% για τα αγόρια και

24% για τα κορίτσια). Την ίδια στιγμή, η χώρα μας διατηρεί το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στην Ευρώπη (39,7% του πληθυσμού ηλικίας 15+ είναι καθημερινοί καπνιστές) και ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά όσον αφορά στο ποσοστό του πληθυσμού που ασκείται (OECD Health Database, 2014).

Ποιοι λοιπόν οι στόχοι για τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού, την ενθάρρυνση υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών, την πρόληψη και την αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών και των χρόνιων νοσημάτων; Πώς ενισχύεται η καινοτομία προκειμένου να υπάρξει αλλαγή ως προς την υιοθέτηση επιβλαβών συμπεριφορών; Πώς χρησιμοποιούνται τα δεδομένα για την αποτίμηση του κινδύνου εμφάνισης ασθενειών και την έγκαιρη παρέμβαση του συστήματος υγείας; Είναι προφανές ότι οι συγκεκριμένοι άξονες αποτελούν ακόμη δύσβατες περιοχές για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Όπως προαναφέρθηκε, για να διασφαλίσει το σύστημα υγείας τη βιωσιμότητά του, χρειάζεται μέτρα που απευθύνονται τόσο στην προσφορά όσο και στη ζήτηση. Στρατηγικές για βέλτιστη αξιοποίηση πόρων και αύξηση της αποδοτικότητας θα πρέπει να υιοθετηθούν και να ενισχυθούν. Στην Ελλάδα, τέτοιες στρατηγικές πρέπει να εμπεριέχουν, εκτός των άλλων, επαρκή χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας, πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών του και ενίσχυση της καινοτομίας. Για τη θωράκιση του συστήματος υγείας στις συνέπειες της κρίσης, είναι απαραίτητο να καθοριστούν και να αναλυθούν οι νέες ανάγκες και να επανεξεταστούν οι προτεραιότητες της δημόσιας υγείας. Η αποδέσμευση από πολιτικές που οδήγησαν σε ανισότητες και επιδεινώνουν τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης είναι αναγκαία. Θετικό παράδειγμα αποτελεί η υπογραφή της κοινής υπουργικής απόφασης για την κάλυψη των ανασφάλιστων στη χώρα μας (ΦΕΚ Β/1465/5 Ιουνίου 2014), αρκεί το μέτρο να εφαρμοστεί ανεμπόδιστα και παρότι τα αντανακλαστικά του κράτους θα μπορούσαν να λειτουργήσουν αμεσότερα. Η έμφαση και η ενίσχυση των προσπαθειών σε επίπεδο ΠΦΥ είναι πλέον απαραίτητη, καθώς και η εκπαίδευση και η ενημέρωση των πολιτών, με στόχο την ανάληψη και εκ μέρους τους, ενός περισσότερο ενεργητικού ρόλου για τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας τους.

## Βιβλιογραφία

1. Göteborg European Council. SN 200/1/01 REV 1. June 2001.
2. Council of the European Union (2006) review of the EU Sustainable Development Strategy (EU SDS) – Renewed strategy. 10917/06, 2006.

3. World Economic Forum. Sustainable health systems: Visions, strategies, critical uncertainties and scenarios. A report from the World Economic Forum prepared in collaboration with McKinsey & Company, 2013. Available at: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_SustainableHealthSystems\\_Report\\_2013.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf) (accessed on 17.6.2014).
4. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Mareso A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In: Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications. WHO Europe – Euro-observatory on Health Systems and Policies (in press), 2014.
5. Καϊτελίδου Δ, Καλογεροπούλου Μ, Γαλάνης Π, Λιαρόπουλος Λ. Οικονομική κρίση και βόμβα νοσηρότητας στην Ελλάδα. Νοσηλεία και Έρευνα 2014, 37:254-265.