

# Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα



## Έκθεση αξιολόγησης

Με χρηματοδότηση  
από την Ευρωπαϊκή  
Ένωση





# **Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα**

Το παρόν έγγραφο δημιουργήθηκε με τη χρηματοδοτική συνδρομή που παρείχε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι απόψεις που διατυπώνονται σε αυτό ουδόλως μπορεί να θεωρηθεί ότι απηχούν την επίσημη άποψη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

# Περίληψη

Στόχος της παρούσας έκθεσης είναι να περιγράψει και να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις που έχουν εφαρμοστεί στο σύστημα υγείας της Ελλάδας από την αρχή της οικονομικής κρίσης και (όπου κρίνεται αναγκαίο) να παρουσιάσει επιλογές και συστάσεις για την προσαρμογή ή τον αναπροσανατολισμό της ισχύουσας πολιτικής. Έχοντας ως βάση τα δομικά στοιχεία που όρισε το πλαίσιο του ΠΟΥ για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας το 2007, η έκθεση διαρθρώνεται σε έξι μέρη, καθένα από τα οποία παρουσιάζει έναν κρίσιμο τομέα του ελληνικού συστήματος υγείας που χρειάζεται ή έχει ήδη υποβληθεί σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις: (i) κάλυψη, πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και οικονομική προστασία· (ii) παροχή φροντίδας υγείας· (iii) ποιότητα και ασφάλεια της φροντίδας υγείας (λαμβάνοντας υπόψη τις τεχνολογίες υγείας και τα πληροφορικά συστήματα)· (iv) ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας (ΑΔΥ)· (v) ρόλος των ασθενών· και (vi) διακυβέρνηση. Η έκθεση ολοκληρώνεται με την εξέταση επιλεγμένων δεικτών που μετρούν τις αλλαγές στο επίπεδο υγείας, με βάση τόσο τα ποσοτικά δεδομένα όσο και τις διεξοδικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από την έναρξη της κρίσης. Η τεκμηρίωση της παρούσας έκθεσης βασίζεται σε επίσημα έγγραφα, δημοσιευμένη βιβλιογραφία (γκρίζα και αξιολογημένη από ομότιμους), συμβουλές εμπειρογνομόνων και εξειδικευμένες απόψεις από τον τομέα της υγείας που συγκεντρώθηκαν κατά το πρώτο εξάμηνο του 2018. Η αξιολόγηση αποτελεί μέρος μιας σειράς δραστηριοτήτων που περιγράφονται στο πλαίσιο της συνεργασίας μεταξύ του Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη και του Υπουργείου Υγείας με στόχο την ενίσχυση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, οι οποίες χρηματοδοτούνται από την Υπηρεσία Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (SRSS).

Απευθύνετε αιτήματα σχετικά με δημοσιεύσεις του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης του ΠΟΥ στη διεύθυνση:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Εναλλακτικά, συμπληρώστε ένα ηλεκτρονικό έντυπο αιτήματος τεκμηρίωσης, πληροφοριών υγείας ή για άδεια παράθεσης ή μετάφρασης, στον ιστότοπο του Πληροφοριακού Γραφείου (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Σχεδίαση και στοιχειοθεσία: 4PLUS4.dk  
Για την Ελληνική έκδοση: PrintingSolutions.gr

## © Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2018

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δέχεται αιτήματα για την άδεια αναπαραγωγής ή μετάφρασης των δημοσιεύσεων του, εν όλω ή εν μέρει.

Οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται και η παρουσίαση του υλικού στην παρούσα δημοσίευση δεν συνεπάγονται ότι πρόκειται περί κάποιας γνωμοδότησης εκ μέρους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφορικά με το νομικό καθεστώς οποιασδήποτε χώρας, εδαφικής περιοχής, πόλης ή περιοχής ή των αρχών της, ή αναφορικά με την οριοθέτηση των συνόρων ή των ορίων της. Οι διακεκομμένες γραμμές στους χάρτες αναπαριστούν κατά προσέγγιση σύνορα για τα οποία μπορεί ακόμη να μην υπάρχει απόλυτη συμφωνία.

Η αναφορά σε συγκεκριμένες εταιρείες ή σε προϊόντα ορισμένων κατασκευαστών δεν συνεπάγεται ότι πρόκειται περί έγκρισης ή σύστασης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε βάρος άλλων παρόμοιας φύσης που δεν αναφέρονται. Με την εξαίρεση σφαλμάτων και παραλείψεων, οι ονομασίες ιδιοκτησιακών προϊόντων διακρίνονται με αρχικά κεφαλαία γράμματα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει λάβει κάθε εύλογη προφύλαξη για την επαλήθευση των πληροφοριών που περιέχονται στην παρούσα δημοσίευση. Ωστόσο, το δημοσιευμένο υλικό διανέμεται χωρίς εγγυήσεις οποιουδήποτε είδους, είτε ρητές είτε άρρητες. Η ευθύνη για την ερμηνεία και τη χρήση του υλικού εναπόκειται στον αναγνώστη. Σε καμία περίπτωση δεν θα ευθύνεται ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για ζημιές που προκύπτουν από τη χρήση του υλικού. Οι απόψεις που εκφράζονται από συγγραφείς, συντάκτες ή ομάδες ειδικών δεν αποτυπώνουν απαραίτητα τις αποφάσεις ή τη δηλωμένη πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

# Περιεχόμενα

Περίληψη .....	ii
Συνομογραφίες .....	vi
Ευχαριστίες .....	viii
Σύνοψη .....	2
1. Εισαγωγή .....	8
2. Κάλυψη, πρόσβαση και οικονομική προστασία .....	12
2.1 Χρηματοδότηση υγείας .....	12
2.2 Κάλυψη για φροντίδα υγείας στο πλαίσιο του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ) ..	16
2.3 Πρόσβαση των ανασφάλιστων σε υπηρεσίες υγείας .....	18
2.4 Ιδίες δαπάνες ασθενών .....	21
2.5 Αξιοποίηση Ευρωπαϊκών κονδυλίων για τη στήριξη των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας .....	25
3. Παροχή φροντίδας υγείας .....	31
3.1 Δίκτυο ΠΦΥ .....	31
3.2 Παρεμβάσεις δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο .....	35
3.3 Φροντίδα ψυχικής υγείας .....	37
3.4 Υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής.....	39
4. Ποιότητα και ασφάλεια της φροντίδας υγείας .....	44
4.1 Συντονισμός των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.....	44
4.2 Ποιότητα και ασφάλεια της νοσοκομειακής φροντίδας .....	46
4.3 Χρήση των διαγνωστικών εξετάσεων .....	48
4.4 Χρήση φαρμάκων στο πλαίσιο του περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης .....	53

4.5 Καινοτομία – αξιολόγηση ιατρικών τεχνολογιών (health technology assessment, HTA) .....	56
5. Ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας (ΑΔΥ).....	60
5.1 Εθνική στρατηγική για το ανθρώπινο δυναμικό υγείας .....	60
5.2 Νομοθεσία για τις ώρες εργασίας των επαγγελματιών υγείας .....	64
6. Ο ρόλος των ασθενών .....	66
6.1 Εμπειρία και άκουσμα της φωνής των ασθενών .....	66
6.2 Γραφεία προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας.....	67
7. Διακυβέρνηση .....	68
7.1 Διαφάνεια και λογοδοσία.....	68
7.2 Προμήθειες και ικανότητα διαπραγμάτευσης.....	69
8. Επίπεδο υγείας του πληθυσμού .....	71
9. Συμπεράσματα και συστάσεις πολιτικής .....	80
Βιβλιογραφία .....	90

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Διαθέσιμη χρηματοδότηση για την τρέχουσα προγραμματική περίοδο (σε εκ. €).....	27
Πίνακας 2. Πόροι του ΕΚΤ που διατίθενται για τη φροντίδα υγείας στα ΕΠ (σε εκ. €) .....	27
Πίνακας 3. Πόροι του ΕΤΠΑ που διατίθενται για τη φροντίδα υγείας στα ΕΠ (σε εκ. €).....	28
Πίνακας 4. Διαθέσιμα κονδύλια για την προώθηση έργων ενεργειακής αποδοτικότητας στα κτίρια της δημόσιας φροντίδας υγείας (σε εκ. €).....	29

## Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1 Δομικά στοιχεία του πλαισίου του ΠΟΥ για την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας ...	11
Σχήμα 2. Τρέχουσες δαπάνες υγείας, 2012-2016 (σε εκ. €) .....	13
Σχήμα 3. Ποσοστιαία διάρθρωση πηγών χρηματοδότησης των δαπανών υγείας, 2012-2016.....	14
Σχήμα 4. Ανάγκες που δεν ικανοποιούνται λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής, 2010-2016 .....	16
Σχήμα 5. Κατανομή των διαρθρωτικών πόρων στους κύριους μεταρρυθμιστικούς άξονες .....	28
Σχήμα 6. Κατά κεφαλήν δαπάνη ανά Περιφέρεια για την ανάπτυξη του δικτύου ΤΟΜΥ (σε €).....	29
Σχήμα 7. Τομείς εντατικής φροντίδας υγείας .....	41
Σχήμα 8. Αριθμός αξονικών τομογράφων, μαγνητικών τομογράφων και μονάδων μαστογράφου ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ελλάδα και σε επιλεγμένες Ευρωπαϊκές χώρες, 2016 (ή το τελευταίο έτος με διαθέσιμα στοιχεία).....	50
Σχήμα 9. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τους άντρες και τις γυναίκες στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2010-2016 .....	72
Σχήμα 10. Έτη υγιούς ζωής σε απόλυτες τιμές κατά τη γέννηση, για τους άντρες και τις γυναίκες, στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2010-2016 .....	72
Πηγή: Eurostat, 2018c.....	73
Σχήμα 11. Προσωπική αντίληψη των ατόμων για την υγεία τους (% του πληθυσμού) στην Ελλάδα, 2010-2016 .....	73
Σχήμα 12. Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων τέκνων, στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2010-2016.....	74
Σχήμα 13. Αποτρεπτή θνησιμότητα, θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού, στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2011-2015 .....	74
Σχήμα 14. Θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού (προτυποποιημένοι δείκτες) στην Ελλάδα, 2010-2015..	75
Σχήμα 15. Θανατηφόρα ατυχήματα και αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού (προτυποποιημένοι δείκτες) στην Ελλάδα, 2010-2015 .....	76

## Κατάλογος Πλαισίων

<b>Πλαίσιο 1. Προτάσεις για μελλοντική δράση .....</b>	<b>87</b>
--	-----------

# ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

## Αγγλικές

<b>CT</b>	Αξονική τομογραφία
<b>EU-SILC</b>	Στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης
<b>EUnetHTA</b>	Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας
<b>HTA</b>	Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας
<b>MRI</b>	Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού
<b>PET</b>	Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων
<b>SCUC</b>	Ενίσχυση της Ικανότητας για Καθολική Κάλυψη

## Ελληνικές

<b>ΑΕΠ</b>	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
<b>ΑΔΥ</b>	Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα της Υγείας
<b>ΕΔΕΤ</b>	Ευρωπαϊκό Διαρθρωτικό και Επενδυτικό Ταμείο
<b>ΕΕ</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση
<b>ΕΕΑΕ</b>	Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας
<b>ΕΚΑΒ</b>	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
<b>ΕΚΑΠΥ</b>	Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας
<b>ΕΚΠΥ</b>	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας
<b>ΕΚΤ</b>	Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
<b>ΕΟΠΥΥ</b>	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
<b>ΕΟΦ</b>	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
<b>ΕΠ</b>	Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
<b>ΕΣΠΑ</b>	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
<b>ΕΣΥ</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>ΕΣΥΔΥ</b>	Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας
<b>ΕΤΠΑ</b>	Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης
<b>ΕΥΣΕΚΤ</b>	Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου



<b>ΕΦΚΑ</b>	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΗΔΙΚΑ</b>	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΙΚΑ</b>	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
<b>ΚΕΣΥ</b>	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
<b>ΚΥΠΑ</b>	Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού
<b>ΜΜΝ</b>	Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα
<b>ΟΑΕΕ</b>	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
<b>ΟΓΑ</b>	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
<b>ΟΕΝΓΕ</b>	Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος
<b>ΟΟΣΑ</b>	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<b>ΟΠΑΔ</b>	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
<b>ΠΕΔΥ</b>	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
<b>ΠΟΠ</b>	Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής
<b>ΠΦΥ</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΣΕΑ</b>	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη
<b>ΣΚΑ</b>	Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης
<b>ΤΟΜΥ</b>	Τοπική Μονάδα Υγείας
<b>ΥΠΕ</b>	Υγειονομική Περιφέρεια
<b>ΦΠΑ</b>	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
<b>ΚΕΝ-DRG</b>	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

# Ευχαριστίες

Η παρούσα έκθεση εκπονήθηκε μέσω της Συμφωνίας Επιχορήγησης μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία εκπροσωπείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), για τη δράση «Πρόγραμμα Ενίσχυσης της Ικανότητας για Καθολική Κάλυψη – Ελλάδα / Φάση 2» (SCUC2). Ο γενικός στόχος της Δράσης είναι να συμβάλει στη βελτίωση της υγείας και της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, βοηθώντας τις ελληνικές αρχές να κατευθυνθούν προς την καθολική κάλυψη και να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας. Ένας σημαντικός τομέας στο πλαίσιο του SCUC2 σχετίζεται με την παρακολούθηση και την τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών αποτελεσμάτων της προόδου που σημειώνεται αναφορικά με τις μεταρρυθμίσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα έκθεση περιέχει βασικές πληροφορίες σχετικά με την πρόοδο στην εφαρμογή των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών τα τελευταία χρόνια, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τη δημόσια υγεία, την επείγουσα φροντίδα υγείας, την πρόσβαση στα φάρμακα και τις διαγνωστικές εξετάσεις, τις πολιτικές για το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και τις πολιτικές οικονομικής προστασίας. Η έκθεση εστιάζει σε κρίσιμες παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των σημαντικότερων διαρθρωτικών ανεπαρειών του συστήματος υγείας και περιέχει μια σειρά συστάσεων για την προσαρμογή ή τον αναπροσανατολισμό των πολιτικών που εφαρμόζονται.

Η έκθεση συντάχθηκε από τον Χαράλαμπο Οικονόμου, καθηγητή στο Τμήμα Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, και τη Δήμητρα Παντελή, ερευνητική συνεργάτιδα στο Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου του Βερολίνου (TU Berlin).

Το γενικό συντονισμό και την καθοδήγηση για την αξιολόγηση είχε το Τμήμα των Συστημάτων Υγείας και Δημόσιας Υγείας (DSP) του Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη, υπό την ηγεσία του τομεάρχη Hans Kluge. Η Elke Jakubowski, Senior Adviser Πολιτικής και Στρατηγικής, και ο Gabriele Pastorino, Technical Officer στο Πρόγραμμα Διακυβέρνησης των Συστημάτων Υγείας του DSP, παρείχαν συνολική καθοδήγηση και στήριξη στη διαδικασία της σύνταξης της έκθεσης, ενώ συνέβαλλαν και με τη διατύπωση εποικοδομητικών σχολίων στο αρχικό κείμενο. Οι συγγραφείς εκφράζουν τις ευχαριστίες τους για την υποστήριξη του αρμόδιου τοπικού γραφείου του ΠΟΥ στην Αθήνα – το οποίο εκπροσωπήθηκε από τον Silviu Domete, Senior Adviser Πολιτικών Υγείας, και τον Θάνο Μυλωνέρο, National Professional Officer – ως προς τον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων και τον συντονισμό τους με το Υπουργείο Υγείας, τον σχεδιασμό της έκθεσης και τη διεξαγωγή εποικοδομητικών συζητήσεων. Ο Γιάννης Μανασής, τοπικός σύμβουλος του αρμόδιου Γραφείου του ΠΟΥ στην Αθήνα, συνέβαλε διασταυρώνοντας δεδομένα και παρέχοντας συγκεκριμένες τεχνικές γνώσεις. Ευχαριστίες επίσης εκφράζονται και προς τη Χρύσα Μπαρόγκα από το αρμόδιο Γραφείο του ΠΟΥ στην Αθήνα, η οποία παρείχε διοικητική και υλικοτεχνική υποστήριξη σε όλα τα στάδια.

Η έκθεση συντάχθηκε υπό συνεχή διαβούλευση με συναφείς φορείς και πρόσωπα· η εν λόγω διαδικασία ολοκληρώθηκε με μια συνάντηση εργασίας που διοργάνωσε το Υπουργείο Υγείας και

συντονίστηκε από τον Πάνο Παπαδόπουλο, Διευθυντή του γραφείου του Υπουργού Υγείας. Οι συγγραφείς θέλουν επίσης να εκφράσουν τις ευχαριστίες τους προς όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και τους βασικούς συνομιλητές, καθώς οι ιδέες, τα σχόλια και τα στοιχεία που συνεισέφεραν ενσωματώθηκαν στην παρούσα έκθεση.

# Σύνοψη

Προκειμένου να κατανοήσουμε τα πρόσφατα μεταρρυθμιστικά μέτρα στον τομέα της υγείας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, θα πρέπει να εξετάσουμε την κατάσταση του συστήματος υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Το ελληνικό σύστημα υγείας δεν ήταν επαρκώς προετοιμασμένο για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που επέβαλλε η οικονομική κρίση, καθώς οι πολυδιάστατες δομικές αδυναμίες του το κατέστησαν ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και ανίκανο να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Η εφαρμογή λειτουργικών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που σχεδιάστηκαν για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων ήταν επειγόντως αναγκαία. Συγχρόνως, τα μέτρα που προβλέπονταν στο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) για την Ελλάδα, αφορούσαν κυρίως τη δημοσιονομική εξυγίανση, ενώ οι πολιτικές περιορισμού των δαπανών που εφαρμόστηκαν μετά το 2010 έλαβαν γενικά τη μορφή οριζόντιων περικοπών. Κατά την εξέταση μεμονωμένων μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το ελληνικό σύστημα υγείας έχει υποστεί έναν τεράστιο αριθμό αλλαγών σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Κατά συνέπεια, μεταρρυθμιστικά βήματα που αποτελούσαν προϋπόθεση για περαιτέρω αλλαγές δεν είχαν χρόνο να ωριμάσουν πριν τη στιγμή που όφειλαν να ξεκινήσουν νέες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.

Στόχος της παρούσας έκθεσης είναι να περιγράψει και να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο σύστημα υγείας από την αρχή της οικονομικής κρίσης, καθώς και να παρουσιάσει (όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο) επιλογές και συστάσεις για την προσαρμογή ή τον αναπροσανατολισμό της ισχύουσας πολιτικής. Έχοντας ως βάση τα δομικά στοιχεία που όρισε το πλαίσιο του ΠΟΥ για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας το 2007, η έκθεση διαρθρώνεται σε έξι μέρη, καθένα από τα οποία ανταποκρίνεται σε έναν κρίσιμο τομέα του ελληνικού συστήματος υγείας που χρειάζεται ή έχει ήδη υποβληθεί σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις: (i) κάλυψη, πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και οικονομική προστασία· (ii) παροχή φροντίδας υγείας· (iii) ποιότητα και ασφάλεια φροντίδας υγείας (λαμβάνοντας υπόψη τις τεχνολογίες υγείας και τα πληροφοριακά συστήματα)· (iv) ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας (ΑΔΥ)· (v) ρόλος των ασθενών· και (vi) διακυβέρνηση. Η έκθεση ολοκληρώνεται με την εξέταση επιλεγμένων δεικτών που μετρούν τις αλλαγές στο επίπεδο υγείας, με βάση τόσο ποσοτικά δεδομένα όσο και διεξοδικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από την έναρξη της κρίσης.

Η τεκμηρίωση της παρούσας έκθεσης βασίζεται σε επίσημα έγγραφα, δημοσιευμένη βιβλιογραφία (γκρίζα και αξιολογημένη από ομότιμους), συμβουλές εμπειρογνομόνων και εξειδικευμένες απόψεις από τον τομέα της υγείας που συγκεντρώθηκαν κατά το πρώτο εξάμηνο του 2018. Η έκθεση δεν είναι σε καμία περίπτωση εξαντλητική. Δεν εξετάζει λεπτομερώς όλες τις αλλαγές που εισήχθησαν στο ελληνικό σύστημα υγείας από την έναρξη της κρίσης και μετά. Αντιθέτως, επικεντρώνεται σε κρίσιμες παρεμβάσεις που αφορούν την αντιμετώπιση των σημαντικότερων διαρθρωτικών ανεπαρειών του συστήματος υγείας. Επίσης, όπου αυτό είναι δυνατό, υπογραμμίζει τις εξελίξεις σε καθορισμένους τεχνικούς τομείς του «Σχεδίου 100 δράσεων» στο πλαίσιο του προγράμματος «Ενίσχυση της Ικανότητας για Καθολική Κάλυψη» (SCUC). Τέλος, σύμφωνα με την

ορθή επιστημονική πρακτική, η έκθεση δεν επιχειρεί να αξιολογήσει αναλυτικά τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που εφαρμόστηκαν προσφάτως.

#### **Κάλυψη, πρόσβαση και οικονομική προστασία**

Οι σημαντικές πιέσεις που υφίστανται και οι δύο συνιστώσες της δημόσιας χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος –το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και ο κρατικός προϋπολογισμός– δημιουργούν εύλογες ανησυχίες σχετικά με τη μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επάρκεια χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Για να διασφαλιστεί η προβλεψιμότητα της χρηματοδότησης μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και της φορολογίας απαιτείται να δοθεί περαιτέρω έμφαση στη βελτίωση της συλλογής και της συγκέντρωσης των πόρων από τις εν λόγω πηγές χρηματοδότησης. Η εφαρμογή ενός συστήματος μοναδικού πληρωτή έχει σε κάποιον βαθμό καταφέρει να περιορίσει την αύξηση των δαπανών και να καταλείψει τους πόρους πιο ορθολογικά. Ωστόσο, η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) δεν έχει στηριχθεί επαρκώς σε επιχειρησιακό επίπεδο, καθώς η συνεχής έλλειψη προσωπικού και η υποχρηματοδότηση του φορέα, έχουν οδηγήσει σε καθυστερήσεις στις πληρωμές των παρόχων. Επιπλέον, η υπερβολική στήριξη σε έμμεσους φόρους και σε υψηλές –επίσημες και ανεπίσημες– ιδίες δαπάνες των ασθενών καθιστά τη συνολική χρηματοδότηση του τομέα της υγείας αντίστροφα προοδευτική και ανισότιμη.

Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα περισσότεροι από 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι να χάσουν τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα και κατ' επέκταση να αντιμετωπίζουν ανυπέβλητες δυσκολίες στην πρόσβασή τους στη φροντίδα υγείας. Επιπλέον, το ελληνικό σύστημα υγείας ανέκαθεν βασιζόταν σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική χρηματοδότηση με υψηλές ιδίες δαπάνες, κυρίως λόγω της υποχρηματοδότησης του δημόσιου τομέα υγείας. Οι ιδίες πληρωμές αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ του 2010 και του 2015, κυρίως επειδή στο πλαίσιο της κρίσης αυξήθηκαν ή εισήχθησαν νέα τέλη χρήσης, συμπληρωμές και συνασφαλίσεις, με στόχο την αύξηση των εσόδων και τον περιορισμό της ζήτησης μη αναγκαίων υπηρεσιών υγείας. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι έχουν γίνει κάποια θετικά βήματα από το 2015, συμπεριλαμβανομένης της νομοθεσίας για την παροχή ελεύθερης πρόσβασης στη φροντίδα υγείας για τους ανασφάλιστους Έλληνες και τους μετανάστες, της κατάργησης ορισμένων συμμετοχών των πολιτών στο κόστος, καθώς και της θέσπισης της λίστας χειρουργείου. Τα μέτρα αυτά οδήγησαν σε μια ελαφρά μείωση των ιδίων πληρωμών, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν ζητήματα που πρέπει να ληφθούν περισσότερο υπόψη, όπως η δομή των συμμετοχών στα φάρμακα, τα ανώτατα όρια όσον αφορά τις παροχές των ιατρών, η απουσία ουσιαστικής οδοντιατρικής κάλυψης και το επίμονο φαινόμενο των άτυπων πληρωμών. Επιπροσθέτως, ορισμένα εμπόδια στην πρόσβαση δεν εξαλείφθηκαν. Για παράδειγμα, όσοι είναι ανασφάλιστοι μπορούν να έχουν πρόσβαση μόνο σε δημόσιους παρόχους, αλλά όχι στους ιδιώτες που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης, έχουν προκύψει νέοι τύποι άτυπων πληρωμών ως συνέπεια των ανώτατων ορίων στις μηνιαίες επιτρεπτές δραστηριότητες των ιατρών. Οι ιδίες πληρωμές εξακολουθούν να συμβάλλουν στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού που παραμένουν ανικανοποίητες, επιβαρύνοντας ιδιαίτερα τις πιο ευάλωτες ομάδες.

#### **Παροχή φροντίδας υγείας**

Ο ακρογωνιαίος λίθος των σημερινών μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στην Ελλάδα είναι η δημιουργία ενός νέου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το ελληνικό σύστημα φροντίδας υγείας

επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στα νοσοκομεία και το σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση, στον συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας τους, καθώς και στην πληρότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η νέα μεταρρυθμιστική πρόταση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), η οποία υιοθετήθηκε το 2017, στοχεύει να βελτιώσει την πρόσβαση σε βασικές ποιοτικές υπηρεσίες (βραχυπρόθεσμα), να ενδυναμώσει τα άτομα και τις κοινότητες (μεσοπρόθεσμα) και να ενθαρρύνει μακροοικονομικές και πολιτιστικές αλλαγές (μακροπρόθεσμα). Το πρώτο και κύριο βήμα προς αυτήν την κατεύθυνση ήταν ο Νόμος 4486/2017, ο οποίος θέτει τις βάσεις για την εισαγωγή ενός νέου συστήματος ΠΦΥ που ενσωματώνει τις θεμελιώδεις αρχές του ΠΟΥ. Αυτό αναμένεται να οδηγήσει όχι μόνο στην καλύτερη πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας αλλά και σε μια πιο ορθολογική και αποτελεσματική χρήση των υφιστάμενων υπηρεσιών και πόρων, μέσα από καλά οργανωμένες διαδικασίες παραπομπής που θα μειώσουν τον αριθμό περιττών επισκέψεων στα νοσοκομεία. Κατά την αρχική περίοδο εφαρμογής παρατηρήθηκαν δυσκολίες όσον αφορά την προσαρμογή σε διαδικασίες όπου δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ομαδική εργασία, τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, την ενίσχυση των κοινοτήτων και τα προγράμματα πρόληψης. Επίσης, οι δυσκολίες αφορούν τη σταθερή έλλειψη σαφών και ενιαίων μηχανισμών συντονισμού, την μη εφαρμογή ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και συγκεκριμένων κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, την αβεβαιότητα σχετικά με τη βιωσιμότητα του συστήματος –που έπαιξε βασικό ρόλο στην απροθυμία του προσωπικού να εργαστεί στις νέες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας–, καθώς και την έλλειψη εμπειρίας τόσο του νέου προσωπικού όσο και των κέντρων αποφάσεων με το καινούριο σύστημα.

Οι υπάρχουσες υπηρεσίες δημόσιας υγείας επικεντρώνονται στον έλεγχο και την πρόληψη των μεταδιδόμενων νοσημάτων. Δεδομένων των προαναφερθέντων στρατηγικών στόχων, αυτές οι υπηρεσίες θα πρέπει να μετασχηματιστούν ώστε να επικεντρώνονται στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης και του επιπολασμού των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων. Οι κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας πρέπει να ενισχυθούν προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητά τους και να παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. Επίσης, πρέπει να ενισχυθούν οι σχετικές δράσεις που προάγουν την υγεία και την πρόληψη στον γενικό πληθυσμό, ιδίως ενόψει των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχική υγεία που απορρέουν από την κρίση. Η επί του παρόντος υπέρμετρη στήριξη στις υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας σε περιπτώσεις ασθενών όπου αυτή δεν είναι απαραίτητη είναι ένα ζήτημα που πρέπει να διευθετηθεί. Εκτός από την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, το συγκεκριμένο πρόβλημα θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί περαιτέρω με την επανεξέταση ενός ενιαίου συστήματος διαλογής, την προώθηση αυτονόμησης και εξειδίκευσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, τη θέσπιση της επείγουσας ιατρικής ως ξεχωριστής ειδικότητας και την επένδυση σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης.

#### **Ποιότητα και ασφάλεια της φροντίδας υγείας**

Παραδοσιακά, οι Έλληνες ασθενείς δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την ποιότητα της φροντίδας υγείας που λαμβάνουν. Δεν υπάρχει εθνική υποδομή διαχείρισης της ποιότητας, ούτε δείκτες που να χρησιμοποιούνται συστηματικά για την παρακολούθηση της απόδοσης των νοσοκομείων (ή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας). Αυτό το ζήτημα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί πιο επισταμένα στο εγγύς μέλλον, ιδιαίτερα όσον αφορά την παρακολούθηση και τη βελτίωση της επίδοσης του συστήματος υγείας. Σε νοσοκομειακό επίπεδο και σε σχέση με την ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών έχουν πραγματοποιηθεί υποσχόμενα βήματα. Ιστορικά, το



ελληνικό σύστημα έχει επιδείξει ελλιπή συντονισμό μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, αλλά ο νέος νόμος σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα δίνει έμφαση σε τρεις από τις ουσιαστικές αρχές της βέλτιστης πρακτικής συντονισμού: (i) πολυεπιστημονικές ομάδες σε τοπικό επίπεδο· (ii) επαρκές σύστημα παραπομπών· και (iii) ένα κοινό σύστημα ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου.

Ιστορικά, οι επενδύσεις σε προηγμένο απεικονιστικό εξοπλισμό στην Ελλάδα δεν ήταν αποτέλεσμα συντονισμένου και τεκμηριωμένου σχεδιασμού. Οι πρόσφατες προσπάθειες του Υπουργείου Υγείας και του ΠΟΥ κατέληξαν σε μια σειρά από συστάσεις με στόχο την αντιμετώπιση του ζητήματος, κυρίως μέσω στρατηγικού σχεδιασμού με βάση την αξιολόγηση αναγκών για ιατροτεχνολογικά προϊόντα σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας και την ευρεία συμμετοχή των εμπλεκόμενων φορέων. Έχουν θεσπιστεί μια σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό της υπερσυνταγογράφησης και την ενθάρρυνση της ορθολογικής χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων και των φαρμακευτικών προϊόντων, στα οποία συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ άλλων: η επιτυχής εισαγωγή ενός εθνικού συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης· η υιοθέτηση μηνιαίων ανώτατων ορίων συνταγογράφησης για τους ιατρούς που χρησιμοποιούν το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (τα οποία απαιτούν στενή παρακολούθηση για να διασφαλιστεί ότι δεν προκύπτουν ανισότητες και για να διευθετηθούν τυχόν ανεπιθύμητες συνέπειες)· μειώσεις στις τιμές· η έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για συνταγογραφήσεις και καθορισμένων κανόνων για τις παραπομπές. Τέλος, στις αρχές του 2018 θεσπίστηκε στην Ελλάδα ένας μηχανισμός αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας (Health Technology Assessment, HTA), με στόχο την αξιολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων, ο οποίος πρέπει να συνεχίσει να αναπτύσσεται και να επεκτείνεται καθώς αυξάνεται η σχετική εμπειρία, λαμβάνοντας υπόψη τις ευρωπαϊκές εξελίξεις.

#### **Ανθρώπινο Δυναμικό για την Υγεία**

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από ποσοτικές και ποιοτικές ανισορροπίες μεταξύ των επαγγελματιών και των ειδικοτήτων υγείας, από έλλειψη σχεδιασμού όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό και από άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας σε όλα τα επίπεδα της παροχής φροντίδας. Ένα εθνικό στρατηγικό σχέδιο βρίσκεται υπό σχεδιασμό για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Οι προκαταρκτικές συστάσεις αφορούν την εκπαίδευση, τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και τη δέσμη ανταμοιβών (ιδίως για τις απομακρυσμένες γεωγραφικές περιοχές), τη σύσταση ομάδων, το σχεδιασμό του προσωπικού, καθώς και την ενδυνάμωση των ατομικών και θεσμικών ικανοτήτων.

Ύστερα από σχετική απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου, μια πρόσφατη νομοθετική πρωτοβουλία έθεσε ως στόχο την εναρμόνιση της νομοθεσίας για τα ωράρια εργασίας των ιατρών του ΕΣΥ με τις απαιτήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ανάμεσα στους ρητούς στόχους είναι η βελτίωση των συνθηκών εργασίας για τους ιατρούς και, κατά συνέπεια, η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και η μείωση της πιθανότητας ιατρικών σφαλμάτων. Η στενή παρακολούθηση των αποτελεσμάτων του νέου πλαισίου είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί ότι αυτό πληροί τους επιθυμητούς σκοπούς του.

#### **Ο ρόλος των ασθενών**

Οι ομάδες ασθενών δεν έχουν θεσμικό ρόλο στον σχεδιασμό και τη ρύθμιση της φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχε κάποιο επισήμως αναπτυγμένο εργαλείο για τη διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών και την ικανοποίηση των ληπτών στις

δημόσιες μονάδες φροντίδας υγείας. Ο νέος νόμος για την ΠΦΥ του 2017 προβλέπει ότι ο κοινωνικός έλεγχος πρέπει να ασκείται μεταξύ άλλων, μέσω ερωτηματολογίων με τα οποία οι πολίτες θα αξιολογούν τις υπηρεσίες που έχουν λάβει και τα αποτελέσματα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη διαμόρφωση των μελλοντικών πρακτικών. Η εφαρμογή των διατάξεων αυτών βρίσκεται σε εξέλιξη. Το 2016, η νομοθεσία επέβαλλε ότι σε κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να ιδρυθούν γραφεία για την προστασία των δικαιωμάτων που έχουν οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας, με ευθύνη να προστατεύουν τα δικαιώματα των ασθενών εντός του νοσοκομείου και να εξετάζουν σχετικές καταγγελίες από τους πολίτες.

### **Διακυβέρνηση**

Έχει εφαρμοστεί ένα εκτενές φάσμα αποτελεσματικών μέτρων με στόχο την ενίσχυση της παρακολούθησης και τη διασφάλιση μεγαλύτερης διαφάνειας στις χρηματοοικονομικές συναλλαγές μέσα στο σύστημα υγείας. Σε αυτά τα μέτρα συμπεριλαμβάνονται, για παράδειγμα, η ανάπτυξη ενός εργαλείου παρακολούθησης των τιμών για τη συλλογή και την ανάλυση στοιχείων σχετικά με τις προκηρύξεις και τις τεχνικές προδιαγραφές των διαγωνισμών προμηθειών των νοσοκομείων, καθώς επίσης και η εισαγωγή του προγράμματος «Διαύγεια» το 2010 με στόχο την προώθηση της διαφάνειας και της προσβασιμότητας στην ελληνική κυβέρνηση και τις πολιτικές της. Ωστόσο, η συμμετοχή των πολιτών και των ασθενών στον καθορισμό των προτεραιοτήτων και στη λήψη αποφάσεων στον τομέα της φροντίδας υγείας υστερεί γενικά σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Ο κατακερματισμός των προμηθειών έχει αναγνωριστεί ως σημαντική πηγή αναποτελεσματικότητας στο σύστημα υγείας, δίνοντας το έναυσμα για σημαντικές προσπάθειες με στόχο την ενίσχυση των σχετικών διαδικασιών τόσο για την πρωτοβάθμια όσο και για τη νοσοκομειακή φροντίδα. Στα νοσοκομεία εισήχθη ένα ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης των προϊόντων και ένα κοινό μητρώο ιατρικών προμηθειών, με σκοπό τη δημιουργία ενός πιο διαφανούς και αποτελεσματικού συστήματος προμηθειών, ενώ η σύσταση και οι αρμοδιότητες της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) αναθεωρήθηκαν το 2017.

### **Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού**

Δεν είναι εύκολο να αποτιμηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, καθώς είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αν (και σε ποιο βαθμό) ένα παρατηρούμενο αποτέλεσμα στην υγεία οφείλεται σε διαρθρωτικές και διαδικαστικές αλλαγές στο ίδιο το σύστημα υγείας ή σε αλλαγές στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας που απορρέουν από την οικονομική κρίση. Επίσης, χρειάζεται χρόνος για να γίνει αντιληπτός ο αντίκτυπος οποιασδήποτε αλλαγής στην υγεία. Αυτό είναι ακόμα πιο δύσκολο στην Ελλάδα, δεδομένου ότι επικαιροποιημένα και σχετικά στοιχεία που απαιτούνται για την αξιολόγηση συχνά δεν είναι διαθέσιμα. Ωστόσο, μπορεί να σημειωθεί ότι, ενώ το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση συνέχισε να αυξάνεται κατά τα έτη της κρίσης, ο χρόνος κατά τον οποίο η υγεία των ατόμων παραμένει σε καλή κατάσταση μειώθηκε ριζικά. Το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας άρχισε να αυξάνεται μετά το 2014, ύστερα από δεκαετίες πτωτικής τάσης και ενώ βρισκόταν σταθερά κάτω από τον μέσο όρο των 28 κρατών-μελών της ΕΕ. Η αποτρεπτή θνησιμότητα, η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες καθώς και η θνησιμότητα από συγκεκριμένες αιτίες παρουσιάζουν διακυμάνσεις κατά την περίοδο της κρίσης, αν και το εύρος και η κατεύθυνση των διακυμάνσεων αυτών ποικίλουν. Αν και το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονίες στην Ελλάδα είναι από τα χαμηλότερα στα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, παρατηρήθηκε μια αυξητική τάση κατά την περίοδο 2010-2014, την οποία ακολούθησε μια



ελαφρά πτώση το 2015. Οι συνέπειες της κρίσης στην ψυχική υγεία, η μητρική και η παιδική υγεία, η δυναμική των μεταδοτικών νοσημάτων, η δημόσια υγεία, καθώς και οι περιοχές όπου ευδοκιμούν συγκεκριμένες ασθένειες, έχουν διερευνηθεί από πολυάριθμες μελέτες, τα αποτελέσματα των οποίων συνοψίζονται στην έκθεση.

#### **Η μελλοντική πορεία**

Όσον αφορά το μέλλον, υπάρχει ανάγκη για μια πιο συνεκτική, ολοκληρωμένη και καλύτερα σχεδιασμένη στρατηγική μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, η οποία θα λαμβάνει υπόψη πληρέστερα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, θα υιοθετεί μια πιο εκλεπτυσμένη προσέγγιση, ειδικότερα ως προς την κατανομή των πόρων και θα επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση και διόρθωση των ακούσιων συνεπειών από προηγούμενες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Η παρούσα έκθεση ολοκληρώνεται με μια σειρά προτάσεων που θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη στο μέλλον.

# 1. Εισαγωγή

Κατά την έναρξη της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηριζόταν από μια παρωχημένη οργανωτική δομή, στην οποία κυριαρχούσαν η κλινική ιατρική και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ο προγραμματισμός ήταν ανεπαρκής, όπως και οι προσβάσιμες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και τις υγειονομικές δαπάνες. Το σύστημα δεν ήταν προδραστικό όσον αφορά την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Ως εκ τούτου, το ελληνικό σύστημα φροντίδας υγείας μαστιζόταν από πολλές ανεπάρκειες (Economidou & Giorno, 2009· Economidou, 2010). Η διακυβέρνηση χαρακτηριζόταν από υψηλό βαθμό συγκεντρωτισμού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και τις διοικητικές διαδικασίες, από υποβέλτιστες διαχειριστικές δομές που δεν είχαν επαρκή συστήματα διαχείρισης πληροφοριών και συχνά στελεχώνονταν από προσωπικό που δεν διέθετε επαρκείς διαχειριστικές, προγραμματιστικές και συντονιστικές δεξιότητες, ενώ χαρακτηριστικό στοιχείο της ήταν και η περιορισμένη διαχειριστική και διοικητική ικανότητα. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας δεν βασιζόταν στην αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού, σε μηχανισμούς καθορισμού προτεραιοτήτων ή στην αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας. Η χρηματοδότηση ήταν αντιστρόφως προοδευτική, με υψηλές ιδίες δαπάνες των ασθενών. Το αναχρονιστικό σύστημα αναδρομικής αποζημίωσης των παρόχων και η προβληματική τιμολόγηση δημιουργούσαν κίνητρα για προκλητή ζήτηση, οδηγούσαν στην αύξηση των ιδίων και των άτυπων πληρωμών, και αποτελούσαν εμπόδιο στον περιορισμό του κόστους. Το παλιό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ήταν κατακερματισμένο και περιλάμβανε πολλά ταμεία και παρόχους με ποικίλες οργανωτικές και διοικητικές δομές, προσφέροντας υπηρεσίες που δεν ήταν συντονισμένες. Η κατάσταση αυτή είχε ως αποτέλεσμα αποκλίσεις στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, το ύψος των εισφορών και τη δέσμη παροχών, οι οποίες, σε συνδυασμό με την απουσία συστήματος παραπομπών και αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου, παρήγαγαν μη αποδοτικές λειτουργίες και συσσώρευση μεγάλων χρεών. Επιπλέον, η υπερπροσφορά ιατρών ειδικοτήτων συνοδευόταν από έλλειψη γενικών ιατρών και νοσηλευτών. Σε συνδυασμό με την άνιση και μη αποδοτική κατανομή και περιφερειακή ανάπτυξη των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων καθώς και των υποδομών υγείας, η κατακερματισμένη ασφαλιστική κάλυψη οδήγησε σε ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο της ευρύτερης οικονομικής κατάστασης, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας κρίθηκαν απαραίτητες και τέθηκαν σε προτεραιότητα, καθώς το ελληνικό σύστημα υγείας βρέθηκε αντιμέτωπο με επιπλέον πιέσεις. Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν ως ανταπόκριση στην κρίση και τα αποτελέσματά τους θα πρέπει να εξεταστούν λαμβάνοντας υπόψη τέσσερα δεδομένα (Economidou et al., 2015). Πρώτον, τα πολυδιάστατα διαρθρωτικά προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας σήμαιναν ότι αυτό δεν ήταν επαρκώς προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που επέβαλλε η οικονομική κρίση. Αυτές οι διαρθρωτικές αδυναμίες δημιούργησαν ένα σύστημα υγείας που ήταν ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και ανίκανο να ανταπεξέλθει στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Δεύτερον, υπήρξε μια επείγουσα ανάγκη να εφαρμοστούν λειτουργικές και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες αποσκοπούσαν στην αντιμετώπιση των αδυναμιών του συστήματος υγείας όπως αυτές παρατέθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο.

Τρίτον, και ίσως σημαντικότερο για την κατανόηση των επιπτώσεων των αλλαγών, τα μέτρα που προβλέφθηκαν στο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής της Ελλάδας αφορούσαν σε μεγάλο βαθμό τη δημοσιονομική εξυγίανση. Οι πολιτικές που σχετίζονται με τον περιορισμό των δαπανών και εφαρμόστηκαν στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά το 2010 είχαν γενικά τη μορφή οριζόντιων περικοπών. Τέταρτον, κατά την εξέταση μεμονωμένων μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το ελληνικό σύστημα φροντίδας υγείας έχει υποβληθεί σε μια τεράστια σειρά αλλαγών σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Κατά συνέπεια, οι προκαταρτικές μεταρρυθμίσεις, που αποτελούσαν προϋπόθεση για περαιτέρω αλλαγές, δεν είχαν προλάβει να ωριμάσουν μέχρι τη χρονική στιγμή που όφειλαν να τεθούν σε εφαρμογή νέα μεταρρυθμιστικά μέτρα.

Η Ελλάδα χρησιμοποίησε ένα συνδυασμό εργαλείων της πολιτικής υγείας προκειμένου να ανταποκριθεί σε αυτή την κατάσταση. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι η πλειονότητα των μέτρων που εισήχθησαν κατά το πρώτο κύμα των μεταρρυθμίσεων (2010-2014) υπονόμει τους στόχους του συστήματος υγείας, όπως αυτοί περιγράφονται στην ταξινόμηση που έχει υιοθετήσει το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη: το επίπεδο υγείας, την οικονομική προστασία, την αποδοτικότητα, την ισότητα, την ποιότητα, την ανταποκρισιμότητα, τη διαφάνεια και τη λογοδοσία (Mladovsky et al. 2012). Τα μέτρα περιλάμβαναν μείωση του φάσματος των καλυπτόμενων βασικών υπηρεσιών· μείωση της κάλυψης του πληθυσμού και αύξηση των τελών χρήσης για βασικές υπηρεσίες (δηλαδή, αλλαγές και στα τρία επίπεδα της ασφάλισης)· αύξηση των χρόνων αναμονής για αναγκαίες υπηρεσίες· οριζόντιες περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας· παραιτήσεις εργαζομένων στον τομέα της υγείας λόγω μισθολογικών περικοπών και μείωση των αντικαταστάσεων για το προσωπικό που συνταξιοδοτούνταν ή μετανάστευε προς τις αγορές εργασίας ξένων χωρών. Αντιστρόφως, τα μέτρα που θα μπορούσαν να προωθήσουν τους στόχους του συστήματος υγείας ήταν περιορισμένα, ενώ, σε πολλές περιπτώσεις ούτε ήταν επαρκώς σχεδιασμένα ούτε τέθηκαν σε εφαρμογή. Αυτή η κατηγορία μεταρρυθμίσεων περιλαμβάνει την καθιέρωση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ως μοναδικού πληρωτή για την ενίσχυση της συνολοποίησης των κινδύνων, την εισαγωγή του συστήματος των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN-DRG) για την πληρωμή των νοσοκομείων και τις μειώσεις στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων σε συνδυασμό με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Εντούτοις, παραμελήθηκε μια σειρά βασικών επιλογών πολιτικής, εκ των οποίων: στρατηγικές αγορές που συνδυάζουν τις συμβάσεις με μηχανισμούς λογοδοσίας· ενσωμάτωση της αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας για μεγαλύτερη διαφάνεια στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων· μέτρα παρακολούθησης και διαφάνειας· μέτρα που αφορούν τη δημόσια υγεία με στόχο τη μείωση του φορτίου της ασθένειας· μετατόπιση από τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην ανοιχτή φροντίδα υγείας· παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας μέσα από τον συντονισμό της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα, καθώς και της υγειονομικής με την κοινωνική φροντίδα· μείωση διοικητικών δαπανών με διατήρηση της ικανότητας διαχείρισης του συστήματος υγείας· και δημοσιονομικές πολιτικές για τη διεύρυνση των δημόσιων εσόδων. Επίσης, ένα ασθενοκεντρικό σύστημα υγείας με βάση την αντίληψη του πολίτη-ασθενή, δεν φάνηκε να εμπίπτει στο φάσμα των μεταρρυθμίσεων του πρώτου κύματος. Επιπροσθέτως, είτε εκ προθέσεως είτε εξ αμέλειας, οι επιπτώσεις των μέτρων που εισήχθησαν ούτε παρακολούθηθηκαν ούτε εξετάστηκαν επαρκώς, προκειμένου να διευκολυνθεί η διαμόρφωση περαιτέρω πολιτικών (Economou et al., 2015· Economou et al., 2017).

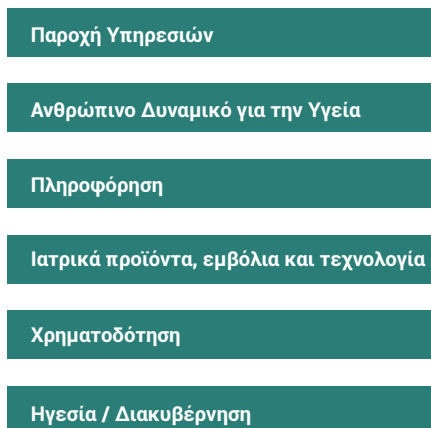
Μετά το 2015, αυτά τα παραμελημένα ζητήματα μεταφέρθηκαν στο προσκήνιο της ατζέντας των πολιτικών υγείας, με αφορμή τις αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με την επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης και τη μείωση των εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Καταλυτικός παράγοντας σε αυτό υπήρξε η τεχνική βοήθεια που παρείχε ο ΠΟΥ. Τον Ιανουάριο του 2016, ξεκίνησε η πρωτοβουλία με τίτλο «Ενίσχυση της Ικανότητας για Καθολική Κάλυψη» (SCUC), μια συνεργασία μεταξύ του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας και του Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη, με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Με αποστολή της τη στήριξη των μεσοπρόθεσμων μεταρρυθμιστικών προτεραιοτήτων της Ελλάδας στον τομέα της υγείας, η πρωτοβουλία έχει ως γενικό στόχο να συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ιδίως για τις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, βοηθώντας τις ελληνικές αρχές στην προσπάθειά τους για καθολική κάλυψη και ενίσχυση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και την ανθεκτικότητας του ελληνικού συστήματος υγείας. Η πρωτοβουλία επικεντρώνεται σε τρεις μεταρρυθμιστικούς άξονες: (i) την ενίσχυση της καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα υγείας· (ii) τη βελτίωση της διαφάνειας, της συμπερίληψης και του εκσυγχρονισμού της διακυβέρνησης της υγείας· και (iii) τη βελτίωση της χρηματοδοτικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας. Ένα «Σχέδιο 100 δράσεων» αναπτύχθηκε για την καθοδήγηση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών σύμφωνα με αυτές τις αρχές. Μία σειρά μεταρρυθμιστικών μέτρων που θεσπίστηκαν τα τελευταία τρία χρόνια έχουν λάβει υπόψη τη γνώση που έχει παράξει η πρωτοβουλία SCUC.

Όσον αφορά τη μελλοντική πορεία, υπάρχει ανάγκη για μια πιο συνεκτική, ολοκληρωμένη και καλύτερα σχεδιασμένη στρατηγική μεταρρυθμίσεων, η οποία θα ανταποκρίνεται πληρέστερα στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και θα υιοθετεί μια πιο εκλεπτυσμένη οπτική, ιδίως όσον αφορά την κατανομή των πόρων. Για τον σκοπό αυτό, η παρούσα έκθεση επιδιώκει να περιγράψει και να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας που έχουν εφαρμοστεί από την αρχή της οικονομικής κρίσης και, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, να παρουσιάσει επιλογές και συστάσεις με στόχο την προσαρμογή ή τον αναπροσανατολισμό της ισχύουσας πολιτικής. Έχοντας ως βάση τα δομικά στοιχεία που ορίζει το πλαίσιο του ΠΟΥ για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας (βλ. σχήμα 1), η έκθεση διαρθρώνεται σε έξι μέρη, καθένα από τα οποία παρουσιάζει έναν κρίσιμο τομέα του ελληνικού συστήματος υγείας που χρειάζεται ή έχει ήδη υποβληθεί σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις: (i) κάλυψη, πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και οικονομική προστασία· (ii) παροχή φροντίδας υγείας, (iii) ποιότητα και ασφάλεια της φροντίδας υγείας (λαμβάνοντας υπόψη τις τεχνολογίες υγείας και τα πληροφορικά συστήματα)· (iv) ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας· (v) ρόλος των ασθενών· και (vi) διακυβέρνηση. Η έκθεση ολοκληρώνεται με την εξέταση επιλεγμένων δεικτών που μετρούν τις αλλαγές στο επίπεδο υγείας, με βάση τόσο τα ποσοτικά δεδομένα όσο και τις σε βάθος μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από την εμφάνιση της κρίσης.

Σχήμα 1 Δομικά στοιχεία του πλαισίου του ΠΟΥ για την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας.

### ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### Δομικά στοιχεία του συστήματος

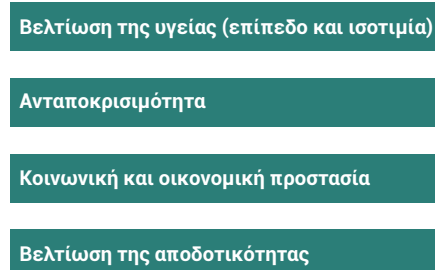


Κάλυψη  
Πρόσβασης



Ποιότητα  
και  
ασφάλεια

#### Γενικοί Στόχοι / αποτελέσματα



Πηγή: WHO, 2007.

Η τεκμηρίωση της παρούσας έκθεσης βασίζεται σε επίσημα έγγραφα, δημοσιευμένη βιβλιογραφία (γκρίζα και αξιολογημένη από ομότιμους), συμβουλές εμπειρογνομόνων και εξειδικευμένες απόψεις από τον τομέα της υγείας που συγκεντρώθηκαν κατά το πρώτο εξάμηνο του 2018. Η έκθεση δεν είναι σε καμία περίπτωση εξαντλητική. Δεν εξετάζει λεπτομερώς όλες τις αλλαγές που έγιναν στο ελληνικό σύστημα υγείας από την αρχή της οικονομικής κρίσης. Αντιθέτως, επικεντρώνεται σε κρίσιμες παρεμβάσεις που αφορούν την αντιμετώπιση των σημαντικότερων διαρθρωτικών ανεπαρειών του συστήματος υγείας. Επίσης, όπου είναι εφικτό, υπογραμμίζει τις εξελίξεις σε καθορισμένους τεχνικούς τομείς του «Σχεδίου 100 δράσεων» στο πλαίσιο του SCUC. Τέλος, σύμφωνα με την ορθή επιστημονική πρακτική, η έκθεση δεν επιχειρεί να αξιολογήσει αναλυτικά τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που εφαρμόστηκαν προσφάτως.

## 2. Κάλυψη, πρόσβαση και οικονομική προστασία

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έχει αποτελέσει μεγάλη πρόκληση στην Ελλάδα από την εμφάνιση της κρίσης. Η πρόσβαση επιδεινώθηκε σημαντικά μεταξύ του 2009 και του 2016, ιδίως με την απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης για τους ανέργους (λόγω του αυξανόμενου ποσοστού ανεργίας κατά τη διάρκεια της κρίσης) και τους αυτοαπασχολούμενους που δεν μπορούσαν να πληρώσουν τις ασφαλιστικές εισφορές τους, καθώς και με την αύξηση των τελών χρήσης. Εκείνη την περίοδο παρατηρήθηκαν σημαντικές αυξήσεις στον αριθμό των ατόμων που ανέφεραν ότι οι ιατρικές ανάγκες τους δεν ικανοποιούνταν, ιδίως για λόγους κόστους και ιδιαίτερα μεταξύ των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού: από 4% το 2009 σε 12% το 2016 (Eurostat, 2018a). Μέσα στο φτωχότερο πεμπτημόριο των ερωτηθέντων, το ποσοστό αυτό έφθασε το 17% το 2015 και διπλασιάστηκε στο 34% το 2016. Τα υψηλότερα ποσοστά των ερωτηθέντων που ανέφεραν μη ικανοποιούμενες ανάγκες λόγω του υψηλού κόστους το 2016 καταγράφηκαν στους άνεργους (21%) και στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (14%) (Eurostat, 2018a).

### 2.1 Χρηματοδότηση υγείας

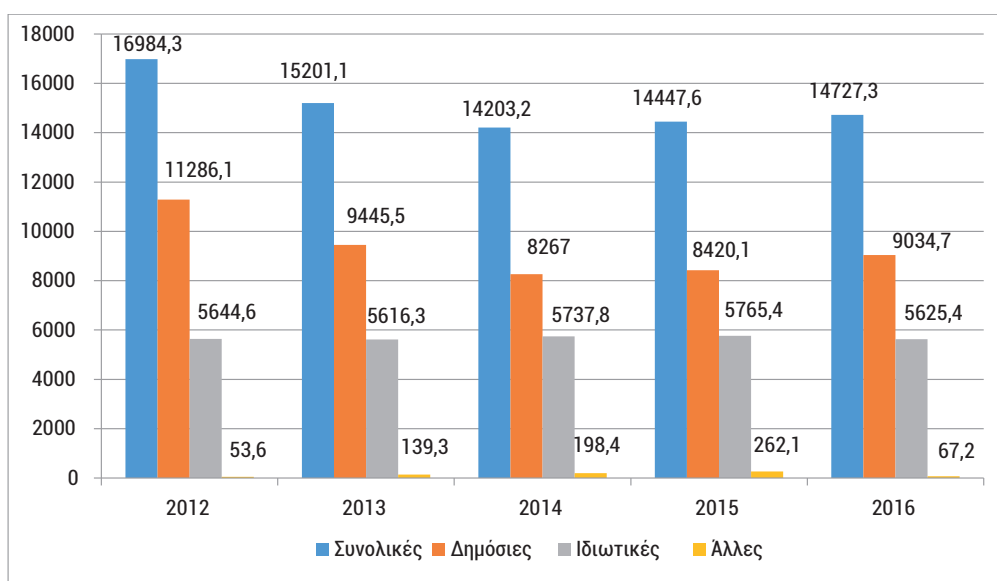
Το επιβεβλημένο ανώτατο όριο στις δημόσιες δαπάνες υγείας που τέθηκε στο 6% του ΑΕΠ, εντάσσεται στα μέτρα δημοσιονομικής βιωσιμότητας που υιοθετήθηκαν από τότε που εφαρμόστηκε το πρώτο ΠΟΠ στην Ελλάδα το 2010 (European Commission, 2017). Τα μέτρα αυστηρής λιτότητας που αποσκοπούσαν στη μείωση του δημόσιου χρέους και του ελλείμματος περιλάμβαναν οριζόντιες περικοπές στη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και της εκπαίδευσης. Ο αριθμός και οι μισθοί των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα μειώθηκαν, όπως και οι συντάξεις, ενώ παράλληλα αυξήθηκαν τόσο η άμεση όσο και η έμμεση φορολογία (Economou et al., 2017). Οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 8,9% του ΑΕΠ το 2012 σε λιγότερο από 8% το 2014, αντικατοπτρίζοντας την κορύφωση της κρίσης το 2013. Από τότε έχει καταγραφεί μια ανοδική τάση, με τη συνολική χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία να φτάνει το 8,5% του ΑΕΠ το 2016 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018). Παρόλο που οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα δεν είχαν ποτέ υπερβεί τον μέσο όρο της ΕΕ, οι κατά κεφαλήν δαπάνες σημείωσαν πτώση της τάξεως του 28% μεταξύ 2009 και 2015 (Economou et al., 2017).

Το μερίδιο της δημόσιας δαπάνης στις τρέχουσες δαπάνες υγείας (δαπάνες γενικής κυβέρνησης + δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης) είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ, φτάνοντας το 61,3% το 2016. Αυτό το ποσοστό αντιπροσωπεύει μια μικρή αύξηση από τα ακόμα χαμηλότερα επίπεδα που είχαν καταγραφεί το 2014 και το 2015, όταν το μερίδιο των δημόσιων δαπανών υγείας είχε υποχωρήσει κάτω από το 60% των συνολικών δαπανών υγείας (βλ. Σχήμα 2 και Σχήμα 3). Η κατανομή της χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα μεταξύ των διαφορετικών αγαθών και υπηρεσιών υγείας δείχνει ότι περικοπές του προϋπολογισμού έγιναν σε όλο το φάσμα των παροχών, ενώ η ποσοστιαία κατανομή της δημόσιας δαπάνης υγείας ανά κατηγορία παρεχόμενων αγαθών και υπηρεσιών

παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητη, με εξαίρεση τα φάρμακα (βλ. Ενότητα 4.4) (Econoμou et al., 2017). Αυτά τα στοιχεία επιβεβαιώνουν συνεπώς τη θέση ότι οι μειώσεις στον προϋπολογισμό δεν αποσκοπούσαν στην επίτευξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας (όπως ήταν ο δηλωμένος στόχος του ανώτατου ορίου 6% στο ΑΕΠ για τις δημόσιες δαπάνες υγείας), αλλά μάλλον αντικατόπτριζαν την ανάγκη ταχύρρυθμων αλλαγών για την επίτευξη δημοσιονομικών στόχων.

Αντίθετα, η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα μερίδια ιδιωτικής χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας στην ΕΕ: το 2016, το υπόλοιπο 38% των δαπανών υγείας προήλθε κατά κύριο λόγο από ιδίες δαπάνες των ασθενών (34%), και μόνο ένα περιορισμένο ποσοστό από τον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης (4%) (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018, βλ. Σχήμα 3). Οι ιδίες δαπάνες αφορούν κυρίως (άνω του 90%) φαρμακευτικές συμμετοχές και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, ένα ποσοστό των ιδίων δαπανών αφορά πληρωμές υπηρεσιών που καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα, αλλά έχουν αγοραστεί ιδιωτικά, για λόγους ταχύτερης ή βελτιωμένης πρόσβασης και ποιότητας. Τέλος, οι άτυπες πληρωμές είναι ευρέως διαδεδομένες στο ελληνικό σύστημα υγείας, εξαιτίας της μακρόχρονης παράδοσης ανεπαρκούς και αναποτελεσματικής χρηματοδότησης σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμών ελέγχου (βλ. Ενότητα 2.4 για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη διάρθρωση των ιδίων δαπανών, καθώς και τις πρόσφατες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες).

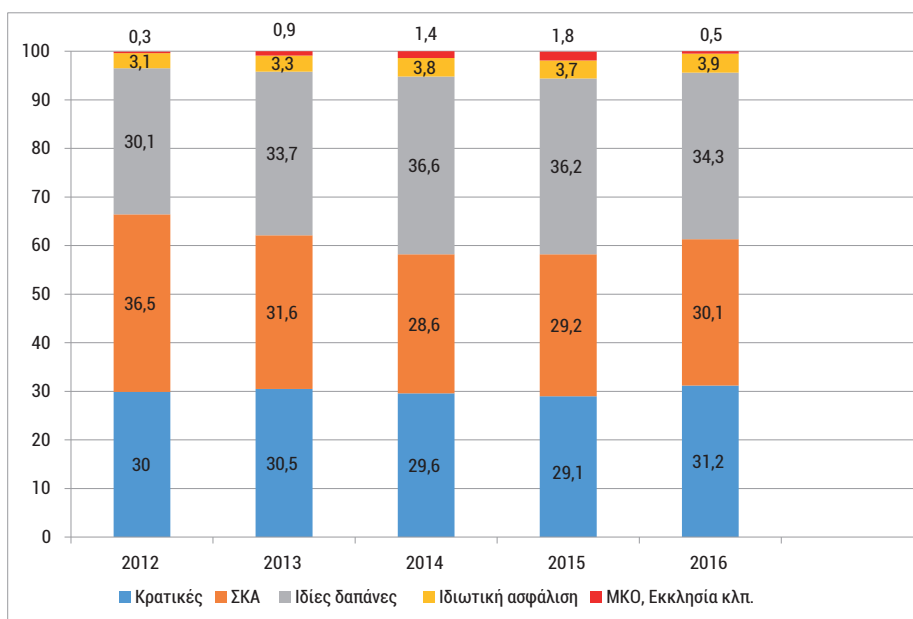
Σχήμα 2. Τρέχουσες δαπάνες υγείας, 2012-2016 (σε εκ. €)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018.



Σχήμα 3. Ποσοστιαία διάρθρωση πηγών χρηματοδότησης των δαπανών υγείας, 2012-2016



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018.

Παραδοσιακά, και έως το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης, το ΣΚΑ κάλυπτε περίπου το 40% από τις τρέχουσες δαπάνες υγείας (Economou et al., 2017). Αυτό το μερίδιο μειώθηκε σε 28,6% το 2014 και στη συνέχεια αυξήθηκε ελαφρώς στο 30,1% το 2016, αντιπροσωπεύοντας περίπου το μισό των συνολικών δημόσιων δαπανών για την υγεία. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης για το ΣΚΑ είναι οι υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και των συνταξιούχων, οι ετήσιες επιδοτήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς και η εκπώσεις και επιστροφές από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Ως εκ τούτου, διάφοροι παράγοντες συνέβαλαν στο να πληγούν σημαντικά τα έσοδα του ΣΚΑ στο πλαίσιο της κρίσης: η συρρίκνωση του ΑΕΠ, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, η μείωση των μισθών και του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, εν μέρει λόγω της εξωτερικής μετανάστευσης (European Commission, 2017). Η κρατική επιδότηση για το ΣΚΑ χρησιμοποιείται για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων του ΕΟΠΥΥ.

Ως το τέλος του 2016, οι κλάδοι σύνταξης των ταμείων συγκέντρωναν την πλειονότητα των εισφορών του ΣΚΑ και μεταβίβαζαν τα μερίδια αυτών που αφορούσαν την ασφάλιση υγείας στον ΕΟΠΥΥ. Το 2017, ο Νόμος 4387/2016<sup>1</sup> καθιέρωσε τον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) ως το κύριο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης για τη συλλογή και συγκέντρωση των εισφορών. Ο ΕΦΚΑ επίσης ορίζει το ποσοστό των ασφαλιστικών εισφορών υγείας για τους μισθωτούς απασχολούμενους (7,1% του μισθού). Τα λίγα ασφαλιστικά ταμεία που παρέμειναν εκτός του πλαισίου λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ και του ΕΦΚΑ καλύπτουν ένα πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού (λιγότερα από 130.000 άτομα). Η ανάγκη μεταρρύθμισης του συστήματος συγκέντρωσης των χρηματοοικονομικών πόρων υγείας ήταν προγενέστερη της χρηματοπιστωτικής κρίσης (European Commission, 2017· Economou et al., 2017), αλλά μια σειρά μεταρρυθμιστικών προσπαθειών προς αυτή την κατεύθυνση πραγματοποιήθηκαν

<sup>1</sup> Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου. 85/Τεύχος Α'12-5-2016.



στο πλαίσιο του ΠΟΠ (βλ. Ενότητα 2.2 σχετικά με την καθιέρωση του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου πληρωτή στο σύστημα). Η εισφοροδιαφυγή παραμένει ζήτημα προς επίλυση και επιδεινώνεται από την εκτεταμένη άτυπη οικονομία της Ελλάδας, η οποία μεταφράζεται σε χαμένες εισφορές για το ΣΚΑ.

Το προερχόμενο από τον κρατικό προϋπολογισμό μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης του τομέα υγείας στην Ελλάδα είναι υπεύθυνο για την κάλυψη των διοικητικών εξόδων και των μισθών των εργαζομένων στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών, για τη χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την παροχή επιδοτήσεων στα δημόσια νοσοκομεία και τον ΕΟΠΥΥ, για τις επενδύσεις κεφαλαίου, καθώς και για τη χρηματοδότηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Το Υπουργείο Οικονομικών μεταφέρει πόρους στο Υπουργείο Υγείας μέσω του ετήσιου προϋπολογισμού, με βάση κυρίως την κατανομή του προηγούμενου έτους και κάνοντας τις απαραίτητες προσαρμογές σύμφωνα με τον πληθωρισμό και τη συνολική αύξηση του προϋπολογισμού. Οι πόροι για τον κρατικό προϋπολογισμό προέρχονται από τους άμεσους και έμμεσους φόρους. Οι τελευταίοι ήταν κατά κανόνα πάντα σχετικά υψηλοί στην Ελλάδα (αντιστοιχώντας περίπου στο 40% των φορολογικών εσόδων) και ορισμένοι ειδικό φόροι έχουν αυξηθεί βάσει του πλαισίου των ΠΟΠ: η φορολογία αυξήθηκε στο 23% της λιανικής τιμής για το αλκοόλ, στο 20% για τα τσιγάρα και στο 34% για τα πούρα. Οι φόροι εισπράττονται από το Υπουργείο Οικονομικών μέσω ενός δικτύου τοπικών φορολογικών υπηρεσιών, αλλά η φοροδιαφυγή και οι φορολογικές απάτες αποτελούν βασικά προβλήματα στην Ελλάδα. Αυτό οφείλεται στη συνυπαιτιότητα πολλών παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η αδύναμη επιβολή της συναφούς νομοθεσίας, η απουσία κωδίκων δεοντολογίας και ελέγχου, η έλλειψη διαφάνειας στις κυβερνητικές δραστηριότητες σε συνδυασμό με την ατιμωρησία και τη μεγάλη διακριτική ευχέρεια στην επιβολή κυρώσεων που χαρακτηρίζει την κυβέρνηση, η αναποτελεσματική γραφειοκρατία, καθώς και η έλλειψη ευαισθητοποίησης του κοινού (Economidou et al., 2017). Τα τελευταία χρόνια εφαρμόστηκαν μια σειρά μέτρων με στόχο την αύξηση της διαφάνειας και της λογοδοσίας (βλ. Ενότητα 7.1), αλλά η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί πλήρως. Τέτοια παραδείγματα περιλαμβάνουν τις αυξημένες ευθύνες για το Υπουργείο Οικονομικών σχετικά με τον δημοσιονομικό και λειτουργικό έλεγχο των δαπανών υγείας, με τη δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών και μηνιαίων αναφορών για τις δημόσιες δαπάνες, τις επιστροφές φόρων και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές.

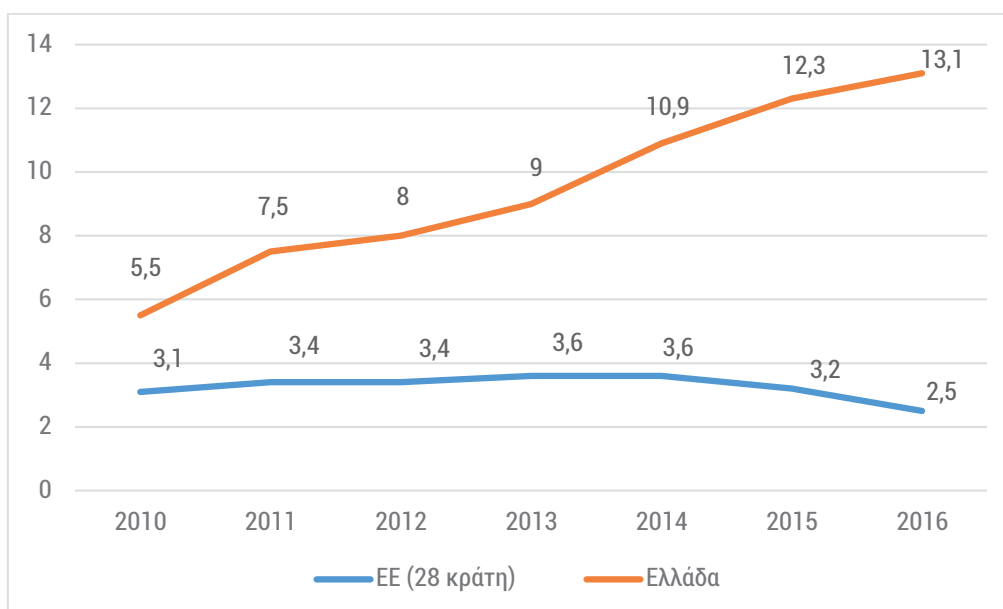
Οι σημαντικές πιέσεις που ασκούνται στις δύο συνιστώσες της δημόσιας χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας δημιουργούν εύλογες ανησυχίες σχετικά με τη μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επάρκεια της χρηματοδότησής του. Οι επωφελείς μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και τα βιώσιμα οφέλη (π.χ., στο πλαίσιο της καθολικής κάλυψης της υγείας) εξαρτώνται από την ύπαρξη μιας υγιούς χρηματοδοτικής βάσης. Η κυβέρνηση έχει δηλώσει τον στόχο της να αυξήσει στο άμεσο μέλλον τις δημόσιες δαπάνες για τη φροντίδα υγείας τουλάχιστον στο 6% του ΑΕΠ (σήμερα αγγίζουν το 5,2%). Ωστόσο, είναι απαραίτητο να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη βελτίωση της συλλογής και της συγκέντρωσης των πόρων, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο στόχος θα επιτευχθεί με βιώσιμο τρόπο, εξασφαλίζοντας την προβλεψιμότητα τόσο του ΣΚΑ όσο και των εσόδων που προέρχονται από τους φόρους.

Επιπλέον, η υπερβολική στήριξη στους έμμεσους φόρους και στις υψηλές ίδιες δαπάνες των ασθενών, επίσημες και ανεπίσημες, καθιστούν τη συνολική χρηματοδότηση του τομέα υγείας αντίστροφα προοδευτική και ανισότιμη (Economidou et al., 2017). Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας αυξήθηκαν κατά την περίοδο 2010–2016 (Σχήμα 4), επιβαρύνοντας δυσανάλογα τις

ευάλωτες ομάδες (Thomson, Cylus & Evetovits, 2018). Τα τελευταία στοιχεία από τις Στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC) υποδηλώνουν μια μείωση της τάξεως του 3,1% όσον αφορά τις μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας στην Ελλάδα μεταξύ του 2016 και του 2017, ενδεχομένως λόγω των μέτρων που εισήχθησαν για την κάλυψη των ανασφάλιστων, όπως περιγράφεται στην Ενότητα 2.3.

Προκειμένου να επανεξεταστούν οι μεταρρυθμιστικές πολιτικές μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο, απαιτείται επάρκεια ικανοτήτων σε επίπεδο υπουργείου. Πράγματι, έχει αναγνωριστεί ότι η έλλειψη ικανοτήτων στο Υπουργείο Υγείας και σε υπαγόμενα θεσμικά όργανά του είναι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την επιτάχυνση του μεταρρυθμιστικού προγράμματος στον τομέα της υγείας. Συχνά, μετά από υπουργική πρωτοβουλία, το SCUC έχει συμβάλει ουσιαστικά προς αυτή την κατεύθυνση, υποστηρίζοντας την κατάρτιση των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικών, οι οποίοι συμμετέχουν άμεσα στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης υγείας.

Σχήμα 4. Ανάγκες που δεν ικανοποιούνται λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής, 2010-2016



Πηγή: Eurostat, 2018a.

## 2.2 Κάλυψη για φροντίδα υγείας στο πλαίσιο του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ)

Μια σημαντική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας εισήχθη τον Μάρτιο του 2011 με την ενοποίηση της πλειονότητας των κλάδων υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και το σχηματισμό του ΕΟΠΥΥ (Νόμος 3918/2011)<sup>2</sup>. Με την πρόθεση να λειτουργήσει ως μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών

2 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 31/Τεύχος Α'2-3-2011.

υγείας, αρχικά ο ΕΟΠΥΥ ήταν επίσης επιφορτισμένος με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο ρόλος αυτός περιλάμβανε τον συντονισμό της ΠΦΥ, τη σύναψη συμβάσεων με τους παρόχους υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με τον ευρύτερο στόχο να μετριαστούν οι πιέσεις στα εξωτερικά ιατρεία και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στα δημόσια νοσοκομεία. Στη συνέχεια, ο Νόμος 4238/2014<sup>3</sup> μετέτρεψε τον ΕΟΠΥΥ σε μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας και η ευθύνη για την παροχή της ΠΦΥ μεταβιβάστηκε στις υγειονομικές περιφέρειες (ΥΠΕ).

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο του 2011, τέσσερα μεγάλα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης –το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)– σχημάτισαν τον ΕΟΠΥΥ ώστε αυτός να είναι ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικών προϊόντων για όλους τους ασφαλισμένους. Στη συνέχεια, ο ΕΟΠΥΥ επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει τους κλάδους υγείας και άλλων ασφαλιστικών ταμείων. Οι δέσμες παροχών αυτών των ταμείων τυποποιήθηκαν και ενοποιήθηκαν για να παρέχουν τις ίδιες καλύψεις βάσει του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ), αν και εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές όσον αφορά ορισμένες ρυθμίσεις (π.χ., διαφοροποιήσεις ως προς το ύψος των εισφορών). Σύμφωνα με τον ΕΚΠΥ, ο ΕΟΠΥΥ επιδιώκει να εξασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση για όλους τους ασφαλισμένους σε ένα σύστημα ενιαίας κάλυψης που στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής, βελτίωσης, αποκατάστασης και προστασίας της υγείας. Ο ΕΚΠΥ έχει τροποποιηθεί δύο φορές και, ενώ συντάσσεται η παρούσα έκθεση, εξετάζεται μια νέα τροποποίηση, η οποία περιγράφει μια σειρά υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μαζί με τις σχετικές δαπάνες και τον τρόπο διαχείρισής τους. Επιπλέον, ο ΕΚΠΥ καθορίζει ποιες καλύπτεται και πώς αποζημιώνονται οι δαπάνες. Εντούτοις, παρά τη θέσπιση μιας κοινής δέσμης παροχών, σημειώθηκε μείωση των καλύψεων και επιβλήθηκαν ανώτατα όρια στις δραστηριότητες των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ (βλ. επίσης τις Ενότητες 2.3, 4.3 και 4.4). Για παράδειγμα, κάποιες δαπανηρές εξετάσεις (συμπεριλαμβανομένων των εξετάσεων για αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και για θρομβοφιλία), που προηγουμένως καλύπτονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία –έστω μερικώς–, αφαιρέθηκαν από το πακέτο παροχών του ΕΟΠΥΥ. Εισήχθησαν περιορισμοί στο δικαίωμα κάλυψης τοκετού, αεροθεραπείας, λουτροθεραπείας, λογοθεραπείας και τις υπηρεσίες για τη μεσογειακή αναιμία και τις νεφροπάθειες. Επίσης, η εισαγωγή αρνητικής λίστας φαρμάκων το 2012, είχε ως αποτέλεσμα την κατάργηση της ασφαλιστικής κάλυψης και αποζημίωσης για αρκετά από αυτά.

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε μια σημαντική μεταστροφή προς ένα σύστημα ασφάλισης υγείας με βάση έναν αποκλειστικό αγοραστή, αντικαθιστώντας τα πολλαπλά ταμεία ασφάλισης που κάλυπταν προηγουμένως τον πληθυσμό. Ο ΕΟΠΥΥ είναι πλέον ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και υπηρεσιών φροντίδας υγείας για όλους τους ασφαλισμένους, παρόλο που λειτουργεί με ανεπαρκώς αναπτυγμένους μηχανισμούς αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας (ΗΤΑ). Η τυποποίηση των πολυάριθμων δεσμών παροχών που υπήρχαν στο πλαίσιο των ασφαλιστικών ταμείων αντιμετώπισε τις μακροχρόνιες ανισότητες στις υπηρεσίες που προσφέρονταν σε διάφορες ομάδες απασχολούμενων και στο ύψος των προβλεπόμενων συμπληρωμών. Ωστόσο, ο ΕΟΠΥΥ δεν έχει δηλώσει επισήμως τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να αποφασίζεται ποιες υπηρεσίες

3 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 38/Τεύχος Α' /17-2-2014.

περιλαμβάνονται στον ΕΚΠΥ και η τρέχουσα κάλυψη αποκλείει κάποιες υπηρεσίες των οποίων οι δαπάνες στο παρελθόν αποζημιώνονταν (βλ. προηγούμενη παράγραφο). Δεν υπάρχει ακόμη συστηματική διαδικασία ΗΤΑ και δεν υφίσταται συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών (βλ. Ενότητα 4.5).

Ο ΕΟΠΥΥ αγοράζει υπηρεσίες βάσει συμβάσεων, μέσα από διαπραγματεύσεις με τους παρόχους σχετικά με τον όγκο, το κόστος και την ποιότητά τους, ενώ θεωρητικά λαμβάνει υπόψη τα δημογραφικά, επιδημιολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του τοπικού πληθυσμού. Ως αποκλειστικός αγοραστής δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ο ΕΟΠΥΥ έχει σημαντική διαπραγματευτική ισχύ με τους προμηθευτές, αν και ελαφρώς περιορισμένη λόγω των αυστηρών ρυθμίσεων των συλλογικών διαπραγματεύσεων στο ελληνικό δημόσιο. Σε κάποιο βαθμό, η εφαρμογή ενός συστήματος μοναδικού πληρωτή κατάφερε να καταπολεμήσει τον κατακερματισμό και να περιορίσει τις σπατάλες και τα διοικητικά έξοδα στο σύστημα. Επίσης, περιόρισε την αύξηση των δαπανών και οδήγησε σε μια πιο ορθολογική κατανομή των πόρων. Ωστόσο, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ δεν υποστηρίχθηκε επαρκώς σε λειτουργικό επίπεδο: η συνεχής έλλειψη προσωπικού και η υποχρηματοδότησή του οδηγούν σε καθυστερήσεις στην αποπληρωμή των παρόχων.

## 2.3 Πρόσβαση των ανασφάλιστων σε υπηρεσίες υγείας

---

Μέσω της πλήρους απορρύθμισης της αγοράς εργασίας, όπως αυτή προέκυψε από τις πολιτικές ευέλικτων εργασιακών σχέσεων και τις απολύσεις που υπαγορεύθηκαν από τα Μνημόνια Συνεννόησης, η οικονομική κρίση αύξησε την ανεργία στην Ελλάδα και, σύμφωνα με το Εθνικό Μητρώο Ασφάλισης – Ασφαλιστικής Ικανότητας (ΑΤΛΑΣ), είχε ως αποτέλεσμα περισσότεροι από 2.5 εκατομμύρια άνθρωποι να χάσουν τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα. Οι ενέργειες για την αντιμετώπιση αυτής της εξέλιξης καθυστέρησαν, ενώ τα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν μη συντονισμένα και ανεπαρκή και στιγματίσαν τους δικαιούχους. Η πρώτη προσπάθεια που έγινε ήταν το πρόγραμμα δελτίων υγείας, το οποίο εγκαινιάστηκε τον Σεπτέμβριο του 2013, χρηματοδοτήθηκε κυρίως από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) και εισήχθη με την Κοινή Υπουργική Απόφαση ΔΟΛΚΕΠ/Φ15/40/οικ.20849<sup>4</sup>. Απευθυνόμενο σε άτομα που είχαν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη και ήταν άνεργα για περισσότερα από δύο χρόνια, το πρόγραμμα πρόσφερε σε αυτά και στα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους δελτία δωρεάν πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία κάλυπταν έναν περιορισμένο αριθμό επισκέψεων σε συμβεβλημένους ιατρούς και δομές του ΕΣΥ. Τα κόστη της νοσοκομειακής περίθαλψης δεν καλύπτονταν από το πρόγραμμα, ενώ κάθε δελτίο είχε ισχύ τεσσάρων μηνών και δεν προσφερόταν η δυνατότητα ανανέωσής του. Τα συγκεκριμένα κριτήρια που είχαν τεθεί, καθιστούσαν το πρόγραμμα διαθέσιμο μόνο σε άτομα που στο παρελθόν είχαν υπάρξει ασφαλισμένα σε ταμεία κοινωνικής ασφάλισης τα οποία συμμετείχαν στον ΕΟΠΥΥ, με πραγματικό ή τεκμαρτό εισόδημα έως 12.000€ (για τους άγαμους) ή οικογενειακό εισόδημα έως 25.000€ (για τους έγγαμους). Το πρόγραμμα προέβλεπε την κάλυψη περίπου 230.000 ανασφάλιστων πολιτών κατά το διάστημα 2013-2014, αλλά δεν εκδόθηκαν περισσότερα από

---

4 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 1891/Τεύχος Β' /1-8-2013.

23.000 δελτία υγείας, κυρίως εξαιτίας των γραφειοκρατικών διαδικασιών που απαιτούνταν για την απόκτησή τους και την πολύ περιορισμένη τους εμβέλεια. Το γεγονός αυτό δημιούργησε σημαντικές αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα της διάταξης και το μέτρο εγκαταλείφθηκε (Economou et al., 2014· Economou, 2015· Economou et al., 2017).

Μια δεύτερη προσπάθεια πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2014 με την έκδοση δύο Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων (Υ4α/ΓΠ/οικ.48985<sup>5</sup> και Γ.Π./ΟΙΚ.56432<sup>6</sup>), οι οποίες συνυπογράφηκαν από τους υπουργούς Οικονομικών, Υγείας, και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Σύμφωνα με αυτές, όλοι οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες και οι νόμιμοι κάτοικοι της χώρας (καθώς και τα εξαρτημένα μέλη αυτών), οι οποίοι δεν καλύπτονταν από προγράμματα κοινωνικής ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, δεν δικαιούνταν βιβλιάριο απορίας<sup>7</sup> και είχαν χάσει τα ασφαλιστικά δικαιώματά τους εξαιτίας της αδυναμίας τους να πληρώσουν τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, είχαν πλέον πρόσβαση σε: (α) νοσοκομειακή φροντίδα, χωρίς χρέωση, με το κόστος να επιβαρύνει τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν λάβει παραπεμπτικό από ιατρό του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) ή από τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου και έγκριση από την ειδική τριμελή ιατρική επιτροπή που είχε συσταθεί σε κάθε νοσοκομείο για να εξακριβώνει την ανάγκη των ασθενών για εισαγωγή στο νοσοκομείο, και (β) φάρμακα, το κόστος των οποίων επιβάρυνε τον κρατικό προϋπολογισμό, υπό την προϋπόθεση ότι αυτά έχουν συνταγογραφηθεί από ιατρό του ΠΕΔΥ ή από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου. Ωστόσο, οι ωφελούμενοι ήταν υποχρεωμένοι να πληρώνουν το ίδιο ποσοστό συμμετοχής στο κόστος των φαρμάκων με εκείνο που πλήρωναν οι ασφαλισμένοι.<sup>8</sup>

Η προαναφερθείσα νομοθεσία αναμενόταν να έχει θετικά αποτελέσματα, αλλά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τέσσερα ζητήματα. Πρώτον, ο στιγματισμός μέσω της διαδικασίας για την πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης, δεδομένου ότι μια ειδική επιτροπή έπρεπε να εξακριβώσει την ανάγκη νοσηλείας των ανασφάλιστων ασθενών, σε αντίθεση με ότι ίσχυε για τους ασφαλισμένους. Όπως έχει ήδη περιγραφεί, η πρόσβαση χορηγούνταν μέσω παραπεμπτικού και έγκρισης από την επιτροπή. Δεύτερον, η νομοθετική απαίτηση, η οποία προέβλεπε ότι τα ανασφάλιστα και τα ασφαλισμένα άτομα υποχρεούνταν να έχουν την ίδια συμμετοχή για τα φαρμακευτικά προϊόντα, συνεπαγόταν το ενδεχόμενο αρνητικών επιπτώσεων για εκείνους που βρίσκονταν σε δυσχερή οικονομική κατάσταση. Τρίτον, δεν ήταν πολύ ξεκάθαρος ο τρόπος με τον οποίο εφαρμοζόταν από τα νοσοκομεία η υπουργική απόφαση για την νοσοκομειακή περίθαλψη των ανασφάλιστων ατόμων. Κατά

5 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 1465/Τεύχος Β'5-6-2014.

6 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 1753/Τεύχος Β'28-6-2014.

7 Όσοι είχαν εξαντλήσει τα ασφαλιστικά δικαιώματα παροχής ασθενείας και υπαγωγής στα προγράμματα του Οργανισμού Απασχολήσεως Ανθρώπινου Δυναμικού (ΟΑΕΔ) και στο πρόγραμμα δελτίων υγείας, μπορούσαν να κάνουν αίτηση για την απόκτηση βιβλιαρίου απορίας. Αυτός ο ειδικός μηχανισμός, ο οποίος εισήχθη με την Κοινή Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμόν 139491 στις 30 Νοεμβρίου του 2006, αναπτύχθηκε για να προστατεύσει τον ευάλωτο πληθυσμό και να προσφέρει δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία, στις ιατρικές υπηρεσίες και στα φάρμακα για τα άπορα και ανασφάλιστα άτομα που είχαν εξαντλήσει τα δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης. Τα βασικά κριτήρια υπαγωγής ήταν η απουσία ασφάλισης, το χαμηλό εισόδημα και η μόνιμη και νόμιμη παραμονή στην Ελλάδα. Οι ωφελούμενοι οι οποίοι δικαιούνταν το βιβλιάριο ανασφάλιστου ήταν εγγεγραμμένοι στο Μητρώο Ανασφάλιστων και Οικονομικά Αδυνάτων, το οποίο τηρούνταν από τη διεύθυνση υγείας ή πρόνοιας κάθε Δήμου. Το βιβλιάριο απορίας είχε ισχύ ενός έτους, με την δυνατότητα ετήσιας ανανέωσης σε περίπτωση που ο αιτών παρέμενε άνεργος και άπορος.

8 Θα πρέπει να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με το Άρθρο 1 του Νόμου 4238/14, οι υπηρεσίες της ΠΦΥ προσφέρονταν επίσης χωρίς χρέωση σε ισότιμη βάση για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και ασφαλιστική τους κατάσταση και τον τόπο διαμονής τους, μέσω της θέσπισης του ΠΕΔΥ. Ωστόσο, το ΠΕΔΥ αντιμετώπισε σημαντικά προβλήματα (βλ. Ενότητα 3.1.).



συνέπεια, τα ανασφάλιστα άτομα που αναζητούσαν νοσοκομειακές υπηρεσίες έρχονταν αντιμέτωπα με σημαντικά και αδικαιολόγητα διοικητικά και γραφειοκρατικά εμπόδια στην πρόσβασή τους στην φροντίδα υγείας, λόγω της διαφοροποιημένης μεταχείρισής τους από διαφορετικά δημόσια νοσοκομεία, η οποία ερχόταν σε σύγκρουση με τη νομοθεσία. Τέλος, το γραφειοκρατικό σύστημα που δημιουργήθηκε, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των λειτουργικών δαπανών (Economou et al., 2014, Economou, 2015, Economou et al., 2017).

Η αναποτελεσματικότητα της παραπάνω νομοθεσίας είχε ως αποτέλεσμα την κατάργησή της, αλλά ένα νέο νομοθετικό πλαίσιο εισήχθη μέσω του Άρθρου 33 του Νόμου 4368/2016<sup>9</sup> και της Κοινής Υπουργικής Απόφασης Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132<sup>10</sup> το 2016, το οποίο παρέχει δωρεάν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για τους ανασφάλιστους Έλληνες και τους μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, με την προϋπόθεση ότι κατέχουν έναν μοναδικό Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ). Αυτοί οι ωφελούμενοι απολαμβάνουν το ίδιο πακέτο παροχών με τον πληθυσμό που είναι ασφαλισμένος μέσω του ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς τους, όλοι οι κάτοικοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών για τη διαχείριση καταστάσεων που απειλούν τη ζωή τους. Οι μετανάστες χωρίς άδεια παραμονής, οι οποίοι έχουν ανάγκη από υπηρεσίες υγείας (π.χ., έγκυοι, παιδιά, άτομα με αναπηρίες ή ψυχικές διαταραχές) έχουν δικαίωμα σε δωρεάν πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας, με την προϋπόθεση ότι κατέχουν Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΚΥΠΑ). Τα άτομα που ζουν σε Κέντρα Φιλοξενίας προσφύγων έχουν δικαίωμα στην πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες (π.χ., φαρμακευτικά προϊόντα από τα φαρμακεία των νοσοκομείων, υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών και νοσοκομειακής περίθαλψης), εφόσον διαθέτουν παραπεμπτικό από ιατρό που παρέχει φροντίδα στις συγκεκριμένες εγκαταστάσεις. Επιπλέον, άτομα και οικογένειες των οποίων το ετήσιο εισόδημα, η συνολική αξία της φορολογητέας περιουσίας, οι συνολικές καταθέσεις σε όλα τα πιστωτικά ιδρύματα (εγχώρια ή/και διεθνή) και οι επενδύσεις (π.χ., οι τρέχουσες αξίες μετοχών, ομολόγων) δεν υπερβαίνουν καθορισμένα όρια, δικαιούνται χορήγηση φαρμάκων χωρίς κάποια οικονομική επιβάρυνση.

Αναμφίβολα, αυτή η νομοθεσία είναι θεμελιώδους σημασίας για τη βελτίωση της ισότητας και της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας από τις ευάλωτες ομάδες, ωστόσο δεν έχει εξαλείψει κάποια εμπόδια. Για παράδειγμα, τα ανασφάλιστα άτομα δικαιούνται πρόσβαση μόνο σε δημόσιους παρόχους και όχι σε ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ (π.χ., ιατρούς, εργαστήρια διαγνωστικής απεικόνισης). Το γεγονός αυτό εξακολουθεί να υποσκάπτει την ισότητα στην πρόσβαση, ιδίως σε περιοχές στις οποίες οι δημόσιες υγειονομικές μονάδες έχουν ανεπαρκές προσωπικό ή παρουσιάζουν ελλείψεις σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού, όπως αξονικών (CT) και μαγνητικών (MRI) τομογράφων. Επίσης, η εφαρμογή των ΚΥΠΑ, οι οποίες θα επέτρεπαν στους μετανάστες την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, έχει καθυστερήσει. Ωστόσο, οι μετανάστες έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, με την προϋπόθεση ότι διαθέτουν νόμιμα έγγραφα (Economou et al., 2017).

9 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 21/Τεύχος Α'/21-2-2016.

10 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 908/Τεύχος Β'/4-4-2016.

## 2.4 Ιδίες δαπάνες ασθενών

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας ανέκαθεν στηριζόταν σε ένα μεγάλο ποσοστό ιδιωτικής χρηματοδότησης, με υψηλές πληρωμές, κυρίως λόγω της υποχρηματοδότησης του δημόσιου τομέα υγείας. Οι ιδίες πληρωμές αποτελούν περισσότερο από το 90% της ιδιωτικής χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, αυξανόμενες από το 28,1% των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας το 2010 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017) στο 36,2% το 2015 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018). Το συγκεκριμένο ζήτημα προκαλεί σοβαρές ανησυχίες, καθώς υπονομεύει τη συνταγματική εγγύηση για δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, εντείνει τις ανισότητες στην κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, καθώς πλήττει δυσανάλογα τις φτωχότερες και μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες. Μια πρόσφατη μελέτη βρήκε υψηλή συχνότητα εμφάνισης καταστροφικών δαπανών υγείας<sup>11</sup> στην Ελλάδα –σχεδόν στο 10% των νοικοκυριών το 2016– σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες στην ΕΕ. Πιο συγκεκριμένα, το 7,2% των νοικοκυριών στην Ελλάδα βίωσαν καταστροφικές ιδίες δαπάνες το 2010, αυτό το ποσοστό αυξήθηκε σε 10,5% το 2015, ενώ μειώθηκε σε 9,7% το 2016 (WHO Regional Office for Europe, 2018a).

Ένας παράγοντας που εξηγεί αυτή την τάση είναι η αύξηση στα τέλη χρήσης και στις συμμετοχές στην κάλυψη του κόστους, η οποία εισήχθη στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά το 2010, με στόχο την αύξηση των εσόδων και τον περιορισμό της μη αναγκαίας ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, αυτά τα μέτρα σε συνδυασμό με τις περικοπές των μισθών και των συντάξεων οδήγησαν σε επιζήμιες συνέπειες για τους ασθενείς, ιδιαίτερα για όσους πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, μείωσαν την τήρηση των φαρμακευτικών αγωγών, περιόρισαν τη χρήση των εργαστηριακών και απεικονιστικών υπηρεσιών, και οδήγησαν σε ανεπαρκή έλεγχο των ιατρικών επιπλοκών. Οι χρόνιοι ασθενείς, οι οποίοι δήλωσαν ότι η ανάγκη τους για ιατρικές επισκέψεις λόγω χρόνιων παθήσεων καλυπτόταν σε μεγάλο βαθμό, ανέφεραν ότι αυτό επιτεύχθηκε μέσα από αυξημένες ιδίες πληρωμές και μεγάλες περικοπές του οικογενειακού προϋπολογισμού τους ως προς άλλες δαπάνες για αναγκαία οικιακά αγαθά και υπηρεσίες (Economidou, 2015).

Το 2011, το τέλος χρήσης για υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων σε δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας αυξήθηκε από 3€ σε 5€. Επίσης, ο Νόμος 4093/2012<sup>12</sup> εισήγαγε εισιτήριο 25€ για την εισαγωγή ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία από το 2014 και μετά, σε συνδυασμό με ένα επιπλέον κόστος 1€ για κάθε συνταγή που εκδίδεται από το ΕΣΥ (στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της φροντίδας σε εξωτερικά ιατρεία, αλλά και της νοσοκομειακής περίθαλψης). Με εξαίρεση το τέλος συνταγογράφησης ύψους 1€, αυτές οι χρεώσεις αργότερα καταργήθηκαν: η πρώτη το 2015 με την Κοινή Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμόν Α3(γ)/ΓΠ/οικ.23754<sup>13</sup>. Η απόφαση αυτή στηρίχθηκε στο σκεπτικό ότι εφ' όσον καταργούνταν οι ιδίες δαπάνες των ασθενών κατά την αναζήτηση ιατρικών συμβουλών, θα αφαιρούνταν: (i) ένα σημαντικό εμπόδιο στην πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, το οποίο αποτελεί πραγματικό αποτρεπτικό παράγοντα για την ωφέλιμη χρήση ιατρικής φροντίδας από

11 Καταστροφικές δαπάνες υγείας συμβαίνουν όταν το ποσό που πληρώνει ιδιωτικά ένα νοικοκυριό για φροντίδα υγείας ξεπερνά ένα προκαθορισμένο ποσοστό της ικανότητάς του να πληρώνει για φροντίδα υγείας, το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία του νοικοκυριού να ανταποκριθεί σε άλλες βασικές ανάγκες (Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2018).

12 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 222/Τεύχος Α' /12-11-2012.

13 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 490/Τεύχος Β' /1-4-2015.

τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος· και (ii) η εκ των πραγμάτων διάκριση μεταξύ των επαρχιακών και των αστικών πληθυσμών σε σχέση με την μη νοσοκομειακή φροντίδα εξωτερικών ασθενών (Health Reform Support Programme, 2015β). Το εισιτήριο για την εισαγωγή ασθενών στα νοσοκομεία επίσης ανακλήθηκε (Νόμος 4235/2014, Άρθρο 69)<sup>14</sup>, καθώς οι επαγγελματίες υγείας και άλλοι εμπλεκόμενοι φορείς ήγειραν σοβαρότατους προβληματισμούς σε σχέση με τον αντίκτυπό του στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας. Αντ' αυτού, επιβλήθηκε ένας επιπλέον φόρος στα τσιγάρα.

Το 2016 ορίστηκαν εξαιρέσεις για τη χρέωση του 1€ ανά συνταγή, προκειμένου να ανακουφιστούν οι ωφελούμενοι των προγραμμάτων πρόνοιας, οι ανασφάλιστοι με χαμηλά εισοδήματα και εκείνοι που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες (βλ. Ενότητα 2.3). Παρόλο που αυτό το μέτρο είναι θετικό για τη μείωση του οικονομικού βάρους των ευάλωτων ομάδων, δεν εξαλείφει ένα εμπόδιο στην πρόσβαση που επιβάλλεται στο σύνολο του πληθυσμού. Ο μηχανισμός του 1€ δεν έχει σχεδιαστεί ως εργαλείο για τον εξορθολογισμό της συνταγογράφησης φαρμάκων (βλ. Ενότητα 4.4), ούτε ως αποθαρρυντικός παράγοντας για την υπερκατανάλωση φαρμάκων, γιατί δεν συνδέεται με τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών, ούτε με την σοβαρότητα των παθήσεων των ασθενών (Health Reform Support Programme, 2015α). Αντιθέτως, είναι ένα καταφανώς οριζόντιο μέτρο, το οποίο στοχεύει στην εξισορρόπηση του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ επιβάλλοντας έναν έμμεσο φόρο στα άτομα που καταναλώνουν μια φαρμακευτική αγωγή, προκειμένου να καθιερώσει μια σταθερή πηγή εισοδήματος για τον ΕΟΠΥΥ.

Ο μηχανισμός του 1€ δεν είναι η μοναδική ίδια δαπάνη για φάρμακα. Το 2011 ορίστηκαν αυξήσεις σε κάποιες συμμετοχές στο κόστος των φαρμάκων (από 0% σε 10% για πολλά φάρμακα, από 0% σε 25% για άλλα), με στόχο να περιοριστεί η κατάργηση συμμετοχής για έναν μικρό μόνο αριθμό φαρμάκων. Επιπλέον, οι ασθενείς χρεώνονται τη διαφορά μεταξύ της λιανικής τιμής και της τιμής αναφοράς που αποζημιώνεται από την ασφάλιση υγείας, με ανώτατο όριο χρέωσης τα 20€ (Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμόν Γ5(α)/οικ.12033/16-2-2016)<sup>15</sup>. Παρά τις συνεχείς μειώσεις τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα και τις εξαιρέσεις στα τέλη χρήσης για άτομα με χαμηλά εισοδήματα, άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις, παιδιά κάτω των 18 ετών που ζουν σε ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και ορισμένες ακόμα πληθυσμιακές ομάδες (βλ. επίσης την Ενότητα 2.3.), η πολιτική που έχει εφαρμοσθεί ως τώρα όχι μόνο έχει αυξήσει τις μέσες μηνιαίες φαρμακευτικές δαπάνες των νοικοκυριών, αλλά και το μέσο ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων: από 9% το 2009 σε 30% το 2016 (Economou, 2015, Economou et al., 2015, Economou et al., 2017, Economou et al., 2018a).

Η οικονομική επιβάρυνση των ασθενών αυξήθηκε τον Απρίλιο του 2014, όταν η διαχείριση των τηλεφωνικών κλήσεων για τον προγραμματισμό επίσκεψης σε οποιονδήποτε ιατρό του ΠΕΔΥ ανατέθηκε σε ιδιωτικές εταιρείες τηλεφωνίας: οι χρεώσεις κυμαίνονται από 0,95€ έως 1,65€ ανά λεπτό. Θετική εξέλιξη υπήρξε η ανάπτυξη εκ μέρους της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) της εφαρμογής ηλεκτρονικών ραντεβού (e-RDV)<sup>16</sup>, η οποία εγκαινιάστηκε τον Ιανουάριο του 2017 και επιτρέπει στους ασθενείς να κλείσουν ιατρικά ραντεβού χωρίς χρέωση.

14 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 32/Τεύχος Α'/11-2-2014

15 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 335/Τεύχος Β'/16-2-2016

16 <https://www.e-syntagografisi.gr/p-rv/p>



Το 2012, εισήχθησαν συμμετοχές στο κόστος υγείας για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ μέσω μιας τροποποίησης του ΕΚΠΥ (Κοινή Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμόν ΕΜΠ5)<sup>17</sup>. Βάσει των διατάξεων του ΕΚΠΥ, η θεραπεία σε δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν, αλλά η θεραπεία σε ιδιωτικές κλινικές συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ προϋποθέτει τέλη χρήσης που κυμαίνονται από 30% έως 50% των ΚΕΝ-DRG και ως 100% της αμοιβής των ιατρών. Ομοίως, οι ασθενείς που επισκέπτονται ένα ιδιωτικό εργαστήριο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ υποχρεούνται να πληρώσουν συμμετοχή της τάξεως του 15% για κλινικές εξετάσεις που προσφέρονται δωρεάν στις δημόσιες μονάδες. Το γεγονός αυτό υπονομεύει την ισότητα στην πρόσβαση, ιδίως σε περιοχές όπου οι δημόσιες μονάδες δεν προσφέρουν τις απαραίτητες υπηρεσίες.

Οι δημόσια χρηματοδοτούμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες αποτελούν μέρος του πακέτου παροχών του ΕΟΠΥΥ, όμως η έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης και η απουσία συμβατικών διακανονισμών με οδοντιάτρους του ιδιωτικού τομέα σημαίνει ότι οι περισσότερες υπηρεσίες δεν καλύπτονται και οι ασθενείς πρέπει να καταβάλουν άμεσες ιδίες πληρωμές. Οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ που δεν δύνανται να πληρώσουν ιδιώτες οδοντιάτρους, μπορούν να επισκεφθούν τις μονάδες του ΕΣΥ (κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία), αλλά στην πράξη οι τελευταίες έχουν περιορισμένη ικανότητα να παρέχουν οδοντιατρικές υπηρεσίες. Οι οδοντίατροι που εργάζονται στα (συνήθως υποστελεχωμένα) κέντρα υγείας παρέχουν δωρεάν οδοντιατρική φροντίδα σε παιδιά έως 18 ετών και φροντίδα έκτακτων περιστατικών για όλες τις ηλικίες. Οι οδοντίατροι που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν κυρίως δευτεροβάθμια οδοντιατρική φροντίδα σε ασθενείς με σύνθετες κλινικές ανάγκες (π.χ., άτομα με αναπηρίες, πάσχοντες από HIV/AIDS). Οι ασθενείς πληρώνουν καθορισμένα ποσά για διαφορετικές υπηρεσίες (π.χ., 6,34€ για εξαγωγή δοντιού, 9,07€ για φθορίωση). Η απουσία πλήρους κάλυψης, είτε από τον ΕΟΠΥΥ είτε από την ιδιωτική ασφάλιση, καθιστά την οδοντιατρική φροντίδα ένα από τα κύρια πεδία άμεσων πληρωμών, με περισσότερο από το 15% των ιδίων δαπανών το 2014 να αφορούν οδοντιατρικές εργασίες (OECD, 2018).

Περισσότερο από 25% των ιδίων δαπανών στην Ελλάδα αφορά άτυπες, κάτω από το τραπέζι παραπληρωμές, οι οποίες αποτελούν μια μορφή μαύρης ή κρυφής οικονομίας μέσα στο σύστημα υγείας και εγείρουν σημαντικές ανησυχίες για τα εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Ένας κύριος λόγος για την ύπαρξη και την έκτασή τους είναι η απουσία ορθολογικής πολιτικής τιμολόγησης και αμοιβών εντός του συστήματος υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι σχεδόν ένας στους τρεις ερωτηθέντες που είχαν κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών δήλωσε ότι προέβη τουλάχιστον σε μία άτυπη πληρωμή. Αυτές αφορούσαν κυρίως την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών ή την πληρωμή ιατρών, κατά κύριο λόγο χειρουργών, προκειμένου οι ασθενείς να αποφύγουν τις λίστες αναμονής ή να εξασφαλίσουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και περισσότερη προσοχή από τους ιατρούς. Έχοντας κατά νου τα παραπάνω, μπορεί να υποστηριχτεί ότι η Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμόν Α3α/οικ.97136<sup>18</sup> για την καθιέρωση, οργάνωση και χρήση της λίστας χειρουργείου αποτελεί ένα θετικό μέτρο, όχι μόνο γιατί αυξάνει την διαφάνεια και την ισότητα, αλλά και γιατί μειώνει το χρόνο αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε δημόσια νοσοκομεία σε ολόκληρη τη χώρα, και κατά συνέπεια μειώνει τα κίνητρα για άτυπες πληρωμές. Αυτή η υπουργική απόφαση αναγνωρίζει πέντε κατηγορίες

17 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 3054/Τεύχος Β'/18-11-2012.

18 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 4316/Τεύχος Β'/30-12-2016.

σοβαρότητας των χειρουργικών επεμβάσεων, δίνοντας σειρά προτεραιότητας στους ασθενείς με βάση τα συμπτώματα, τις σωματικές δυσλειτουργίες και την εξέλιξη της ασθένειας.

Νέοι τύποι άτυπων πληρωμών έχουν παρουσιαστεί πρόσφατα, καθώς ασθενείς που αναζητούν θεραπεία καλούνται να πληρώσουν άλλο ένα κάτω από το τραπέζι ποσό στους ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, το οποίο κυμαίνεται μεταξύ 10€ και 20€, για μια υπηρεσία που υποτίθεται ότι διατίθεται δωρεάν, χωρίς τέλος χρήσης. Αυτό προκύπτει εν μέρει εξαιτίας της χαμηλής αμοιβής των ιατρών ανά επίσκεψη, η οποία ανέρχεται σε 10€, αλλά κυρίως γιατί το 2014 επιβλήθηκαν ανώτατα όρια στις δραστηριότητες των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών. Αυτά συμπεριλαμβάνουν έναν ορισμένο μηνιαίο αριθμό επιτρεπόμενων επισκέψεων από ασθενείς, φαρμακευτικών συνταγογραφήσεων, καθώς και διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Οι ασθενείς αναγκάζονται να προχωρήσουν σε άτυπες πληρωμές ώστε να αποφύγουν την επικοινωνία με πολλούς ιατρούς προκειμένου να βρουν κάποιον που δεν έχει καλύψει τα μηνιαία όρια επισκέψεων και συνταγογραφήσεων (βλ. επίσης τις Ενότητες 4.3 και 4.4) (Economou, 2015, Economou et al., 2017, Economou et al., 2018a).

Ένα μεγάλο μέρος της παραοικονομίας προκύπτει από τις μαιευτικές υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία. Ως εκ τούτου, η πρωτοβουλία που έχει αναληφθεί στο πλαίσιο του SCUC για τη μείωση της υπερβολικής χρήσης των καισαρικών τομών, αναμένεται επίσης να συμβάλει περαιτέρω στον περιορισμό των άτυπων πληρωμών (βλ. επίσης Ενότητα 4.2), ευαισθητοποιώντας το κοινό και τους επαγγελματίες υγείας. Μερικές από τις συστάσεις έκθεσης που συντάχθηκε από ομάδα ειδικών του ΠΟΥ (SCUC, 2016a) έχουν ήδη ενσωματωθεί στον νέο νόμο για την ΠΦΥ (Άρθρο 12 για τη μαιευτική φροντίδα στην ΠΦΥ). Οι προτάσεις αυτές έχουν στόχο την ενίσχυση του ρόλου των μαιών στο επίπεδο της ΠΦΥ, ιδίως στην προετοιμασία για φυσικό τοκετό σε ολόκληρη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπροσθέτως, η δραστηριότητα του προγράμματος του ΠΟΥ σε αυτόν τον τομέα επιτάχυνε σημαντικά τη διαδικασία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) όσον αφορά την επίσημη έγκριση των εθνικών κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και της συγκατάθεσης των ασθενών στην μαιευτική και τη γυναικολογία.

Το Γραφείο του ΠΟΥ στην Αθήνα υποστηρίζει επίσης τη διαμόρφωση εναλλακτικών πολιτικών για τη μείωση των άτυπων πληρωμών στον τομέα της υγείας. Ο στόχος είναι να αξιολογηθούν και να συστηματοποιηθούν τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τις άτυπες πληρωμές, να συλλεχθούν επιπρόσθετα στοιχεία και να αναπτυχθεί ένα πλαίσιο κατανόησης των κινήτρων και των εναλλακτικών πολιτικών για περαιτέρω δράση. Μία έκθεση που υπογραμμίζει τα κύρια ευρήματα και προτείνει συναφείς και εφικτές συστάσεις πολιτικής (WHO Regional Office for Europe, 2018b) αναμένεται να θέσει σε κίνηση θεσμικές παρεμβάσεις του Υπουργείου Υγείας. Ωστόσο, υπάρχει ανάγκη στήριξης και από άλλα υπουργεία και αρχές, όπως είναι το Υπουργείο Δικαιοσύνης (κυρίως μέσω μεταρρυθμίσεων του νομικού πλαισίου και των ποινών) και το Υπουργείο Οικονομικών (αναφορικά με τις χρηματικές ανταμοιβές).

Συνοψίζοντας, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι κάποια θετικά βήματα είχαν ως αποτέλεσμα μία ελαφρά μείωση των ιδίων δαπανών: από 36,2% των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας το 2015 σε 34,3% το 2016 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018). Τα βήματα αυτά περιλαμβάνουν τη νομοθεσία που εξασφαλίζει ελεύθερη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για τους ανασφάλιστους Έλληνες και μετανάστες, καθώς και την κατάργηση ορισμένων μορφών τελών χρήσης. Επιπροσθέτως, στο

πλαίσιο μίας παρεμφερούς κίνησης, τα νοσοκομειακά χρέη που είχαν προκύψει από ανασφάλιστα άτομα παραγράφηκαν το 2017 (αρχικά €28 εκατομμύρια, αργότερα περίπου €150 εκατομμύρια). Ωστόσο, υπάρχουν θέματα που εκκρεμούν και επιδέχονται επιπλέον διερεύνηση, στα οποία συμπεριλαμβάνονται τα εξής: η δομή της συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη· τα ανώτατα όρια στις θεραπευτικές δραστηριότητες των ιατρών· η απουσία πραγματικής οδοντιατρικής κάλυψης· και η επίμονη παρουσία άτυπων πληρωμών.

## 2.5 Αξιοποίηση Ευρωπαϊκών κονδυλίων για τη στήριξη των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας

Η ΕΕ παρέχει διαφορετικά χρηματοδοτικά εργαλεία στα κράτη-μέλη της: τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ΕΔΕΤ), το Ταμείο Αλληλεγγύης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΤΑΕΕ) και τον Μηχανισμό Προενταξιακής Βοήθειας (ΜΠΒ). Τα διαρθρωτικά ταμεία συγκαταλέγονται στα κύρια μέσα εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων. Τα επιχειρησιακά προγράμματα (ΕΠ) αποτελούν λεπτομερή σχέδια, στα οποία τα κράτη-μέλη καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο θα δαπανηθούν τα χρήματα από τα χρηματοδοτικά μέσα της ΕΕ στη διάρκεια κάθε περιόδου προγραμματισμού. Μπορούν να συνταχθούν για μια συγκεκριμένη Περιφέρεια (περιφερειακά ΕΠ) ή για έναν θεματικό στόχο που να αφορά ολόκληρη τη χώρα (π.χ., για το περιβάλλον). Ένα μεγάλο μέρος των διαθέσιμων κεφαλαίων για την Ελλάδα προέρχεται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), το οποίο στοχεύει στις λεγόμενες ήπιες δράσεις και δεν παρέχει πόρους για υποδομές και υψηλής αξίας κεφαλαιουχικού ιατρικού εξοπλισμού. Τέτοιου είδους δαπάνες μπορούν να υποστηριχθούν από πόρους του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ), οι οποίοι διατίθενται κυρίως μέσω περιφερειακών ΕΠ.

Όπως και πολλές άλλες χώρες, η Ελλάδα έχει βασιστεί ως τώρα στη χρηματοδότηση της ΕΕ για να εφαρμόσει συχνά σύνθετες στρατηγικές σε διάφορους τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν κοινωνικές, οικονομικές και αναπτυξιακές πτυχές. Η φροντίδα υγείας είναι ένας τομέας που έχει επωφεληθεί σημαντικά από αυτά τα κεφάλαια. Ένας μεγάλος αριθμός έργων υποδομής (νοσοκομεία και κτίρια ΠΦΥ, ακριβός εξοπλισμός και παρεμβάσεις που αφορούν τη φροντίδα υγείας) έχουν χρηματοδοτηθεί μερικώς ή εξ ολοκλήρου από πόρους της ΕΕ. Από την προγραμματική περίοδο της ΕΕ 2007-2013, δεν έχει υπάρξει κάποιο ΕΠ για τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, το οποίο σημαίνει ότι κάποια άλλα ΕΠ (π.χ., για την ανάπτυξη ανθρωπίνων πόρων, την ηλεκτρονική διακυβέρνηση ή τη μεταρρύθμιση του δημόσιου τομέα) στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2007-2013 έχουν χρηματοδοτήσει τις παρεμβάσεις που σχετίζονται με την υγεία. Αυτό κατέστη πιο εύκολο από το γεγονός ότι το ΕΣΠΑ εκείνης της περιόδου περιλάμβανε έναν γενικό στόχο που σχετίζεται με τον τομέα της υγείας:

[...] να καθιερωθεί ένα αποδοτικό και οικονομικά βιώσιμο σύστημα υγείας που θα παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες με βάση τις ανάγκες των πολιτών και θα επικεντρωθεί στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας της υγείας (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, 2007).

Χρηματοδότηση μπορούσαν να λάβουν δραστηριότητες που υποστήριζαν τουλάχιστον έναν από τους σχετιζόμενους ειδικούς στόχους.

Το ΕΣΠΑ 2007-2013 είχε συνολικό προϋπολογισμό ύψους €20,1 δισ. εκ των οποίων τα €420 εκ. χρησιμοποιήθηκαν για τη φροντίδα υγείας: €72,7 εκ. για την ανάπτυξη του δικτύου ΠΦΥ, €32,3 εκ. για τη δημόσια υγεία και €210,6 εκ. για την υπό εξέλιξη μεταρρύθμιση στον υποτομέα της ψυχικής υγείας. Τα υπόλοιπα κονδύλια διατέθηκαν σε άλλες παρεμβάσεις στη φροντίδα υγείας, κυρίως για την ανάπτυξη υποδομών και την αγορά ιατρικού εξοπλισμού. Η έλλειψη ενός ΕΠ που να αφορά αποκλειστικά τη φροντίδα υγείας κατέστησε πολύ πιο περίπλοκο τον στρατηγικό σχεδιασμό, την κατάρτιση προϋπολογισμού για τις διάφορες δραστηριότητες και την υλοποίηση των έργων. Το Υπουργείο Υγείας έπρεπε να διεξάγει εντατικές και πολυεπίπεδες διαπραγματεύσεις με άλλους κοινωνικούς και πολιτικούς τομείς, προκειμένου να διαθέσει τα απαραίτητα κεφάλαια, συχνά χωρίς τον πλήρη έλεγχο της έναρξης ή ακόμα και της υλοποίησης των έργων του.

Ο σχεδιασμός στρατηγικής για τη νέα προγραμματική περίοδο (Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης 2014–2020) ξεκίνησε ήδη από το 2012 με δηλωμένο όραμα να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και να μετριάσει τις ανισότητες στη φροντίδα υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη μελλοντική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Λειτουργώντας υπό μια νέα πολιτική ηγεσία, στα τέλη του 2015 το Υπουργείο Υγείας ενέκρινε το σχέδιο 100 δράσεων που αναπτύχθηκε με την υποστήριξη του ΠΟΥ (βλ. Εισαγωγή). Αυτό σχημάτισε τον πυρήνα της πρωτοβουλίας που αργότερα αποτέλεσε την Εθνική Στρατηγική Υγείας στο πλαίσιο της Συμφωνίας Εταιρικής Σχέσης 2014-2020. Το συνολικό όραμα της στρατηγικής παρέμεινε αμετάβλητο και βασίζεται σε τρεις θεματικούς πυλώνες:

1. τη βιωσιμότητα του συστήματος φροντίδας υγείας – ένα σύστημα υγείας που να χαρακτηρίζεται από διαφάνεια, χωρίς αποκλεισμούς και με σύγχρονη δομή διακυβέρνησης, μέσω μιας αποδοτικής και αποτελεσματικής δημόσιας διοίκησης·
2. τη φροντίδα υγείας ως επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο – την εξασφάλιση καθολικής κάλυψης και ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας·
3. την εξάλειψη των ανισοτήτων στη φροντίδα υγείας.

Δεδομένου ότι ακόμα δεν υπάρχει κάποιο ΕΠ για τη φροντίδα υγείας στην τρέχουσα προγραμματική περίοδο, τα κονδύλια κατανέμονται από τις κεντρικές διαχειριστικές αρχές της συμφωνίας εταιρικής σχέσης και τους ομολόγους τους σε άλλα ΕΠ (θεματικά και/ή περιφερειακά), σε συντονισμό με το Υπουργείο Υγείας. Όπως προαναφέρθηκε, αυτό σημαίνει ότι το Υπουργείο δεν διαχειρίζεται απευθείας κονδύλια που προέρχονται από τη Συμφωνία Εταιρικής Σχέσης 2014-2020, αλλά περισσότερο υποστηρίζει τις διαχειριστικές αρχές των θεματικών και περιφερειακών ΕΠ κατά την επιλογή και χρηματοδότηση σχετικών έργων, καθώς επίσης (συχνά) και κατά την παρακολούθηση της εφαρμογής και των αποτελεσμάτων τους. Αυτή η αμήχανη κατάσταση περιπλέκεται ακόμα περισσότερο καθώς, σε αντίθεση με την προηγούμενη περίοδο, η τρέχουσα προγραμματική περίοδος δεν έχει κάποιο βασικό στόχο σχετικό με τη φροντίδα υγείας. Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα πιο πρόσφατα στοιχεία όσον αφορά τα διαθέσιμα κεφάλαια που στηρίζουν τις διάφορες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες.

Η αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο έχει τεθεί σε εφαρμογή η στρατηγική της Συμφωνίας Εταιρικής Σχέσης 2014-2020 εξακολουθεί να είναι σχετικά ασαφής· η κατανομή των κεφαλαίων δεν συνάδει

απαραίτητα με τις πραγματικές δαπάνες και τα πρότυπα εφαρμογής. Ωστόσο, ο Πίνακας 2 και το Σχήμα 5 δείχνουν ότι η πλειονότητα των πόρων του ΕΚΤ –όπως είναι αναμενόμενο– διατίθενται στην ΠΦΥ, στην προσπάθεια της χώρας να δημιουργήσει ένα δίκτυο ΠΦΥ με βάση τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) (βλ. Ενότητα 3.1).

Πίνακας 1. Διαθέσιμη χρηματοδότηση για την τρέχουσα προγραμματική περίοδο (σε εκ. €)

Πηγή χρηματοδότησης	Ποσό
Έργα των ΕΔΕΤ από τα περιφερειακά ΕΠ	180
Έργα των ΕΔΕΤ από τα ΕΠ για τη μεταρρύθμιση του δημόσιου τομέα	70
Έργα του ΕΤΠΑ από τα περιφερειακά ΕΠ	200
Έργα του ΕΤΠΑ για την ενίσχυση της ενεργειακής απόδοσης των κτιρίων φροντίδας υγείας από τα περιφερειακά ΕΠ και τα ΕΠ για τις υποδομές μεταφορών, το περιβάλλον και την αειφόρο ανάπτυξη	95
<b>Σύνολο</b>	<b>545</b>

Πηγή: Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ - Υπουργείο Υγείας, αδημοσίευτα στοιχεία, 2018. Σημείωση: Το ΕΤΠΑ έχει ως στόχο την ενίσχυση της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής στην ΕΕ, εξαλείφοντας τις ανισορροπίες μεταξύ των περιφερειών. Οι επενδύσεις του επικεντρώνονται σε διάφορους βασικούς τομείς προτεραιότητας (μια διαδικασία γνωστή ως θεματική συγκέντρωση): καινοτομία και έρευνα, ψηφιακό θεματολόγιο, στήριξη των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων (ΜΜΕ) και οικονομία χαμηλών εκπομπών άνθρακα. Το ΕΤΠΑ υποστηρίζει τους τομείς προτεραιότητάς του μέσα από ποικίλες δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης υποδομών και της αγοράς εξοπλισμού.

Πίνακας 2. Πόροι του ΕΚΤ που διατίθενται για τη φροντίδα υγείας στα ΕΠ (σε εκ. €)

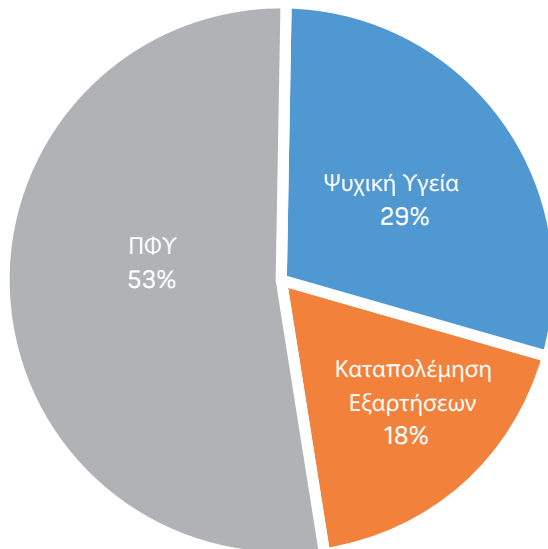
Υποτομέας πολιτικής για την υγεία	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ		ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΕΘΙΣΜΩΝ	
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ</b>	Υπουργείο Υγείας & ΕΥΣΕΚΤ για τον επιχειρησιακό σχεδιασμό της συμφωνίας εταιρικής σχέσης	Χρηματικά αποθέματα από τα περιφερειακά ΕΠ	Υπουργείο Υγείας & ΕΥΣΕΚΤ για τον επιχειρησιακό σχεδιασμό της συμφωνίας εταιρικής σχέσης	Χρηματικά αποθέματα από τα περιφερειακά ΕΠ
<b>Συνολικά ποσά</b>	<b>32,1</b>	<b>48,8</b>	<b>25,5</b>	<b>25,6</b>
Υποτομέας πολιτικής για την υγεία	ΠΦΥ – ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΤΟΜΥ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ</b>	Υπουργείο Υγείας & ΕΥΣΕΚΤ για τον επιχειρησιακό σχεδιασμό της συμφωνίας εταιρικής σχέσης	Χρηματικά αποθέματα από τα περιφερειακά ΕΠ	Υπουργείο Υγείας & ΕΥΣΕΚΤ για τον επιχειρησιακό σχεδιασμό της συμφωνίας εταιρικής σχέσης	Χρηματικά αποθέματα από τα περιφερειακά ΕΠ
<b>Συνολικά ποσά</b>	<b>119,1</b>	<b>32,6</b>	<b>176,7</b>	<b>107</b>

Πηγή: Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ– Υπουργείο Υγείας, αδημοσίευτα στοιχεία, 2018. Σημείωση: Το ΕΚΤ είναι το βασικό εργαλείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη στήριξη της απασχόλησης, βοηθώντας τους ανθρώπους να βρουν καλύτερες θέσεις εργασίας και εξασφαλίζοντας πιο δίκαιες ευκαιρίες απασχόλησης για όλους τους πολίτες της ΕΕ. Λειτουργεί επενδύοντας στο ανθρώπινο κεφάλαιο της Ευρώπης – στους εργαζομένους της, στους νέους ανθρώπους και σε όλους όσους αναζητούν εργασία. Η χρηματοδότηση από το ΕΚΤ ύψους €10 δισ. ετησίως βελτιώνει τις προοπτικές απασχόλησης εκατομμυρίων Ευρωπαίων, ιδίως εκείνων που δυσκολεύονται να βρουν εργασία. Η Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης



Δράσεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ) ιδρύθηκε το 2001 με στόχο να συντονίσει την υλοποίηση των παρεμβάσεων στην Ελλάδα, οι οποίες συγχρηματοδοτούνται από το ΕΚΤ.

Σχήμα 5. Κατανομή των διαρθρωτικών πόρων στους κύριους μεταρρυθμιστικούς άξονες



Πηγή: Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ - Υπουργείο Υγείας, δημοσίευτα στοιχεία, Ιούνιος 2016.

Ο Πίνακας 3 δείχνει την απορρόφηση πόρων από το ΕΤΠΑ: το 65% των διαθέσιμων κονδυλίων της Συμφωνίας Εταιρικής Σχέσης 2014–2020 είναι δεσμευμένο, ενώ το 72% του συνολικού ποσού παρέχεται ήδη στους αιτούντες. Μία λίστα διαθέσιμων αιτήσεων αναμένει έγκριση χρηματοδότησης, αλλά αυτές υπερβαίνουν τα περίπου €71 εκ. που εξακολουθούν να είναι διαθέσιμα.

Πίνακας 3. Πόροι του ΕΤΠΑ που διατίθενται για τη φροντίδα υγείας στα ΕΠ (σε εκ. €)

	Επιλέξιμες δημόσιες δαπάνες	Αποθέματα κεφαλαίων	Επιλέξιμα κεφάλαια που μεταφέρονται στους αιτούντες	Αιτηθής προϋπολογισμός
<b>Συνολικά Ποσά</b>	<b>197,4</b>	<b>149,9</b>	<b>93,8</b>	<b>119,3</b>

Πηγή: Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ – Υπουργείο Υγείας, δημοσίευτα στοιχεία, Ιούνιος 2016.

Ο Πίνακας 4 παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με μια διαφορετική κατεύθυνση δράσεων, στο πλαίσιο του στόχου της ενεργειακής απόδοσης, οι οποίες επικεντρώνονται στην παροχή ανανεώσιμων πηγών ενέργειας στις μονάδες φροντίδας υγείας. Αυτοί οι τύποι ενεργειών έχουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα τόσο στη δημόσια υγεία (λιγότεροι ρύποι, προστασία του περιβάλλοντος) όσο και στη χρηματοδότηση (η πρώτη ύλη για την παραγωγή ενέργειας είναι συνήθως ένα ελεύθερα διαθέσιμο αγαθό – π.χ., ο ήλιος ή ο αέρας). Στον τομέα αυτόν, το ΕΠ Υποδομές Μεταφορών, Περιβάλλον και Αειφόρος Ανάπτυξη παρέχει διπλάσια ποσά από τα κεφάλαια που παρέχονται από τα περιφερειακά ΕΠ.

Το δίκτυο της ΠΦΥ είναι ο κύριος τομέας της χρηματοδότησης από το ΕΚΤ, ενώ έχει ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι μόνο το 2017 €126 εκ. προορίζονταν αποκλειστικά για τη στήριξη της λειτουργίας των ΤΟΜΥ σε όλη τη χώρα. Η πυκνότητα των (προγραμματισμένων) ΤΟΜΥ ποικίλλει σε μεγάλο

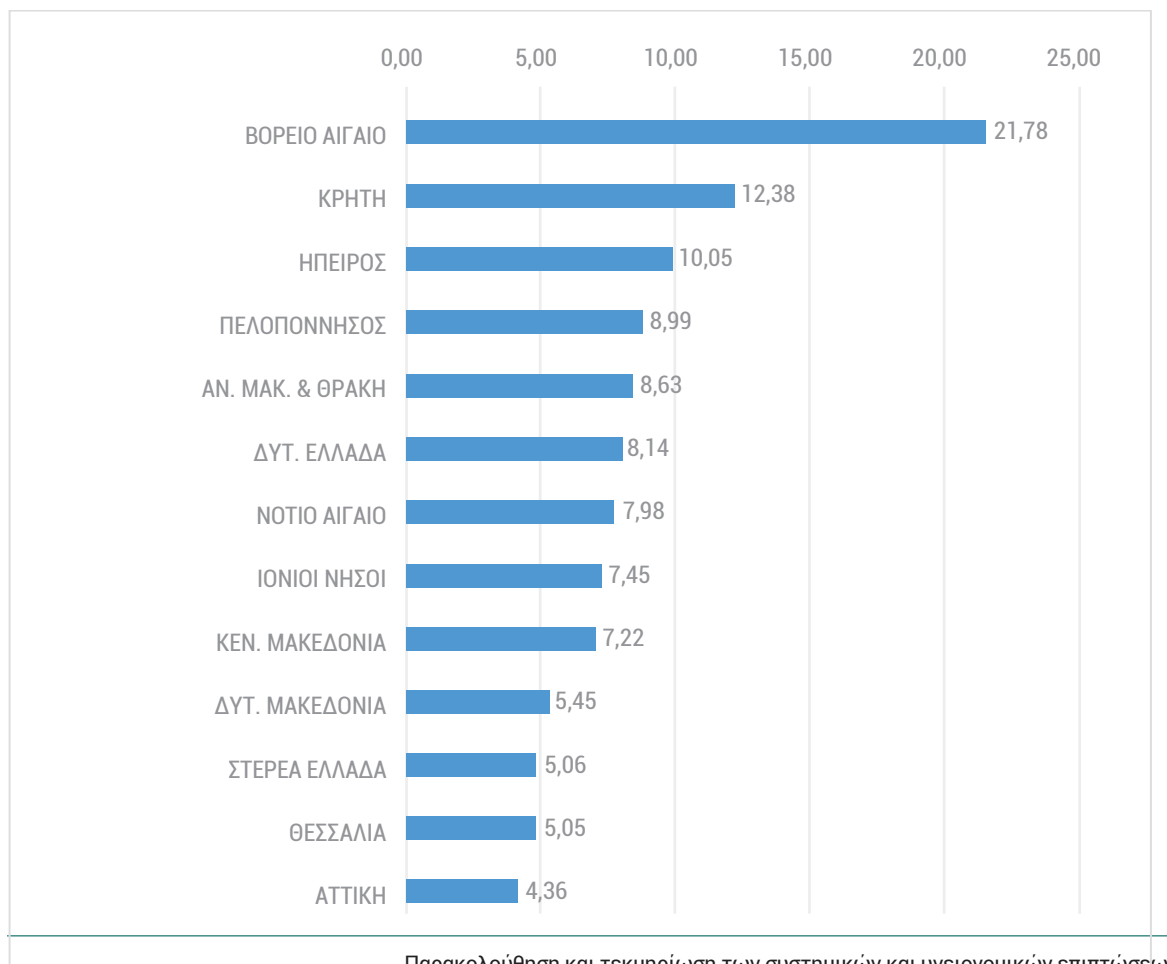
βαθμό ανάλογα με την περιοχή, καθώς θεωρείται ότι καθορίζεται, όπως και η θέση τους, από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι δεν περιορίζονται στα μεγέθη των πληθυσμών αλλά μπορεί να εκτείνονται (για παράδειγμα) μέχρι τις ειδικές απαιτήσεις ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα στο Σχήμα 6: η κατά κεφαλήν χρηματοδότηση αγγίζει το κατώτατο όριο της στην Αττική, όπου ο πυκνός αστικός πληθυσμός δεν εγείρει τέτοιες ανησυχίες, σε αντίθεση με τις νησιωτικές και τις ορεινές περιοχές (όπου η κατά κεφαλήν χρηματοδότηση είναι η υψηλότερη). Το αντίθετο ισχύει στην Κεντρική Μακεδονία, όπου οι μεγαλύτερης έκτασης αγροτικές περιοχές και η ύπαρξη περισσότερων μικρών πόλεων απαιτούν την ίδρυση περισσότερων ΤΟΜΥ, προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής κάλυψη ΠΦΥ για τον πληθυσμό.

**Πίνακας 4. Διαθέσιμα κονδύλια για την προώθηση έργων ενεργειακής αποδοτικότητας στα κτίρια της δημόσιας φροντίδας υγείας (σε εκ. €)**

	ΕΠ Υποδομές Μεταφορών, Περιβάλλον και Αειφόρος Ανάπτυξη	Περιφερειακά ΕΠ (διαθέσιμα ή καταναμημένα κεφάλαια)	Εθνικό επενδυτικό πρόγραμμα (διαθέσιμα ή καταναμημένα κεφάλαια ανά περιοχή)	Συνολικά κεφάλαια
<b>Χρηματικά ποσά</b>	<b>48,8</b>	<b>25,6</b>	<b>32,6</b>	<b>116,9</b>

Πηγή: Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ - Υπουργείο Υγείας, δημοσιεύτα στοιχεία, Ιούνιος 2018.

**Σχήμα 6. Κατά κεφαλήν δαπάνη ανά Περιφέρεια για την ανάπτυξη του δικτύου ΤΟΜΥ (σε €)**



Συνοψίζοντας, τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν παραπάνω δείχνουν ότι οι ελληνικές αρχές προσπαθούν να αξιοποιήσουν πλήρως τις διαθέσιμες δυνατότητες χρηματοδότησης στην τρέχουσα προγραμματική περίοδο, κυρίως για να υποστηρίξουν την προέχουσα εφαρμογή της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας της ΠΦΥ – τη δημιουργία του δικτύου των ΤΟΜΥ. Σχεδόν το 30% όλων των διαθέσιμων διαρθρωτικών πόρων της ΕΕ έχουν διατεθεί για σκοπούς που αφορούν την ΠΦΥ. Είναι δύσκολο να συγκρίνουμε άμεσα τις επενδύσεις κεφαλαίων στην ΠΦΥ μεταξύ των δύο προγραμματικών περιόδων που συζητήθηκαν προηγουμένως, όπως είναι δύσκολο και να εξασφαλίσουμε ότι τα στοιχεία αυτά είναι αυστηρώς συγκρίσιμα. Οι άλλες δύο κύριες χρηματοδοτικές προτεραιότητες την τρέχουσα περίοδο είναι η ψυχική υγεία και η βελτίωση της ενεργειακής απόδοσης στα κτίρια φροντίδας της υγείας. Η συνεχής έλλειψη ενός ειδικού ΕΠ για την φροντίδα υγείας αποτελεί σημαντικό μειονέκτημα και έχει καταστήσει τον σχεδιασμό, τη θέσπιση και τη χρηματοδότηση της στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας ιδιαίτερος περίπλοκα. Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της φροντίδας υγείας αποτελούν βασική προτεραιότητα για τη χώρα, επομένως ελλείψει άλλης λύσης θα ήταν τουλάχιστον λογικό να έχουμε έναν κύριο στόχο ή μια θεμελιώδη προτεραιότητα που να αφορά αποκλειστικά τον τομέα της υγείας (όπως στην περίπτωση του ΕΣΠΑ 2007-2013), ώστε να διευκολύνουμε την κατανομή, τη διανομή και την αξιοποίηση των κεφαλαίων σε μελλοντικές περιόδους προγραμματισμού.



## 3. Παροχή φροντίδας υγείας

Το ελληνικό σύστημα φροντίδας υγείας είναι κατά κύριο λόγο νοσοκομειοκεντρικό. Οι πολιτικές υποκατάστασης που έχουν ως στόχο να αντικατασταθεί η φροντίδα στα νοσοκομεία με μια λιγότερο δαπανηρή εξωνοσοκομειακή φροντίδα, κατ' οίκον ή ημερήσια, είναι σε μεγάλο βαθμό ανύπαρκτες και η διασύνδεση μεταξύ των παρόχων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας είναι περιορισμένη. Παραδοσιακά, οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας είχαν μείνει πίσω σε σχέση με την ανάπτυξη υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας. Η παροχή υπηρεσιών σπανίως περιλάμβανε την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση. Το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν ήταν πλήρως αναπτυγμένο και οι ασθενείς αντιμετώπιζαν προβλήματα στην πρόσβαση, τον συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας τους, καθώς και στην πληρότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Μέχρι πρότινος, δεν υπήρχε ελεγκτικός μηχανισμός ο οποίος να διαχειρίζεται το σύστημα έκδοσης παραπεμπτικών· επομένως, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία λειτουργούσαν συχνά ως σημεία εισόδου για ασθενείς που θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η σωστή λειτουργία αυτών των τμημάτων παρεμποδίστηκε ακόμα περισσότερο από το γεγονός ότι η επείγουσα ιατρική δεν ήταν θεσμοθετημένη ως ξεχωριστή ειδικότητα στην Ελλάδα και το σύστημα διαλογής δεν ήταν επαρκώς αναπτυγμένο (Economidou et al, 2017).

### 3.1 Δίκτυο ΠΦΥ

Το 2010, η ΠΦΥ στην Ελλάδα ήταν ένας τομέας που αντιμετώπιζε προβλήματα σε δύο επίπεδα συντονισμού. Πρώτον, η έλλειψη συστήματος παραπομπών σήμαινε ότι υπήρχε ελάχιστος συντονισμός μεταξύ των παρόχων ΠΦΥ και των νοσοκομειακών ιατρών. Επιπλέον, η έλλειψη σαφώς καθορισμένων διαδικασιών παραπομπής εμπόδιζε τη συνέχεια της φροντίδας και αύξανε την αναποτελεσματικότητα του συστήματος. Δεύτερον, υπήρχαν διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές με ανεπάρκειες στο προσωπικό και στον εξοπλισμό.

Η ίδρυση κέντρων υγείας το 1983 αύξησε την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα στις αγροτικές περιοχές, αλλά η ουσιαστική απόδοσή τους δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες γιατί η στελέχωσή τους ήταν ανεπαρκής, η βιοϊατρική τεχνολογία και οι εγκαταστάσεις τους ξεπερασμένες και η οικονομική και διοικητική αυτονομία τους ανύπαρκτη. Τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία και οι πάροχοι με ποικίλες οργανωτικές και διοικητικές δομές πρόσφεραν υπηρεσίες μέσω πολυϊατρείων, τα οποία δεν λειτουργούσαν συντονισμένα. Τα τελευταία όχι μόνο αλληλοεπικαλύπτονταν, αλλά παρουσίαζαν και μεγάλες διαφοροποιήσεις όσον αφορά την ποιότητα και την έκταση των υπηρεσιών τους, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται κοινωνικές ανισότητες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους, για υπηρεσίες που δεν προσφέρονταν από το δημόσιο σύστημα. Η έλλειψη μέτρων ελέγχου για τα παραπεμπτικά προς τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για εξετάσεις υψηλού κόστους, επιβάρυνε τα ασφαλιστικά ταμεία με αδικαιολόγητες δαπάνες. Η συνέχεια της φροντίδας των ασθενών υπονομεύθηκε από την απουσία ενός συστήματος παραπομπών με βάση τους γενικούς ιατρούς και την έλλειψη ηλεκτρονικών

φακέλων υγείας. Αυτό υπερφόρτωσε το σύστημα με άσκοπες ιατρικές επισκέψεις και οδήγησε στην υπερβολική οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων. Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και η απουσία προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας προκάλεσαν δυσπιστία στους χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών, ωθώντας τους να αναζητούν δεύτερη γνώμη από ιδιώτες ιατρούς. Επιπλέον, ο μεγάλος αριθμός ιατρών (κυρίως ειδικοτήτων) που ήταν συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και η αμοιβή τους κατά πράξη και περίπτωση, δημιούργησαν προκλητή ζήτηση και αυξημένες δαπάνες που επωμίστηκαν τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία (Econoμου & Giorno, 2009· Econoμου, 2010). Αυτή η κατάσταση δημιούργησε μια εσφαλμένη αντίληψη για την ΠΦΥ και οδήγησε σε σοβαρές στρεβλώσεις. Δεδομένου ότι δεν υπήρχε σύστημα παραπομπών, ότι σχεδόν όλοι οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν ιατροί ειδικοτήτων και συγχρόνως παρατηρούνταν έλλειψη συντονισμού και συνέχειας της παροχής φροντίδας στους ασθενείς που την είχαν ανάγκη, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Ελλάδα διέθετε πιο πολύ μια σειρά από κατακερματισμένες υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας παρά ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ.

Τον Φεβρουάριο του 2014 εφαρμόστηκε μια διαρθρωτική μεταρρύθμιση με στόχο να αναβαθμίσει την παροχή της δημόσια χρηματοδοτούμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας, μέσω ενός βελτιωμένου συντονισμού των διαφόρων παρόχων. Η νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2014 (νόμος 4238/2014)<sup>19</sup> είχε ως στόχο να αναπτύξει μια εθνική υπηρεσία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία θα αποτελούνταν από κέντρα υγείας, πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και συμβεβλημένους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο Νόμο, όλες οι δημόσιες δομές ΠΦΥ μεταβιβάζονταν στη δικαιοδοσία των ΥΠΕ. Βάσει αυτής της μεταρρύθμισης, οι εγκαταστάσεις αυτού του τύπου θα έπρεπε να λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, ο Νόμος 4238/2014 εισήγαγε ένα σύστημα παραπομπών βασισμένο στους γενικούς ιατρούς (Econoμου et al, 2015). Ωστόσο, η στελέχωση των μονάδων του ΠΕΔΥ παρέμενε προσανατολισμένη στους ιατρούς ειδικοτήτων και δεν τέθηκε τελικά σε ισχύ το σύστημα παραπομπών. Γενικά, η εφαρμογή της μεταρρύθμισης υπήρξε αρκετά αργή λόγω ανθρωπινων και οικονομικών περιορισμών, αλλά και εξαιτίας της διαχειριστικής της προσέγγισης που καθοδηγούνταν κυρίως από δημοσιονομικές επιδιώξεις.

Ένα θεμελιώδες ζήτημα που έπρεπε να αντιμετωπιστεί ήταν η προσέγγιση της ανταπόκρισης-στη-ζήτηση, η οποία είχε ενσωματωθεί στις προηγούμενες πολιτικές. Αυτό είχε οδηγήσει σε σημαντικές ανισότητες στον τομέα της υγείας, καθώς υποδήλωνε ότι το βάρος των ασθενειών είναι συνήθως ένα προσωπικό ζήτημα, προωθώντας έτσι την παθητική ιδιωτικοποίηση και την υπερβολική στήριξη στην κερδοσκοπική παροχή των υπηρεσιών, με ελάχιστες πρωτοβουλίες και δράσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η νέα ιδέα αναφορικά με τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, η οποία εγκρίθηκε το 2017, θέτει τους εξής στόχους: βραχυπρόθεσμα, να βελτιώσει την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας· μεσοπρόθεσμα, να ενισχύσει τα άτομα και τις κοινότητες· μακροπρόθεσμα, να ενθαρρύνει μακροοικονομικές και πολιτιστικές αλλαγές. Το πρώτο και κύριο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση είναι ο Νόμος 4486/2017<sup>20</sup>, ο οποίος αποσκοπεί στην εισαγωγή ενός νέου συστήματος ΠΦΥ.

19 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 38/Τεύχος Α'/17-2-2014.

20 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 115/Τεύχος Α'/7-8-2017.

Η νέα νομοθεσία εκχωρεί σε περιφερειακές χωρικές μονάδες (γνωστές ως Τομείς ΠΦΥ) την ευθύνη να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα, μέσω του δικτύου των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY) και τουλάχιστον μίας μονάδας εξειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας (κέντρο υγείας). Διαφορετικοί Τομείς ΠΦΥ παραπέμπουν σε κοινές υπηρεσίες δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας ή και αποκατάστασης με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Οι TOMY είναι στελεχωμένες με διεπιστημονικές ομάδες υγείας, οι οποίες αποτελούνται από γενικούς ιατρούς, παθολόγους, παιδίατρος, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό. Στόχος τους είναι να αντιμετωπίζουν σημαντικά ζητήματα που αφορούν την υγεία σε επίπεδο κοινότητας, να μειώνουν τις αποφευκτές εισαγωγές στα νοσοκομεία, να παρέχουν στους ασθενείς φροντίδα όσο το δυνατόν πλησιέστερα στην κατοικία τους και να αντιμετωπίζουν τα ζητήματα δημόσιας υγείας στη ρίζα τους, στοχεύοντας στους συμπεριφορικούς παράγοντες και στους παράγοντες κινδύνου. Η εγγύτητα, η πυκνή δικτύωση και η διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες θα βοηθήσουν τις ομάδες υγείας να δημιουργήσουν μια μόνιμη σχέση με τις κοινότητές τους – κάτι που αποτελεί προϋπόθεση για να αναγνωριστούν οι περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες και να ληφθούν υπόψη οι παράγοντες του προσωπικού τρόπου ζωής και άλλοι καθοριστικοί παράγοντες υγείας. Οι πολίτες θα πρέπει να εγγραφούν σε μία TOMY, συμβάλλοντας έτσι στον συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας (βλ. επίσης Ενότητα 4.1). Οι βάσει τεκμηρίων παραπομπές θα μειώσουν τις περιττές θεραπευτικές αγωγές και τις υπερσυνταγογραφήσεις. Σταδιακά, θα εγκαθιδρυθεί ένα σύστημα πρώτης εισόδου και επαφής των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας το οποίο αναμένεται να είναι πλήρως λειτουργικό όταν θα έχει ολοκληρωθεί η πλήρης ανάπτυξη των TOMY σε όλη τη χώρα.

Τα υπάρχοντα αγροτικά κέντρα υγείας και οι αστικές μονάδες περιπατητικής φροντίδας υγείας θα μετατραπούν σε κέντρα αναφοράς του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτά τα (νέα) κέντρα υγείας θα δημιουργήσουν ένα επίπεδο περιπατητικής φροντίδας με εξειδικευμένες, διαγνωστικές και εκτός ωραρίου εργασίας υπηρεσίες, απαλλάσσοντας τα νοσοκομεία από αχρείαστο φόρτο εργασίας στα εξωτερικά ιατρεία τους και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών τους. Ειδικότερα, τα κέντρα υγείας θα λειτουργήσουν ως ειδικευμένες μονάδες, με ευθύνη για: α) τον συντονισμό του δικτύου των TOMY στον τομέα τους· β) την παροχή εξειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για όλους τους ασθενείς που παραπέμπονται από τις TOMY στον τομέα τους· γ) τη διεξαγωγή διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων· δ) τη ρύθμιση των παραπομπών στα νοσοκομεία· ε) την κοινοτική ψυχική υγεία· στ) την τηλεϊατρική και την υποστήριξη των TOMY εξ αποστάσεως· και ζ) τον συντονισμό της 24ωρης πρόσβασης στη φροντίδα υγείας που παρέχεται εκτός ωραρίου εργασίας. Τα γενικά νοσοκομεία αναφοράς θα συνεργάζονται με έναν ή περισσότερους τομείς ΠΦΥ και θα είναι υπεύθυνα για την ανταπόκριση σε έκτακτα περιστατικά σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου, την εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή φροντίδα ασθενών που θα παραπέμπονται από τις TOMY και τις εξειδικευμένες μονάδες περιπατητικής φροντίδας, καθώς και για την τηλεϊατρική και την υποστήριξη των TOMY εξ αποστάσεως. Η εκπαίδευση στη ΠΦΥ πρόκειται να ενισχυθεί με την ίδρυση ακαδημαϊκών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας (συνδεδεμένων με ιατρικές και νοσηλευτικές πανεπιστημιακές σχολές για να παρέχουν εκπαίδευση και κατάρτιση στο προσωπικό της ΠΦΥ)· τη σημαντική ενίσχυση του ρόλου των μαιών· και τον καθορισμό του ρόλου των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας του ιδιωτικού τομέα με βάση την προσβασιμότητα και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (δηλαδή, θα συναφθούν συμβάσεις με ιδιώτες γενικούς ιατρούς για να παρέχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες σε περιφέρειες στις οποίες οι TOMY δεν θα μπορούν να καλύψουν ιατρικά ολόκληρο τον πληθυσμό). Ακόμα περισσότερο, η κοινωνική ενσωμάτωση καθίσταται υποχρεωτική

με την έναρξη μηνιαίων δημόσιων ακροάσεων –συμπεριλαμβανομένου του διαλόγου με τις τοπικές αρχές, τις ενώσεις ασθενών και τους παρόχους φροντίδας υγείας– προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών, να διευρυνθούν οι δίαυλοι επικοινωνίας και να ενισχυθεί η κοινοτική ανάπτυξη. Ορισμένες περιοχές της επικράτειας επελέγησαν για να δημιουργηθούν οι πρώτες TOMY, με βάση τρεις σημαντικούς παράγοντες: (i) την πρόσβαση στις τρέχουσες υπηρεσίες υγείας· (ii) το κατά κεφαλήν εισόδημα· και (iii) τις συσσωρευμένες ανάγκες στον τομέα της υγείας. Οι πρώτες TOMY λειτουργούν από τα τέλη του 2017 σε διάφορες περιοχές, ως μέρος της ανάπτυξης του δικτύου. Είναι προγραμματισμένο να δημιουργηθούν σε πρώτη φάση 239 TOMY σε ολόκληρη τη χώρα· τον Ιούνιο του 2018, περίπου 100 TOMY βρίσκονταν ήδη σε λειτουργία.

Οι προσδοκίες από το νέο δίκτυο ΠΦΥ είναι οι εξής: καλύτερη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας και μείωση των ανικανοποίητων αναγκών υγείας· αντιμετώπιση σοβαρών παραγόντων κινδύνου για την υγεία· βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και αύξηση του χρόνου διαβίωσης σε καλή κατάσταση υγείας· τέλος, πιο ορθολογική και αποδοτική χρήση των υφιστάμενων υπηρεσιών και πόρων, με τη μείωση των μη αναγκαίων εισαγωγών στα νοσοκομεία μέσω καλά οργανωμένων διαδικασιών παραπομπής. Ωστόσο, δεν είναι ποτέ εύκολο να εισαχθεί μια νέα αντίληψη για τη φροντίδα υγείας σε ένα υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών. Μια σημαντική δυσκολία σχετίζεται με μια ψευδή και διαστρεβλωμένη αντίληψη για την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όχι μόνο εντός του πληθυσμού αλλά ακόμα περισσότερο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η ομαδικότητα, οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, τα προγράμματα ενδυνάμωσης των κοινοτήτων και πρόληψης, υφίστανται στο περιθώριο της φροντίδας υγείας, κυρίως λόγω της έλλειψης επαρκούς κατάρτισης στην προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση (βλ. επίσης Ενότητα 4.1). Ένας άλλος κίνδυνος για αυτή τη μεταρρύθμιση είναι η έλλειψη εμπειρίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά την ομαδικότητα στις δραστηριότητες εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Επιπλέον, η έλλειψη σαφώς καθορισμένων διεργασιών και συντονισμού των διαδικασιών παροχής φροντίδας σε διαφορετικά περιβάλλοντα (π.χ., νοσοκομεία, κέντρα υγείας και TOMY) πιθανώς να μειώσει την ανταπόκριση του συστήματος στις ανάγκες των ασθενών και να προκαλέσει ακόμα περισσότερη απογοήτευση και δυσπιστία. Επιπρόσθετα, υπάρχουν διοικητικές δυσκολίες που προκύπτουν από την ανάγκη να εντοπιστούν οι κατάλληλες εγκαταστάσεις και να ξεπεραστούν οι καθυστερήσεις στη διαδικασία πιστοποίησής τους.

Τέλος, η πρόσληψη προσωπικού αποτελεί θεμελιώδες πρόβλημα. Σε αντίθεση με άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς), των οποίων οι αιτήσεις είναι αρκετές για να καλύψουν όλες τις θέσεις που ανακοινώνονται στις TOMY, οι ιατροί δείχνουν να ενδιαφέρονται λιγότερο να εργαστούν σε αυτές και δεν έχουν ανταποκριθεί μαζικά στην ανακοίνωση σχετικών νέων θέσεων. Κάποιες πιθανές εξηγήσεις είναι οι εξής: (α) ο μικρός αριθμός των διαθέσιμων γενικών ιατρών στη χώρα, τόσο σε απόλυτα μεγέθη όσο και ποσοστιαία· (β) η άσκηση ισχυρών πιέσεων από ορισμένες ομάδες ιατρών που αντιτίθενται στην προτεινόμενη στρατηγική του Υπουργείου Υγείας για τις TOMY· (γ) οι λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες απασχόλησης όσον αφορά τη διάρκεια των συμβάσεων· και (δ) η προσλαμβανόμενη από τους ιατρούς αβεβαιότητα για το μέλλον του θεσμού. Αυτές οι δυσκολίες εντείνονται από την ύπαρξη τεχνικών ζητημάτων. Το σύστημα παραπομπών βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, ο οποίος δεν είναι ακόμα σε λειτουργία· συνεπώς, υπάρχει κίνδυνος καθυστέρησης στην πλήρη εφαρμογή της μεταρρύθμισης. Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί ορισμένες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, αλλά εκκρεμεί το δύσκολο έργο της κατάρτισης του προσωπικού, ώστε να μπορέσει να ενσωματώσει

το περιεχόμενό τους στην καθημερινή πρακτική του. Αυτό απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση, όσο και σωστή μετατροπή του περιεχομένου τους σε φιλικές προς τον χρήστη διαδικασίες. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, τους επαγγελματικούς συλλόγους και τους διεθνείς εμπειρογνώμονες, το SCUC έχει ξεκινήσει την ανάπτυξη δύο κατευθυντήριων γραμμών για την πρωτοβάθμια φροντίδα: η πρώτη αφορά τις οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις και η δεύτερη τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Αμφότερες είναι πολύ κοινές παθήσεις, οι οποίες αντιμετωπίζονται σε επίπεδο ΠΦΥ.

## 3.2 Παρεμβάσεις δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο

Το σύστημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα είναι υπεύθυνο για την επιδημιολογική παρακολούθηση και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, όπως και τον έλεγχο της περιβαλλοντικής υγείας, την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, σε κοινοτικό επίπεδο. Το σύστημα αποτελείται από μία κεντρική υπηρεσία εντός του Υπουργείου Υγείας, ένα δίκτυο υπηρεσιών σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και έναν αριθμό οργανισμών δημόσιας υγείας, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας. Οι τελευταίοι λειτουργούν ως αυτόνομοι φορείς και παρέχουν εργαστηριακή, ερευνητική, εκπαιδευτική και στατιστική υποστήριξη.

Παραδοσιακά, οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας στην Ελλάδα βρίσκονταν σε δεύτερη μοίρα, καθώς δινόταν προτεραιότητα στην ανάπτυξη των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ιατροί που εργάζονται στη δημόσια υγεία κατέχουν χαμηλή θέση στην ιεραρχία του ΕΣΥ και πάντα ήταν δύσκολη η στελέχωση των οργανικών θέσεων, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις προσωπικού σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας. Αυτή η κατάσταση επιδεινώθηκε από την αποτυχία εφαρμογής του πρώτου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008-2012). Το εν λόγω σχέδιο, που αναπτύχθηκε από το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ), έδωσε έμφαση σε 16 σοβαρούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία: κατάχρηση ουσιών, καρκίνο, σεξουαλική υγεία, δίαιτα και διατροφή, κατανάλωση αλκοόλ, καρδιαγγειακές παθήσεις, περιβαλλοντικοί κίνδυνοι που απειλούν την υγεία, κάπνισμα, τροχαία ατυχήματα, στοματική υγεία, μεταδοτικά νοσήματα, ταξιδιωτική υγεία, σπάνιες ασθένειες, HIV/AIDS, μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά και ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

Με εξαίρεση τις ενημερωτικές εκστρατείες για τους κινδύνους της κατάχρησης ουσιών, της χρήσης προϊόντων καπνού και της κατανάλωσης αλκοόλ, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη εθνική στρατηγική που να απευθύνεται στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Επιπλέον, η απουσία ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης και πληθυσμιακών ή συστηματικών ελέγχων για ιάσιμους καρκίνους – ακολουθώντας τις πιο συμφέρουσες παρεμβάσεις, όπως αυτές προτείνονται από τον ΠΟΥ – είχε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Επιπροσθέτως, η διαχείριση των ασθενειών απέχει πολύ από το να μπορεί να χαρακτηριστεί αποτελεσματική. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι ούτε επαρκώς αναπτυγμένη ούτε σωστά οργανωμένη, ενώ δεν υπάρχουν κοινοτικές υπηρεσίες εξ αποστάσεως (π.χ., ανίχνευση καρδιομεταβολικών κινδύνων και διαστρωμάτωση). Μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού λαμβάνει υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τα αγροτικά κέντρα υγείας είναι μονομερώς προσανατολισμένες στα οξέα περιστατικά και σπανίως ασχολούνται με την πρόληψη, την προαγωγή υγείας, την μακροχρόνια φροντίδα και την αποκατάσταση. Επίσης, η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών είναι συνήθως αποσπασματική, εστιάζοντας κυρίως στη συνταγογράφηση φαρμάκων. Η επανάληψη εξετάσεων και



ιατρικών συνταγών είναι συνηθισμένη, εξαιτίας της ανεπαρκούς ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των παρόχων υγείας, ενώ απουσιάζουν η ολοκληρωμένη φροντίδα και η συνέχεια στη φροντίδα (Economou et al., 2017).

Η ΠΦΥ και η δημόσια υγεία θα πρέπει να ιδωθούν υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασής τους: οι αποτελεσματικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας αποτελούν απαραίτητο συστατικό ενός αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ. Αν οι στόχοι της νέας μεταρρύθμισης της ΠΦΥ είναι να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο, αποτελεσματικό και ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας και να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, καθίσταται αναγκαίο οι υπάρχουσες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, οι οποίες επικεντρώνονται στον έλεγχο και την πρόληψη των μεταδιδόμενων νοσημάτων, να μετασχηματιστούν προκειμένου να εστιάσουν στη μείωση της επίπτωσης και του επιπολασμού των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (MMN). Αυτό απαιτεί νέες προσεγγίσεις, οι οποίες να εστιάζουν στα βαθύτερα αίτια αυτών των νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, καθώς και των περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου. Επίσης, απαιτεί μία συνολική και ευθυγραμμισμένη ανταπόκριση του συστήματος υγείας, όπως προτείνεται από τον ΠΟΥ, η οποία να συμπεριλαμβάνει αποτελεσματικές διατομεακές πολιτικές και μηχανισμούς διακυβέρνησης: προληπτική και ολοκληρωμένη προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών· διεπιστημονική εργασιακή νοοτροπία εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας· και κατάλληλα οικονομικά και μη οικονομικά κίνητρα.

Με βάση την ανωτέρω προσέγγιση, και στο πλαίσιο του SCUC, ζητήθηκε από μια ομάδα τοπικών εμπειρογνομόνων να αναπτύξουν μία εθνική στρατηγική/ ένα στρατηγικό σχέδιο δημόσιας υγείας για τα έτη 2017-2021, η οποία να ευθυγραμμίζεται με το ευρωπαϊκό πλαίσιο πολιτικής «Υγεία 2020» και με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης. Σε συμφωνία με το πλαίσιο του ΠΟΥ για τις Βασικές Λειτουργίες Δημόσιας Υγείας (Essential Public Health Operations - EPHO), το σχέδιο εντοπίζει επτά μεταρρυθμιστικούς άξονες για τη δημόσια υγεία (SCUC, 2017a): (i) τη γεφύρωση της παροχής της ΠΦΥ με πρωτοβουλίες και δράσεις της δημόσιας υγείας· (ii) την πρόληψη και τον έλεγχο των MMN (συμπεριλαμβανομένων του καπνίσματος, της παχυσαρκίας, της σωματικής άσκησης, των τροχαίων ατυχημάτων, της επαγγελματικής και περιβαλλοντικής υγιεινής)· (iii) την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων και την εξασφάλιση πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας της υγείας· (iv) την αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν την αντιμικροβιακή αντοχή· (v) τη διαχείριση των εμβολίων· (vi) τις καταστάσεις έκτακτης υγειονομικής ανάγκης· και (vii) την αναδιοργάνωση και διακυβέρνηση των υπηρεσιών μέσω της προώθησης της έρευνας στη δημόσια υγεία, της ενίσχυσης των διευθύνσεων δημόσιας υγείας των περιφερειών, της αναβάθμισης της εκπαίδευσης για τη δημόσια υγεία και της δημιουργίας ενός πλέγματος ανθρώπινου δυναμικού για την δημόσια υγεία.

Μέχρι σήμερα, δεν έχει αναληφθεί κάποια νομοθετική πρωτοβουλία προκειμένου να εφαρμοστεί το σύνολο ή συγκεκριμένες προτάσεις του σχεδίου. Ωστόσο, έχει σχεδιαστεί ένας νέος εθνικός οργανισμός για τη δημόσια υγεία, με την εντολή να καλύψει τα MMN και τους ατομικούς ή συλλογικούς παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, ο Νόμος 4486/2017 δείχνει μια θετική εξέλιξη, από την άποψη ότι οι ΤΟΜΥ επιφορτίζονται με την παροχή μιας δέσμης υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε άτομα και οικογένειες. Επίσης, επιφορτίζονται με την ανάπτυξη μέτρων και δράσεων για την προαγωγή της υγείας στο χώρο εργασίας, στα σχολεία και γενικότερα σε ολόκληρη την κοινότητα -συμπεριλαμβανομένων των εμβολιασμών, των προσυμπτωματικών ελέγχων και της εξειδικευμένης προληπτικής φροντίδας, της υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας, της

κοινωνικής ιατρικής, και της βοήθειας στη βελτίωση του τρόπου ζωής και της διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων.

### 3.3 Φροντίδα ψυχικής υγείας

---

Από την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, τέσσερα ορόσημα ξεχωρίζουν στον τομέα της φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σε συμφωνία με τους Ευρωπαϊκούς Κανονισμούς 815/84 και 4130/88, κατά την πρώτη περίοδο (1984-1990) εκπαιδεύτηκαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας· δημιουργήθηκε ένα αποκεντρωμένο κοινοτικό δίκτυο προληπτικής, εξειδικευμένης θεραπείας και υπηρεσιών αποκατάστασης· μειώθηκαν οι εισαγωγές και αποασυλοποιήθηκαν οι ασθενείς ψυχιατρικών νοσοκομείων. Η δεύτερη περίοδος αφορούσε τα μεταρρυθμιστικά προγράμματα Λέρος I και II (1990–1994), τα οποία εισήγαγαν παρεμβάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Λέρου και την επανεγκατάσταση των ασθενών σε κοινοτικούς ξενώνες. Το τρίτο ορόσημο υπήρξε η εισαγωγή προοδευτικής νομοθεσίας όσον αφορά την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Νόμος 2716/1999). Αυτή η νομοθεσία εγκαθίδρυσε τομεακές επιτροπές ψυχικής υγείας και δημιούργησε υποδομές στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιατρικών τμημάτων στα νοσοκομεία· των κέντρων ψυχικής υγείας· των κέντρων παιδικού προσανατολισμού· των κέντρων ημέρας· των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας· των εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης· των κινητών μονάδων· των κοινωνικών συνεταιρισμών με στόχο την αύξηση των ευκαιριών απασχόλησης για άτομα με ψυχικές ασθένειες· και των μονάδων διαχείρισης κρίσεων.

Το τέταρτο και πιο σημαντικό ορόσημο για την αποασυλοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και για την ανάπτυξη υπηρεσιών σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας ήταν τα προγράμματα Ψυχαργός I (1997-2001) και II (2001-2010). Αυτά έδωσαν προτεραιότητα στην κοινωνική ένταξη, στην κοινωνική συνοχή και στον αποστιγματισμό, με κύριο στόχο την ανάπτυξη υπηρεσιών εντός της κοινότητας, προκειμένου οι ασθενείς να έχουν την δυνατότητα στήριξης μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον τους και διατήρησης των κοινωνικών τους δραστηριοτήτων με κάθε πιθανό μέσο. Συγκεκριμένες πολιτικές εστίασαν στην πρόληψη και την αποκατάσταση· στην αναδιάρθρωση και ενίσχυση της ΠΦΥ· στην περιπατητική φροντίδα υγείας· στην αποασυλοποίηση και το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων· στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και τις υπηρεσίες κατ' οίκον· στη συνέχεια της φροντίδας· και στην αξιοποίηση της εθελοντικής βοήθειας εκ μέρους της κοινότητας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Μια εκ των υστέρων αξιολόγηση των προγραμμάτων Ψυχαργός I και II, η οποία χρησιμοποίησε ποιοτικές μεθόδους έρευνας, εντόπισε μια σειρά θετικών και αρνητικών στοιχείων της μεταρρύθμισης. Τα θετικά στοιχεία περιλάμβαναν: (α) τη μείωση της μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία· (β) μια σημαντική αύξηση του αριθμού των νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ολόκληρη τη χώρα, συμπεριλαμβανομένων των κέντρων ημέρας, των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, των ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία και των κέντρων ψυχικής υγείας για παιδιά· (γ) θετικές αλλαγές στη στάση του κοινού απέναντι στις ψυχικές ασθένειες και τους ασθενείς και στη στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην εξατομικευμένη



φροντίδα· (δ) την ενδυνάμωση των χρηστών των υπηρεσιών, ώστε να μπορούν αυτοί να εκφράζουν την άποψή τους και να υπερασπίζονται τα δικαιώματά τους, συμμετέχοντας σε οργανισμούς και φορείς της ψυχικής υγείας· και (ε) την αύξηση των ευκαιριών για τους χρήστες των υπηρεσιών με στόχο την επαγγελματική κατάρτιση, μέσω της ίδρυσης κοινωνικών επιχειρήσεων και της αμειβόμενης εργασίας. Οι αρνητικές πλευρές περιλάμβαναν: (i) σημαντικές ελλείψεις προσωπικού και υπηρεσιών σε αρκετές περιοχές της χώρας, ιδίως στις αγροτικές, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται περιφερειακές ανισότητες και ανεπαρκή παροχή φροντίδας· (ii) ημιτελές τομιακό πλαίσιο και απουσία συντονισμού μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κεντρικής διοίκησης, τοπικών αρχών, κοινωνικών υπηρεσιών και άλλων σχετικών οργανισμών του δημόσιου τομέα· (iii) απουσία αξιολόγησης και παρακολούθησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ποιότητας και των συστημάτων κλινικής διακυβέρνησης· (iv) το γεγονός ότι οι αποασυλοποιημένοι ασθενείς, οι οποίοι επανεγκαταστάθηκαν σε κοινοτικές υπηρεσίες, αντιπροσωπεύουν μόνο ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, ενώ ένας μεγαλύτερος αριθμός ανθρώπων εξακολουθούν να ζουν με τις οικογένειές τους, να είναι άστεγοι, να βρίσκονται σε καθεστώς φτώχειας ή να νοσηλεύονται σε ιδιωτικές κλινικές με αμφίβολα πρότυπα ποιότητας· (v) κενά σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (π.χ., εκείνες που αφορούν παιδιά, εφήβους, άτομα με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, νοητικές αναπηρίες ή διατροφικές διαταραχές) και υπηρεσίες εγκληματολογικής ψυχιατρικής· (vi) απουσία πληροφόρησης για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες σε τοπικό επίπεδο και ανεπαρκή ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών· (vii) απουσία προσεκτικού σχεδιασμού και εφαρμογής· (viii) μερική επίτευξη του στόχου για εισαγωγή ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία· και (ix) απουσία προσέγγισης του συστήματος ψυχικής υγείας με βάση τον πληθυσμό, χωρίς σαφή στοιχεία για την αξιολόγηση των αναγκών των τοπικών πληθυσμών και χωρίς σαφή κατανόηση σε τοπικό επίπεδο των δομικών στοιχείων που απαιτούνται για ένα ενιαίο σύστημα φροντίδας.

Επίσης, μία ποσοτική αξιολόγηση του ποσοστού επιτυχίας των στόχων που τέθηκαν στα προγράμματα Ψυχαργώς I και II, αποκάλυψε τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες τους. Θετικές εξελίξεις αποτέλεσαν το κλείσιμο πέντε ψυχιατρικών νοσοκομείων και η υπέρβαση των αριθμών-στόχων των προστατευμένων διαμερισμάτων κατά 211%, των κέντρων Αλτσχάϊμερ κατά 180% και των κέντρων ημέρας κατά 95%. Στις αρνητικές εξελίξεις δεν ανήκει μόνο η περιορισμένες δυνατότητες περισσότερων από 60 ΜΚΟ, οι οποίες προσφέρουν κατά κύριο λόγο φροντίδα κατ' οίκον και ημερήσια φροντίδα, αλλά και οι αριθμοί των ανεπίτευκτων στόχων που αφορούσαν τα οικοτροφεία (89% του στόχου), τις ειδικές μονάδες αποκατάστασης και επαγγελματικής επανένταξης (69%), τις ομάδες υποστήριξης εξ αποστάσεως (68%), τις ψυχιατρικές και παιδοψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία (55%), τους ξενώνες (52%), τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας (43%) και τις κοινωνικές επιχειρήσεις (33%). Δεν ιδρύθηκε κανένα από τα προβλεπόμενα κέντρα για την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ (Economou et al, 2017).

Τα ευρήματα της εξωτερικής αξιολόγησης των προγραμμάτων Ψυχαργώς I και II οδήγησαν την ελληνική κυβέρνηση στην εγκαινίαση του προγράμματος Ψυχαργώς III τον Νοέμβριο του 2011, προκειμένου να συνεχιστούν οι μεταρρυθμίσεις ενίσχυσης της φροντίδας της ψυχικής υγείας μέχρι το 2020 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Το νέο σχέδιο έχει βασιστεί σε τρεις πυλώνες: (i) στις δράσεις για την κατάργηση της ιδρυματικής φροντίδας και για την περαιτέρω ανάπτυξη δομών ψυχικής υγείας εντός της κοινότητας σε τομιακό επίπεδο (τομείς που βασίζονται σε γεωγραφικά και πληθυσμιακά χαρακτηριστικά), με κατανομή των διαθέσιμων εγκαταστάσεων

ψυχικής φροντίδας, ώστε να παρέχονται υπηρεσίες σε μία καθορισμένη ζώνη· (ii) στις δράσεις για την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό και την προαγωγή της κοινωνικής ένταξης για άτομα με ψυχικές αναπηρίες· και (iii) στις δράσεις αναδιοργάνωσης του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων της τομεακής κατανομής των υπηρεσιών, της παρακολούθησης, της αξιολόγησης, των ερευνητικών δραστηριοτήτων και της εκπαίδευσης του προσωπικού.

Η πρόσφατη νομοθεσία για την διοικητική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Νόμος 4461/2017)<sup>21</sup> προβλέπει τη σύσταση ενός αριθμού επιστημονικών και διοικητικών επιτροπών, συμβουλίων (τόσο περιφερειακών όσο και τομεακών) και συντονιστικών φορέων, με στόχο την επίτευξη καλύτερου συντονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μεγαλύτερης συμμετοχής των πολιτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις πολιτικές ψυχικής υγείας, και προστασίας των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μετά την υιοθέτηση αυτού του νόμου, το Υπουργείο Υγείας ζήτησε από το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη να παρέχει τεχνική υποστήριξη στον τομέα των μεταρρυθμίσεων της ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα σε σχέση με την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίες αναπτύχθηκαν με τη βοήθεια των διαρθρωτικών ταμείων τα τελευταία χρόνια. Συντάχθηκε έκθεση και κατατέθηκε στο Υπουργείο Υγείας, με συστάσεις πολιτικής για την μελλοντική πορεία της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (Chisholm & Caldas-Almeida, 2017). Δεδομένου ότι αυτή τη στιγμή δεν υφίσταται κάποια μέθοδος επαρκούς παρακολούθησης της απόδοσης και βελτίωσης της ποιότητας σε κανένα επίπεδο του συστήματος ψυχικής υγείας, η έκθεση τόνισε την αναγκαιότητα για στενή παρακολούθηση της αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και για διαρκή στήριξη στην ανάπτυξη των ικανοτήτων των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας. Επιπροσθέτως, η μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας έχει λάβει σημαντική οικονομική υποστήριξη από διαρθρωτικά ταμεία κατά τα τελευταία έτη (βλ. Ενότητα 2.5). Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να εγείρει ανησυχίες για τη βιωσιμότητα των μελλοντικών μεταρρυθμιστικών οφελών.

### 3.4 Υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής

Οι υπηρεσίες επειγόντων στο ελληνικό σύστημα υγείας παρέχονται από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Θεωρητικά, τα κέντρα υγείας στο δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι επίσης υπεύθυνα για την 24ωρη παροχή υπηρεσιών, αλλά λόγω έλλειψης δυνατοτήτων στην πραγματικότητα λειτουργούν ως σημεία παραπομπής για ασθενείς που μεταφέρονται στα νοσοκομεία από ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ. Επί της ουσίας, το ΕΚΑΒ είναι υπεύθυνο για την παροχή πρώτων βοηθειών και επείγουσας ιατρικής φροντίδας, καθώς και για τη μεταφορά σε μονάδες φροντίδας υγείας. Δεν υπάρχει ενιαίο εθνικό σύστημα διαλογής που να καθοδηγεί τους ασθενείς στο κατάλληλο σημείο παροχής φροντίδας και ο τρόπος που πραγματοποιείται η διαλογή ποικίλλει στα αγροτικά κέντρα υγείας, στα ΤΕΠ των νοσοκομείων και στην υπηρεσία διακομιδής του ΕΚΑΒ (WHO Regional Office for Europe, 2017a).

21

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 38/Τεύχος Α΄/28-3-2017.

Η Ελλάδα διαθέτει 423 τμήματα επειγόντων – 303 σε αγροτικά ή αστικά κέντρα υγείας και 120 σε περιφερειακά και μεγάλα νοσοκομεία σε ολόκληρη τη χώρα, 22 από τα οποία βρίσκονται στην Αθήνα (WHO Regional Office for Europe, 2017a). Στις περισσότερες μεγάλες πόλεις, η πρόσβαση στα τμήματα επειγόντων διασφαλίζεται όλο το 24ωρο εκ περιτροπής. Ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, αυτά τα τμήματα χαρακτηρίζονται από εκτεταμένο και συνεχή συνωστισμό. Ελλείπει ενός επαρκούς δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας και ενός συστήματος παραπομπής, οι ασθενείς έχουν συνηθίσει να αναζητούν σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας μέσω των τμημάτων επειγόντων. Το γεγονός ότι η οικογενειακή ιατρική θεωρείται χαμηλού κύρους σε συνδυασμό με τα προαναφερθέντα δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας έχουν οδηγήσει στη γενική αντίληψη του πληθυσμού ότι οι ιατροί ειδικοτήτων είναι οι πλέον κατάλληλοι για να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με όλο το φάσμα των προβλημάτων υγείας. Οι περιορισμένες δυνατότητες των κέντρων υγείας επηρεάζουν περαιτέρω την ικανότητά τους να παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες επί τόπου και κατ' επέκταση αυξάνουν τον αριθμό των περιστατικών στα τμήματα επειγόντων μεγαλύτερων νοσοκομείων και επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο τη χρήση των υπηρεσιών των ασθενοφόρων του ΕΚΑΒ. Επίσης, η γενικότερη απουσία συντονισμού ελλείπει ενός εθνικού συστήματος διαλογής, οδηγεί σε αναποτελεσματική χρήση αυτών των υφιστάμενων υποδομών (WHO Regional Office for Europe, 2017a). Παλαιότερες αναλύσεις έχουν δείξει ότι περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων που εμφανίζονται σε τμήματα επειγόντων, θα έπρεπε να έχουν αντιμετωπιστεί σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας (Economidou et al, 2017). Συνολικά, η υπερβολική στήριξη στην επείγουσα φροντίδα υγείας για τους ασθενείς που δεν την έχουν πραγματικά ανάγκη αποτελεί απειλή για την ασφάλεια των ασθενών (π.χ., με την έκθεσή τους σε νοσοκομειακές λοιμώξεις): αυξάνει το βάρος που επωμίζονται οι επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο· επηρεάζει τη συνολική ποιότητα της φροντίδας υγείας (όσον αφορά τόσο τις υπηρεσίες όσο και τις δευτερογενείς επιπτώσεις εντός των νοσοκομείων)· και αποτελεί βασική πηγή αναποτελεσματικότητας του συστήματος.

Το 2016, το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη ξεκίνησε μία πρωτοβουλία σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, η οποία υποστηρίχθηκε από διεθνείς εμπειρογνώμονες στον τομέα των συστημάτων υγείας και της παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας, με στόχο την καταγραφή και την αξιολόγηση του καθεστώτος της επείγουσας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και την καλύτερη κατανόηση του υποβάθρου για την εισαγωγή προσεγγίσεων ολοκληρωμένης ενσωματωμένης φροντίδας στο σύστημα (WHO Regional Office for Europe, 2017a). Το εγχείρημα επιβεβαίωσε παλαιότερα ευρήματα: ένα μεγάλο μέρος των ασθενών στα επείγοντα θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας· και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους χρόνιους ασθενείς που καταλαμβάνουν υπηρεσίες σε τμήματα επειγόντων, είτε λόγω ανεπαρκούς διαχείρισης των παθήσεών τους (που συνήθως αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα) είτε για υπηρεσίες που διαφορετικά θα παρέχονταν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας (π.χ., νέες συνταγογραφήσεις, επανεξετάσεις από ιατρούς). Διαπιστώθηκε ότι δεν πραγματοποιείται συστηματική καταγραφή των ασθενών στα ΤΕΠ, ώστε να καταστεί δυνατή μια ανάλυση του κατά πόσον θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί καλύτερα σε κάποια άλλη υπηρεσία. Παρόλο που τα ΤΕΠ των μεγάλων νοσοκομείων συντάσσουν αναφορές με τον αριθμό των επισκέψεων, τα δεδομένα δεν είναι επαρκώς λεπτομερή για την πληρέστερη κατανόηση της σύνθεσης των ασθενών που λαμβάνουν τις υπηρεσίες (π.χ., δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία) ή των χαρακτηριστικών της φροντίδας που λαμβάνουν (π.χ., χρόνοι αναμονής). Αυτή η έλλειψη πληροφοριών δυσχεραίνει την εκτίμηση των αναγκών και περιορίζει τη δυνατότητα σχεδιασμού, η οποία επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο από την έλλειψη εφαρμογών πληροφορικής, συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών

συστημάτων καταχώρησης σε πολλά τμήματα έκτακτης ανάγκης και την καθυστερημένη εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας των ασθενών. Οι δομές διαχείρισης δεδομένων του ΕΚΑΒ που χρησιμοποιούνται για τον συντονισμό των κλήσεων έκτακτης ανάγκης, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν τη βάση ώστε να επιτευχθούν βελτιώσεις προς αυτήν την κατεύθυνση, με τη μορφή ενός κεντρικού συστήματος αντιμετώπισης επειγόντων καταστάσεων.

Η ομάδα εμπειρογνομόνων της πρωτοβουλίας του ΠΟΥ διατύπωσε κάποιες συστάσεις με βάση το μοντέλο του Hirshon για τη φροντίδα επειγόντων περιστατικών (Σχήμα 7) και τις ομαδοποίησε με βάση πέντε θεματικούς άξονες: (i) καθιέρωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός ωραρίου εργασίας· (ii) επαναπροσδιορισμός των ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης ως εξειδικευμένων υπηρεσιών· (iii) αναδιοργάνωση των νοσοκομείων· (iv) ενίσχυση λογισμικών σύνδεσης και διεπαφών· και (v) δημιουργία δικτύων μάθησης των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ορισμένες πρωτοβουλίες που εμπίπτουν στους δύο πρώτους άξονες έχουν ήδη ξεκινήσει, συμπεριλαμβανομένων κάποιων πιλοτικών προγραμμάτων και ρυθμιστικών μέτρων. Η πρωτοβουλία για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η (καθυστερημένη) πρωτοβουλία για την καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή αναμένεται να συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων που θέτουν οι δύο τελευταίοι άξονες. Προϋπόθεση για πολλές από τις συστάσεις είναι η ανάπτυξη ενός ευδιάκριτου ενιαίου εθνικού συστήματος διαλογής. Παράλληλα με τις προτάσεις του ΠΟΥ, το μοντέλο του ΕΚΑΒ και οι κατευθυντήριες γραμμές του Υπουργείου Υγείας όσον αφορά τη λειτουργία των νοσοκομείων (2010) θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για την ανάπτυξη ενός τέτοιου συστήματος.

Σχήμα 7. Τομείς εντατικής φροντίδας υγείας



Πηγή: Hirshon et al, 2013.

α θεραπεία ατόμων με οξείες χειρουργικές ανάγκες, όπως οι τραυματισμοί με κίνδυνο θανάτου, η οξεία σκωληκοειδίτιδα ή η περισιφιγμένη κήλη με στραγγαλισμό.

β Θεραπεία ατόμων με οξείες ιατρικές και δυνητικά χειρουργικές ανάγκες λόγω κινδύνων που απειλούν τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητά τους, όπως οξεία εμφράγματα του μυοκαρδίου ή οξεία εγκεφαλικά επεισόδια, ή αξιολόγηση ασθενών με κοιλιακό άλγος.

γ Περιπατητική φροντίδα σε δομές εκτός των ΤΕΠ, συνήθως σε μη προγραμματισμένη βάση και χωρίς την ανάγκη ιατρικών ραντεβού. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την εξέταση ενός τραύματος στον αστράγαλο ή την εξέταση παιδιών με πυρετό.

δ Θεραπεία ατόμων με έντονες ανάγκες πριν από την παροχή οριστικής θεραπείας από τους ιατρούς. Παραδείγματα περιλαμβάνουν τη χορήγηση ενδοφλέβιων ορών σε ασθενείς με σοβαρούς τραυματισμούς πριν τη μεταφορά τους στο χειρουργείο.

ε Φροντίδα υγείας που παρέχεται στην κοινότητα έως ότου ο ασθενής φθάσει σε ένα επίσημο κέντρο φροντίδας υγείας, το οποίο θα μπορέσει να προσφέρει οριστική θεραπεία. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την παροχή φροντίδας από το προσωπικό των ασθενοφόρων ή την αξιολόγηση οξέων προβλημάτων υγείας από τοπικούς παρόχους φροντίδας υγείας.

στ Εξειδικευμένη φροντίδα ασθενών των οποίων οι παθήσεις μπορεί να αποβούν θανατηφόρες και απαιτούν ολοκληρωμένη φροντίδα και συνεχή παρακολούθηση, συνήθως σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Παραδείγματα περιλαμβάνουν τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα, τα οποία απαιτούν ενδοτραχειακή διασωλήνωση, και ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικά επεισόδια λόγω εγκεφαλικής ελονοσίας.

Παράλληλα με μια σειρά άλλων συστάσεων για την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ ώστε να διασφαλιστεί ο προοδευτικός χαρακτήρας της παροχής υπηρεσιών και να περιοριστεί η ακατάλληλη απορρόφηση ιατρικών περιπτώσεων από τα τμήματα έκτακτης ανάγκης, η έκθεση υποστηρίζει ότι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας όλο το εικοσιτετράωρο θα έχει ζωτική σημασία για την εξασφάλιση της προοδευτικότητας της περίθαλψης. Επίσης, υποστηρίζει την τοποθέτηση υπηρεσιών επείγοντων περιστατικών εκτός ωραρίου εργασίας στις υπάρχουσες αστικές και αγροτικές μονάδες του εθνικού δικτύου ΠΦΥ. Για να εκπληρώσουν τον ρόλο τους, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών εκτός ωραρίου απαιτούν έναν ελάχιστο διαγνωστικό εξοπλισμό και, ιδανικά, εφαρμογές τηλεϊατρικής για να μπορούν να συνδέονται με τους ιατρούς ειδικοτήτων όταν αυτό απαιτείται. Ένα πιλοτικό πρόγραμμα προς αυτή την κατεύθυνση τέθηκε σε λειτουργία τον Ιούλιο του 2017 στο Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρας στην Αθήνα. Το συγκεκριμένο κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχει υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης όλο το 24ωρο σε ασθενείς της ευρείας ζώνης εμβέλειάς του. Αδημοσίευτα στοιχεία από το κέντρο υγείας παρουσιάζουν ένα υψηλό επίπεδο ζήτησης και υποστηρίζουν την ανάγκη για δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας με διαγνωστικές, εργαστηριακές και θεραπευτικές υπηρεσίες όλο το 24ωρο. Η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών που επισκέφθηκαν το Κέντρο για επείγοντα περιστατικά αντιμετωπίστηκαν σε αυτό το επίπεδο και μόνο ελάχιστοι έπρεπε να παραπεμφθούν σε κάποιο νοσοκομείο. Ωστόσο, το γεγονός ότι οι υπηρεσίες των γενικών ιατρών είναι διαθέσιμες όλο το 24ωρο, αλλά οι εργαστηριακές και ακτινολογικές υπηρεσίες κλείνουν στις 21:00, αποτελεί πρόβλημα για ασθενείς που χρειάζονται διαγνωστικές εξετάσεις από τις 21:00 έως την πρωινή βάρδια. Το πιλοτικό πρόγραμμα δείχνει να λειτουργεί καλά, υποδεικνύοντας ότι αξίζει να εξεταστεί η πιθανή έγκρισή του από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, με στόχο την επέκταση του μοντέλου και τη δημιουργία παρόμοιων δομών και σε άλλες περιοχές της Αθήνας και λοιπές αστικές περιοχές (κέντρα υγείας που είναι διαθέσιμα όλο το 24ωρο υπάρχουν ήδη σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές).

Για να ενισχυθεί η λειτουργία και η κατανόηση των υπηρεσιών επείγοντων ως εξειδικευμένων υπηρεσιών, ο ΠΟΥ συνέστησε τη θέσπιση της επείγουσας ιατρικής ως ειδικότητας που να είναι σύμφωνη με τις προδιαγραφές της ΕΕ. Στο παρόν σύστημα, τα τμήματα επείγοντων περιστατικών είναι στελεχωμένα με ιατρούς ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται εκεί σε βάρδιες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά εισαγωγών στα νοσοκομεία, να μειώνει την εξειδικευμένη φροντίδα για τους ασθενείς που την χρειάζονται και να εμποδίζει την ολοκληρωμένη εξέταση των επείγοντων περιστατικών. Λόγω του μεσοπρόθεσμου χαρακτήρα αυτού του μέτρου, προτάθηκε επίσης μια ενδιάμεση λύση, που περιλαμβάνει την παροχή κατάρτισης από το ΕΚΑΒ σε όλο το



προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή τους λειτουργία μετά τη μεταρρύθμιση. Επίσης, συστήθηκε να δοθεί έμφαση σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τη χρήση των σωστών επιπέδων φροντίδας υγείας και τις σχετικές επιλογές που έχει το κοινό για την είσοδό του στο σύστημα, στην αύξηση της διασύνδεσης μεταξύ των παρόχων σε όλα τα επίπεδα φροντίδας και στην ενίσχυση των συστημάτων διαχείρισης της πληροφορίας για τη διευκόλυνση αυτών των στόχων.

Τον Σεπτέμβριο του 2018 υπογράφηκε μια υπουργική απόφαση που ρυθμίζει τη σύνθεση και τη μετονομασία των ιατρικών ειδικοτήτων, καθορίζοντας παράλληλα τη διάρκεια και το περιεχόμενό τους. Μεταξύ διαφόρων άλλων αλλαγών, εξασφαλίζει ως νέα εξειδίκευση την επείγουσα ιατρική, θέτοντας συγκεκριμένα ως στόχο να καλυφθούν οι ανάγκες της αναδιαρθρωμένης παροχής της επείγουσας φροντίδας.<sup>22</sup> Επίσης, ο ΠΟΥ ενέκρινε την επανεξέταση των απαιτήσεων στελέχωσης για τα τμήματα έκτακτης ανάγκης, εστιάζοντας στην προϋπόθεση της προηγούμενης εμπειρίας στον τομέα της επείγουσας ιατρικής. Η υπουργική απόφαση για την οργάνωση, λειτουργία και στελέχωση των τμημάτων επειγόντων των νοσοκομείων του ΕΣΥ<sup>23</sup> καθιέρωσε ανεξάρτητες ομάδες επειγόντων αποτελούμενες από έναν διευθυντή, δύο ειδικευμένους ιατρούς, καθώς και από ειδικευόμενους. Οι ιατροί που εργάζονται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν επίσης να παρέχουν υπηρεσίες σε αυτά τα τμήματα, προκειμένου να εξασφαλιστούν επαρκή επίπεδα στελέχωσης. Ελλείπει μια θεσμοθετημένη ειδίκευση για την επείγουσα ιατρική, η απόφαση διευκρινίζει ότι οι υποψήφιοι ιατροί (συμπεριλαμβανομένων των γενικών ιατρών) θα πρέπει να προσκομίσουν αποδεικτικά της εμπειρίας τους στην επείγουσα φροντίδα. Η εφαρμογή της απόφασης φαίνεται να προχωράει με αργούς ρυθμούς και ανεπίσημα στοιχεία δείχνουν ότι οι ειδικευμένοι νοσοκομειακοί ιατροί εμφανίζονται σκεπτικοί για την αποτελεσματικότητα των νέων ομάδων, δεδομένης της έλλειψης επαρκούς κατάρτισης στην επείγουσα ιατρική και για τον αντίκτυπο στο επαγγελματικό βάρος που θα επωμιστούν οι ίδιοι.

---

22 Είναι πολύ νωρίς για να αξιολογηθεί η πορεία εφαρμογής αυτής της απόφασης, αλλά είχαν εκφραστεί αντιρρήσεις από την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (ΟΕΝΓΕ).

23 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Αρ. Φύλλου 1907/Τεύχος Β'/1-6-2017.

# 4. Ποιότητα και ασφάλεια της φροντίδας υγείας

Παρά την καθολική αναγνώριση της σπουδαιότητάς της στα συστήματα υγείας, υπάρχουν διάφορες οπτικές στην κατανόηση του όρου «ποιότητα της φροντίδας υγείας» και του περιεχομένου της. Οι ορισμοί της έννοιας ποικίλλουν ανά επαγγελματικό κλάδο, επίπεδο ανάλυσης και το συγκεκριμένο πλαίσιο για το οποίο αναπτύχθηκαν, ενώ εξελίσσονται παράλληλα με τη γενική θεώρηση για τα συστήματα υγείας και το κυρίαρχο παράδειγμα της βέλτιστης πρακτικής. Το 2015, το πλαίσιο του ΠΟΥ για την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας όρισε την φροντίδα υγείας υψηλής ποιότητας ως αυτή που είναι «ασφαλής, αποτελεσματική, ανθρωποκεντρική, έγκαιρη, αποδοτική, ισότιμη και ολοκληρωμένη» (WHO, 2015).

## 4.1 Συντονισμός των υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Η τρέχουσα κατανόηση του τι συνιστά υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας περιλαμβάνει τη διάσταση της ολοκλήρωσης. Δεν υπάρχει ένας ενιαίος, καθολικά αποδεκτός ορισμός της ολοκληρωμένης φροντίδας στη διεθνή βιβλιογραφία (WHO Regional Office for Europe, 2016). Σε ένα πρώιμο κείμενο θέσεων σχετικά με το τι συνεπάγεται η συγκεκριμένη ιδέα, ο ΠΟΥ όρισε την ολοκληρωμένη φροντίδα ως:

[...] μία έννοια η οποία περιλαμβάνει τις εισροές, την παροχή, τη διαχείριση και την οργάνωση των υπηρεσιών που σχετίζονται με τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας. Η ολοκλήρωση είναι ένα μέσο για τη βελτίωση των υπηρεσιών σε σχέση με την πρόσβαση, την ποιότητα, την ικανοποίηση των χρηστών και την αποδοτικότητα (Gröne & Garcia-Barbero, 2001).

Ενώ ο οριζόντιος συντονισμός αναφέρεται σε στρατηγικές οι οποίες συνδέουν παρόμοια επίπεδα φροντίδας της υγείας (π.χ., υπέρβαση επαγγελματικών και τομεακών ορίων) και ο κάθετος συντονισμός αναφέρεται σε διαφορετικά επίπεδα φροντίδας (π.χ., πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), η ολοκληρωμένη φροντίδα λαμβάνει υπόψη την εμπειρία του ασθενούς (συνέχεια) και περιλαμβάνει τεχνολογικές, διοικητικές και οικονομικές πτυχές της παροχής υπηρεσιών (SCUC, 2017b).

Η ολοκληρωμένη φροντίδα αποτελεί ρητό στόχο της ελληνικής κυβέρνησης, αλλά τα θεμέλια για την επίτευξή της βρίσκονται ακόμα υπό υλοποίηση. Ιστορικά, το ελληνικό σύστημα έχει επιδείξει αδύναμο συντονισμό: το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως και οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση, στη συνέχεια της φροντίδας που τους παρέχεται και στον συντονισμό, καθώς και στην πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επί του παρόντος, δεν υπάρχει μηχανισμός παραπομπών και η διαχείριση ασθενειών είναι συνολικά αδύναμη,



με επιπτώσεις τόσο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και στην αποδοτικότητα (π.χ., επανάληψη διαγνωστικών εξετάσεων, βλ. Ενότητες 4.3 και 4.4) (Economidou et al., 2017). Πρόσφατες εργασίες σχετικά με τον βαθμό ολοκλήρωσης των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας βρήκαν ότι η αντιστοιχία του συστήματος με τις βέλτιστες πρακτικές είναι κάτω του μέσου όρου και επιβεβαίωσαν τα στοιχεία που υποδήλωναν κατακερματισμό και χαμηλή αποδοτικότητα, ιδίως κατά την αξιολόγηση των υφιστάμενων διαδρομών φροντίδας των ασθενών (Sifaki-Pistolla et al., 2017).

Δημοσιευμένες τον Ιανουάριο του 2016, οι σχετικές υπουργικές αποφάσεις για την τομεοποίηση όρισαν τις περιοχές και τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ παράλληλα έθεσαν τα θεμέλια για τις νέες οργανωτικές μονάδες σε ολόκληρη τη χώρα. Επιπλέον, ο νέος νόμος σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα (βλ. Ενότητα 3.1) δίνει έμφαση σε τρία βασικά σημεία ορθής πρακτικής όσον αφορά τον συντονισμό: (i) την καθιέρωση διεπιστημονικών ομάδων σε τοπικό επίπεδο· (ii) την εισαγωγή ενός συστήματος παραπομπών· και (iii) τη διαχείριση και επεξεργασία πληροφοριών μέσω της χρήσης του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενή. Οι ιατροί στην ομάδα ΠΦΥ προορίζονται να ενεργούν ως συντονιστές της παρεχόμενης φροντίδας, εξασφαλίζοντας έτσι τη συνέχεια στη φροντίδα και επιτρέποντας τη διαχείριση των κοινών προβλημάτων υγείας στο κατάλληλο επίπεδο (τοπικά).

Τον Απρίλιο του 2018 εκδόθηκε μια υπουργική απόφαση σχετικά με την καθιέρωση και εφαρμογή του συστήματος παραπομπών, η οποία αφορά την πρόσβαση σε κέντρα υγείας, δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και σε παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΠΥ. Η απόφαση ορίζει λεπτομερώς το σύστημα των παραπομπών, το διάστημα ισχύος τους, καθώς και το περιεχόμενό τους· η απόφαση τροποποιήθηκε τον Ιούνιο του 2018 (Υπουργείο Υγείας, 2018α & 2018β). Ωστόσο, η οριστικοποίηση και εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή στην καλύτερη περίπτωση μπορούν να χαρακτηριστούν ως αργές (European Commission, 2017), παρότι είναι καίριες για την επιτυχία του νέου δικτύου της ΠΦΥ. Η αποτελεσματικότητα αυτών των μέτρων για τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας θα πρέπει να αξιολογηθεί, όσο προχωράει η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πράγματι, είναι σημαντικό να δημιουργηθούν και να διατηρηθούν ενεργοί οι μηχανισμοί παρακολούθησης, για να διασφαλιστεί ότι οι μεταρρυθμιστικοί στόχοι θα επιτευχθούν.

Εκτός από τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, μια μελέτη εμπειρογνομόνων που ανέθεσε το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, πρότεινε μια στρατηγική για την ενθάρρυνση τοπικών πιλοτικών προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας με βάση τη βέλτιστη διεθνή πρακτική. Αναγνωρίζοντας ότι οι περιορισμοί των πόρων θα υπαγορεύσουν ένα διευρυμένο χρονοδιάγραμμα εφαρμογής, η έκθεση τονίζει ότι, μεταξύ άλλων, η επένδυση στην ολοκληρωμένη φροντίδα θα συνέβαλε μακροπρόθεσμα στην ανακούφιση των επίμονων πιέσεων που αντιμετωπίζει η παροχή επείγουσας φροντίδας. Τέλος, η έκθεση υπογραμμίζει ότι η ανάπτυξη των δυνατοτήτων σε τοπικό επίπεδο θα επιτρέψει την ταχύτερη και πιο ευέλικτη ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών (SCUC, 2017b).

## 4.2 Ποιότητα και ασφάλεια της νοσοκομειακής φροντίδας

Παραδοσιακά, οι Έλληνες ασθενείς δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν, ανεξαρτήτως του επιπέδου φροντίδας. Το Ευρωβαρόμετρο του 2014 έδειξε ότι μόνο το 26% των ερωτώμενων αποτίμησε την ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας ως «καλή», ενώ το 73% πίστευε ότι ήταν χειρότερη από ό,τι σε άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Με το 78% να πιστεύει ότι η υγεία των ασθενών θα μπορούσε να επιδεινωθεί όσο δέχονταν νοσοκομειακή φροντίδα, η Ελλάδα κατέλαβε την προτελευταία θέση στην Ευρώπη των 28. Ελλείπει μιας εθνικής υποδομής διαχείρισης της ποιότητας και συστηματικά χρησιμοποιούμενων δεικτών που παρακολουθούν τη νοσοκομειακή απόδοση (ή την απόδοση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας), τυποποιημένοι δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας (π.χ., ποσοστά θνησιμότητας σε περιπτώσεις οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου), δεν είναι διαθέσιμοι για την Ελλάδα. Το 2010 ζητήθηκε από κάθε δημόσιο νοσοκομείο της Ελλάδας με δυναμικότητα άνω των 400 κλινών να ορίσει μια επιτροπή ποιότητας, ώστε να υιοθετηθούν κριτήρια συγκριτικής αξιολόγησης και διαδικασίες πιστοποίησης<sup>24</sup>, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Ωστόσο, δεν υπάρχει ενιαία βάση δεδομένων ή δημόσιο πλαίσιο υποβολής αναφορών που θα καταστήσει δυνατή την παρακολούθηση και τη διαμόρφωση τεκμηριωμένων πολιτικών (Economou et al., 2017).

Παρά την έλλειψη εθνικής πολιτικής και στρατηγικής για την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αλλά και την απουσία συστηματικής εφαρμογής προγραμμάτων ποιοτικής διασφάλισης, τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι προσπάθειες για την βελτίωση της ποιότητας μέσα από ρυθμιστικές δομές και διαδικασίες οι οποίες μάλιστα δεν περιορίζονται μόνο σε νοσοκομειακό επίπεδο. Το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με επαγγελματικές ενώσεις, έχει εντείνει υπό την καθοδήγηση του ΚΕΣΥ τις προσπάθειες για ανάπτυξη και διάδοση των κατευθυντήριων γραμμών βέλτιστης κλινικής πρακτικής (π.χ., για σοβαρές χρόνιες παθήσεις). Νοσηλευτικά πρωτόκολλα, σχετικά κυρίως με την πρωτοβάθμια φροντίδα, έχουν αναπτυχθεί από τα τμήματα νοσηλευτικής ελληνικών πανεπιστημίων σε συνεργασία με τις ΥΠΕ. Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο αν αυτές οι προσπάθειες έχουν επιφέρει αλλαγές στα επίπεδα ευαισθητοποίησης και χρήσης των κατευθυντήριων γραμμών και πρωτοκόλλων – τα οποία είχαν προηγουμένως καταγραφεί ως χαμηλά. Τέλος, το Εθνικό Σύστημα Υποδομών Ποιότητας (ΕΣΥΠ), ένα ΝΠΙΔ που ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και για τη διαπίστευση και την πιστοποίηση των ιατρικών εγκαταστάσεων. Το Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ) είναι υπεύθυνο για την πιστοποίηση, τον ποιοτικό έλεγχο και την έρευνα στον τομέα των ιατροτεχνολογικών προϊόντων (Economou et al., 2017).

Μερικοί ακόμα τομείς προτεραιότητας θα μπορούσαν να εξεταστούν περαιτέρω. Ένας τομέας που εγείρει αυξανόμενη ανησυχία είναι η συχνότητα των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων: σύμφωνα με έρευνες, οι δείκτες των λοιμώξεων που συνδέονται με τον ιατρικό εξοπλισμό στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι υψηλοί, ενώ μεγάλες είναι και οι διαφορές στον συνολικό αριθμό

24 Η διαπίστευση, η πιστοποίηση και η επίβλεψη είναι στρατηγικές ποιότητας που στόχο έχουν να προωθήσουν τη συμβατότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης με τα δημοσιευμένα πρότυπα, μέσω εξωτερικής αξιολόγησης. Η διαπίστευση αντανakλά μια συστηματική, πολυεπιστημονική αξιολόγηση των νοσοκομείων από ομότιμους ειδικούς με βάση τα δημοσιευμένα πρότυπα· η πιστοποίηση σχετίζεται συνήθως με τα πρότυπα του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (ISO).

των λοιμώξεων ανά νοσοκομείο. Η ασφάλεια των ασθενών είναι άλλος ένας τομέας που απαιτεί συντονισμένη δράση. Η Ελλάδα δεν διαθέτει σε εθνικό επίπεδο κάποια κεντρική αρχή στην οποία καταγράφονται τα ιατρικά λάθη ενώ οι ad hoc εκθέσεις ταυτοποιούν ένα μικρό μόνο αριθμό ανεπιθύμητων συμβάντων. Οι εισηγήσεις για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος περιλαμβάνουν από εφαρμογή υποχρεωτικών αναφορών εθνικής εμβέλειας, με επακόλουθη δημοσιοποίηση των στοιχείων, μέχρι σύνταξη αναφορών εθελοντικού χαρακτήρα και εγχειρήματα διασφάλισης ποιότητας τα οποία θα προφυλάσσουν το απόρρητο των δεδομένων που σχετίζονται με σφάλματα.

Οι τοκετοί με καισαρική τομή είναι ένα ακόμα πεδίο όπου έχει επισημανθεί η ανάγκη για δράση, στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας. Στην Ελλάδα, περίπου μία στις δύο γεννήσεις πραγματοποιείται με καισαρική τομή – μία από τις μεγαλύτερες συχνότητες στην Ευρώπη. Η υπερβολική εξάρτηση από τις καισαρικές τομές ενδέχεται να έχει αρνητικές συνέπειες στην ασφάλεια του ασθενούς, την ποιότητα της φροντίδας, την οικονομική προστασία των νοικοκυριών και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Το 2016, το Υπουργείο Υγείας δεσμεύτηκε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και ξεκίνησε διαβουλεύσεις με ειδικούς, συμπεριλαμβανομένης μιας διεθνούς διεπιστημονικής ομάδας (SCUC, 2016a). Παρόλο που υπηρεσίες μαιευτικής και γυναικολογίας παρέχονται σε περισσότερα δημόσια νοσοκομεία από ό,τι σε αναγνωρισμένους ιδιωτικούς φορείς, μόνο ένα δημόσιο νοσοκομείο βρίσκεται στους δέκα κορυφαίους (από πλευράς όγκου τοκετών) παρόχους περίθαλψης, ενώ στην πρώτη πεντάδα δεν βρίσκεται κανένα. Ειδικό στη μαιευτική και τη γυναικολογία που προέρχονταν από δημόσια νοσοκομεία, ανέφεραν ότι, λόγω της έλλειψης αναισθησιολόγων, μόνο το 30% των φυσιολογικών τοκετών πραγματοποιήθηκαν με επισκληρίδιο αναισθησία, τη στιγμή που οι ιδιώτες πάροχοι διαθέτουν ειδικές ομάδες αναισθησιολόγων. Επίσης, οι υψηλές άτυπες πληρωμές για υπηρεσίες μαιευτικής στα δημόσια νοσοκομεία ακυρώνουν τα οικονομικού χαρακτήρα κίνητρα των ασθενών για την επιλογή του δημόσιου συστήματος.

Με δεδομένους τους μηχανισμούς πληρωμής κατά πράξη και περίπτωση και των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, οι καισαρικές τομές παρέχουν, κατ' αντιστοιχία, κίνητρα για τους επαγγελματίες υγείας, τους παρόχους υπηρεσιών αλλά και τους αγοραστές. Για παράδειγμα, ο ΕΟΠΥΥ προσφέρει ένα οικονομικό κίνητρο για την προώθηση συμβάσεων με ιδιωτικούς φορείς, καθώς κοστίζουν λιγότερο για τον ΕΟΠΥΥ από ό,τι οι δημόσιοι φορείς. Τόσο οι ιατροί όσο και οι ασθενείς παρακινούνται επιπλέον και από κίνητρα ευκολίας: οι σχεδιασμένοι (προγραμματισμένοι) τοκετοί είναι πολύ διαδεδομένοι, καθώς συμβαδίζουν με την οργάνωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης (οι περισσότεροι μαιευτήρες και γυναικολόγοι εργάζονται ιδιωτικά) και διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς θα έχουν τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένου χώρου τοκετού (κάτι που η εκ περιτροπής εφημερία των μεγάλων νοσοκομείων δεν εγγυώνται). Τέλος, οι ιατροί που παραχώρησαν συνεντεύξεις στο πλαίσιο των συναντήσεων με τους εμπειρογνώμονες της διεπιστημονικής αποστολής του ΠΟΥ εξήγησαν ότι αυτοί οι τόσο υψηλοί δείκτες θα μπορούσαν εν πολλοίς να αποδοθούν στην αμυντική ιατρική και στην επιθυμία των επαγγελματιών να αποφύγουν τις δύσκολες επιπλοκές των φυσιολογικών τοκετών. Με βάση τις απαντήσεις αυτές, η κατάσταση όπως περιγράφηκε παραπάνω, έμοιαζε να είναι αποδεκτή τόσο από τους παρόχους υπηρεσιών όσο και από τους ασθενείς.

Η αποστολή συνεργασίας του ΠΟΥ παρουσίασε μερικές προκαταρκτικές προτάσεις πολιτικών, οι οποίες ελήφθησαν υπόψη από το Υπουργείο Υγείας. Περιλαμβάνουν την αδειοδότηση μαιευτικών

μονάδων σε διαφορετικά επίπεδα περίθαλψης· την θέσπιση τεκμηριωμένων και εγκεκριμένων σε εθνικό επίπεδο κατευθυντηρίων γραμμών και πρωτοκόλλων για τον τοκετό· τη διασφάλιση ότι τόσο οι πάροχοι υπηρεσιών όσο και το κοινό έχουν καταρτιστεί σχετικά με τους φυσιολογικούς και τους επεμβατικούς τοκετούς· την προώθηση της ΠΦΥ –συμπεριλαμβανομένου του ρόλου των οικογενειακών ιατρών, των νοσηλευτών και των μαιών στην προγεννητική και τη μεταγεννητική φροντίδα· την ενίσχυση του ρόλου των μαιών· τον καθορισμό των δεδομένων που πρέπει να συγκεντρώνονται προς παρακολούθηση και τον προσδιορισμό των διαδικασιών της δημόσιας αναφοράς τους· την εισαγωγή πρωτοκόλλων και μηχανισμών παρακολούθησης σε επίπεδο μονάδας υγείας, σύμφωνα με τα πρότυπα του ΠΟΥ· την προστασία των ασθενών από τη διαφθορά και την εξαπάτηση (κυρίως από τις άτυπες πληρωμές)· τον ορισμό ενός κοινού πλαισίου συμβάσεων για δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία που θα στοχεύει στη μείωση των καισαρικών τομών· και τον σχεδιασμό ενός γενικού τιμολογίου τοκετού το οποίο θα εξασφαλίζει ένα ελάχιστο πακέτο υπηρεσιών. Η σύσταση περί ενίσχυσης του ρόλου των μαιών έχει ήδη κωδικοποιηθεί στον νέο νόμο για την ΠΦΥ (άρθρο 12 για την μαιευτική περίθαλψη στην ΠΦΥ). Οι δράσεις του SCUC ως προς αυτόν τον τομέα έχουν επιταχύνει σημαντικά τις διαδικασίες για την επίσημη έγκριση από το ΚΕΣΥ των εθνικών κατευθυντήριων γραμμών ορθής κλινικής πρακτικής και της συγκατάθεσης του ασθενούς, στη μαιευτική και τη γυναικολογία. Μια μελέτη παρακολούθησης σύγκρινε τα δεδομένα του ΕΟΠΥΥ πριν (2016) και μετά (2017) από τη διακίνηση των ανωτέρω προτάσεων και από τις σχετικές συζητήσεις στο κοινοβούλιο. Διαπιστώθηκαν προσωρινά οριακές διαφορές στους δείκτες φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών. Η μελέτη συμπέρανε ότι θα είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν μόνιμες και σημαντικές μειώσεις στον αριθμό των καισαρικών τομών χωρίς θεμελιώδεις αλλαγές στις συμβάσεις και στην οργάνωση των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας και χωρίς εκπαίδευση και κατάρτιση των παρόχων υπηρεσιών και των εγκύων (SCUC, 2018a).

## 4.3 Χρήση των διαγνωστικών εξετάσεων

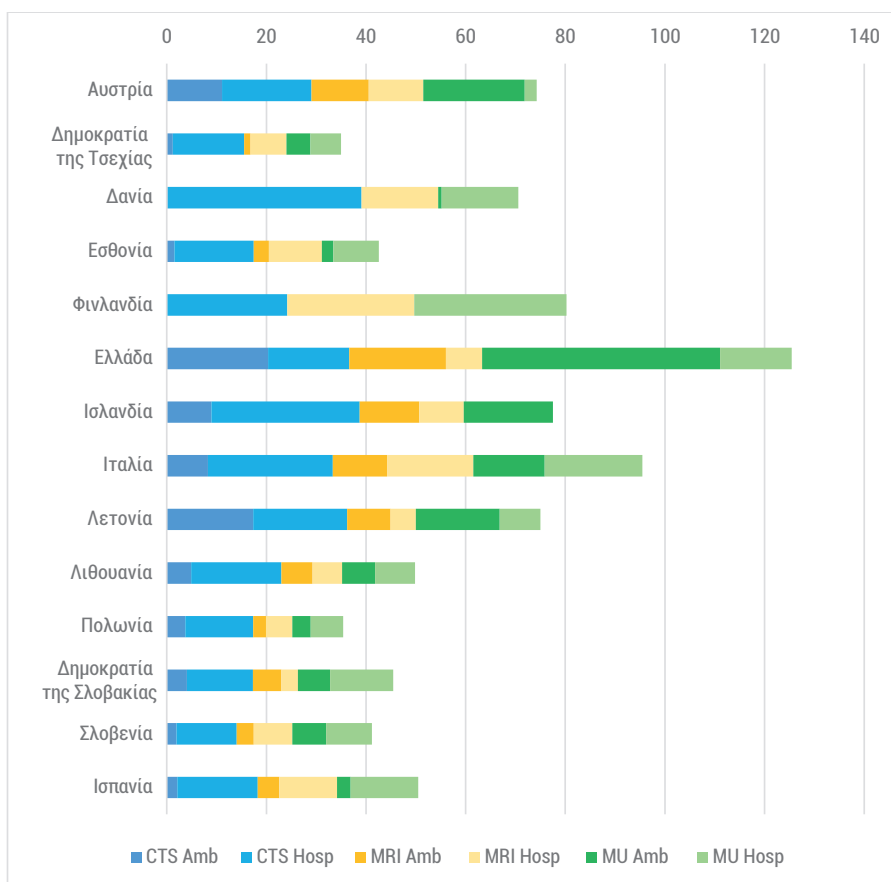
Παραδοσιακά, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει αντιμετωπίσει προβλήματα όσον αφορά την ορθολογική χρήση των τεχνολογιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων συγκεκριμένων φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού. Το ζήτημα αφορά επίσης την απόκτηση και κατανομή του υψηλής αξίας κεφαλαιουχικού εξοπλισμού για προηγμένες διαγνωστικές υπηρεσίες. Το παραπάνω συνιστά πρόβλημα ως προς τις υψηλές δαπάνες και τη σπατάλη, αλλά και στο πλαίσιο της ασφάλειας των ασθενών. Οι οικονομικοί στόχοι που προσδιορίστηκαν από τα ΠΟΠ έχουν περιορίσει τις δημόσιες δαπάνες για διαγνωστικές εξετάσεις σε 302 εκατ. ευρώ ετησίως μέχρι το 2018. Πρόσφατες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έχουν επιχειρήσει να αντιμετωπίσουν το ζήτημα.

Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η διαθεσιμότητα του κεφαλαιουχικού εξοπλισμού υψηλής αξίας έχει αυξηθεί για την πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες της ΕΕ με τον μεγαλύτερο αριθμό αξονικών τομογράφων (CT) και μαγνητικών τομογράφων (MRI) (36,6 και 26,6 αντίστοιχα ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2016· βλέπε και Σχήμα 8) (WHO Regional Office for Europe, 2017b) . Το μεγαλύτερο μέρος αυτού του εξοπλισμού ανήκει σε ιδιωτικούς παρόχους περιπατητικής φροντίδας και συγκεντρώνεται σε αστικές περιοχές. Πράγματι, για ορισμένες κωμοπόλεις και νησιωτικές περιοχές, ο ιδιωτικός τομέας είναι ο μοναδικός πάροχος σχετικών υπηρεσιών. Είναι σημαντικό εδώ να σημειωθεί ότι, από τη νομοθεσία του 2016 κι έπειτα, οι ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση στους δημόσιους παρόχους, αλλά όχι στους ιδιωτικούς που είναι

συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, όπως λ.χ. τα εργαστήρια διαγνωστικής απεικόνισης. Με δεδομένη την κατανομή της προηγμένης διαγνωστικής τεχνολογίας που αναλύθηκε προηγουμένως, τα εμπόδια αναφορικά με την ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παραμένουν (βλ. Ενότητα 2.3).

Η επένδυση σε τέτοιου τύπου προηγμένο εξοπλισμό διαγνωστικής απεικόνισης δεν έχει προκύψει από συντονισμένες και τεκμηριωμένες απόπειρες σχεδιασμού. Το 2010 εισήχθησαν δημογραφικά κριτήρια που καταργήθηκαν ξανά το 2013. Στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας SCUC (βλ. Εισαγωγή), ανατέθηκε η εκπόνηση μιας μελέτης υποβάθρου, με σκοπό την καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης, ενσωματώνοντας και συγκριτικά δεδομένα από άλλες χώρες και τη διατύπωση προτάσεων για μελλοντικό σχεδιασμό και αγορά σχετικού εξοπλισμού (WHO Regional Office for Europe, 2017b). Η μελέτη αναγνώρισε τη σπουδαιότητα των τεκμηριωμένων αποφάσεων για τον σχεδιασμό, την απόκτηση και τη διαχείριση προηγμένου διαγνωστικού εξοπλισμού από τον δημόσιο τομέα. Συστήνει τη διεξαγωγή ενός στρατηγικού σχεδιασμού που να βασίζεται σε αξιολογήσεις των αναγκών για ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, με γνώμονα τις οδηγίες που εξέδωσε ο ΠΟΥ (WHO, 2011), αλλά και την ευρεία συμμετοχή των ενδιαφερόμενων εμπλεκόμενων φορέων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι οδηγίες περιλαμβάνουν στοιχεία που καλύπτουν βασικές πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας, τη διαθεσιμότητα και τους πόρους (ανθρώπινους και οικονομικούς) που απαιτούνται για την υλοποίηση. Η έκθεση προτείνει επίσης ότι οι λειτουργικές και τεχνικές προδιαγραφές –καθώς και οι όροι και οι προϋποθέσεις της εγγύησης, της συντήρησης και της κατάρτισης των χρηστών– θα πρέπει να ελέγχονται σε κεντρικό επίπεδο, ώστε να διασφαλιστεί το βέλτιστο αποτέλεσμα όσον αφορά την ποιότητα και το κόστος. Τονίζεται επίσης ότι ο σχεδιασμός και η διαχείριση στρατηγικών επενδύσεων, συμπεριλαμβανομένης της απόκτησης του εξοπλισμού, της κατανομής του, της απόδοσής του, των διαδικασιών συντήρησης και της ασφάλειας, είναι υψίστης σημασίας και χρήζουν αναδιοργάνωσης.

Σχήμα 8. Αριθμός αξονικών τομογράφων, μαγνητικών τομογράφων και μονάδων μαστογράφου ανά εκατομμύριο πληθυσμού στην Ελλάδα και σε επιλεγμένες Ευρωπαϊκές χώρες, 2016 (ή το τελευταίο έτος με διαθέσιμα στοιχεία)



Πηγή: OECD, 2018.

Επιπλέον, καμιά πολιτική δεν μπορεί να υλοποιηθεί και να παρακολουθηθεί χωρίς τα κατάλληλα συστήματα δεδομένων. Στον τομέα του κεφαλαιουχικού εξοπλισμού υψηλής αξίας, δεν υπάρχουν κεντρικά διαθέσιμες πληροφορίες για τη συντήρηση, την ηλικία και την πραγματική χρήση του. Παρόλο που μια σειρά διαφόρων πηγών –όπως το ΕΚΑΠΤΥ, η Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ) και μερικές επαγγελματικές ενώσεις- συλλέγουν και παρουσιάζουν σχετικά δεδομένα σε διεθνείς πηγές, η δράση τους αυτή είχε αναπτυχθεί για άλλους συγκεκριμένους σκοπούς και όχι για να παρέχει μια διεξοδική, κεντρική επισκόπηση του εξοπλισμού που έχει εγκατασταθεί στην Ελλάδα. Τέλος, η τρέχουσα προσέγγιση του ΕΟΠΥΥ<sup>25</sup> ως προς του ύψος των αποζημιώσεων, δεν περιλαμβάνει κάποια διάκριση ανάλογα με την τεχνολογική κατάσταση του διαγνωστικού εξοπλισμού. Το παραπάνω ενθαρρύνει την παγιωμένη πρακτική της χρήσης απαρχαιωμένων και όχι πάντοτε καλά συντηρημένων τεχνολογιών, που συχνά εισάγονται από άλλες χώρες σε χαμηλότερη τιμή. Αυτό, σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκών και συνεχών ποιοτικών ελέγχων της ηλικίας και

25 Τα δεδομένα του ΕΟΠΥΥ αποτυπώνουν ένα μέρος μόνο των εξετάσεων που έγιναν και αφορούν όσες ο ίδιος αποζημίωσε. Εκείνες που καλύφθηκαν απευθείας από τους ασθενείς ή από την ιδιωτική τους ασφάλιση, παραμένουν άγνωστες.



του επιπέδου συντήρησης του διαγνωστικού εξοπλισμού, θέτει σε περαιτέρω κίνδυνο την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών (WHO Regional Office for Europe, 2017b) .

Όσον αφορά τη χρήση του εξοπλισμού, ο αριθμός των προηγμένων απεικονιστικών εξετάσεων μειώθηκε σημαντικά μεταξύ του 2008 και του 2013, αλλά έκτοτε παρέμεινε σχετικά αμετάβλητος και σταθερά υψηλός σε σύγκριση με διεθνή δεδομένα (SCUC, 2016b). Τα δεδομένα του ΕΟΠΥΥ δείχνουν ότι οι διαγνωστικές εξετάσεις χρησιμοποιούνται υπερβολικά σε μερικές περιοχές αλλά ελλιπώς σε κάποιες άλλες, ακόμα και όταν η σχετική τεχνολογία είναι διαθέσιμη (SCUC, 2017c). Πριν από την κρίση, διάφοροι παράγοντες συντελούσαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα αποδοτικότητας και υψηλή σπατάλη όσον αφορά τη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων: η κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στην παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών· ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών φορέων με αποτέλεσμα τον περιορισμό της διαπραγματευτικής ισχύος τους (που μαζί οδηγούν σε υψηλές και παρωχημένες τιμές μονάδας για διαγνωστικές εξετάσεις)· οι ανεπεξέργαστοι μηχανισμοί πληρωμών (π.χ., αμοιβές κατά πράξη και περίπτωση ιατρών συμβεβλημένων με ασφαλιστικά ταμεία)· καθώς και η έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και παρακολούθησης της συνταγογράφησης. Αυτό δημιούργησε μια δομή κινήτρων σαφώς ενθαρρυντική ως προς την υπερβολική κατανάλωση σχετικών υπηρεσιών. (European Commission, 2017) . Επιπλέον, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας, αύξησε περαιτέρω τις επαναλήψεις των διαγνωστικών εξετάσεων και των φαρμακευτικών συνταγών.

Ένα σύνολο μέτρων που στοχεύει στον περιορισμό της υπερσυνταγογράφησης και την ενθάρρυνση της ορθολογικής χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων εισήχθη στο πλαίσιο του ελληνικού ΠΟΠ και με σκοπό την επίτευξη των δημοσιονομικών του στόχων:

- Το 2010 εισήχθη ένα εθνικό σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που στόχο έχει την παρακολούθηση της φαρμακευτικής κατανάλωσης και των παραπομπών για κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις (νόμος 3892/2010).<sup>26</sup> Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καλύπτει πάνω από το 98% της επικράτειας. Πρόσφατες αναλύσεις καταδεικνύουν τη χρησιμότητα του συστήματος παρακολούθησης στη μελλοντική εφαρμογή τεκμηριωμένων πολιτικών.
- Το 2013 εισήχθη ένας μηχανισμός αυτόματων επιστροφών δαπανών (clawback) που στόχο έχει να επανακτήσει από συμβεβλημένους ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών, όπως τα διαγνωστικά κέντρα, όσες δαπάνες του ΕΟΠΥΥ ξεπέρασαν τα προκαθορισμένα ανώτατα όρια.
- Το 2014 επιβλήθηκαν σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ μηνιαία ανώτατα όρια διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, καθώς και περιορισμοί στον αριθμό επισκέψεων και δαπανών για συνταγογραφούμενες υπηρεσίες (προσαρμοσμένοι με γνώμονα την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών, την περιοχή και το μήνα του έτους). Η παρακολούθηση του μέτρου είναι απαραίτητη προκειμένου να αξιολογηθεί το πώς επηρέασε την πρόσβαση στην κρατικά χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη και κυρίως επειδή όπως αποδεικνύεται, εγκαίνιασε ένα νέο είδος άτυπων πληρωμών (βλέπε και Ενότητα 2.3).

- Μεταξύ του 2013 και του 2015 ο ΕΟΠΥΥ έλαβε μια σειρά πρωτοβουλιών για τη μείωση των δαπανών για διαγνωστικές υπηρεσίες. Οι πρωτοβουλίες αυτές περιλαμβάνουν: την αναθεώρηση τιμών για έναν αριθμό εξετάσεων και ιατρικών πράξεων, και τη θέσπιση επιπλέον εκπτώσεων με βάση μια αναλογική κλίμακα· την αφαίρεση από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης κωδικών για συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν επισημανθεί για την πιθανότητα επανάληψης, είναι ξεπερασμένες ή δεν τιμολογούνται ξεχωριστά· την υιοθέτηση –σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και έπειτα από διαβούλευση με επαγγελματικές ενώσεις- τριάντα διαγνωστικών πρωτοκόλλων, προκειμένου να διασφαλιστούν οι κατάλληλες και βασισμένες σε ενδείξεις αποζημιώσεις διαγνωστικών εξετάσεων και ιατρικών πράξεων· και την αντιστοίχιση του δικαιώματος παραπομπής για διαγνωστικές εξετάσεις με την ιατρική ειδικότητα (οι τελευταίες διατάξεις αναθεωρήθηκαν το 2016 και ξανά το 2018) (ΕΟΠΥΥ, 2015).
- Τον Δεκέμβριο του 2015, μια υπουργική απόφαση καθιέρωσε μείωση τιμών σε όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις (43% για τις 51 εξετάσεις με την υψηλότερη συνεισφορά σε δαπάνες· 9% για όλες τις υπόλοιπες εργαστηριακές εξετάσεις), στις μαγνητικές τομογραφίες (18%) και στις εξετάσεις PET (10%). Το δελτίο τύπου που ανακοίνωνε την απόφαση, αναφέρει τη στρατηγική δέσμευση της κυβέρνησης για την ενίσχυση των διαγνωστικών δυνατοτήτων της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης και των δομών της (Υπουργείο Υγείας, 2015). Το παραπάνω αντανάκλαται στην καθιέρωση Κεντρικού Εργαστηρίου από την πρώτη ΥΠΕ το 2016 με σκοπό να εξυπηρετήσει όλες τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας της δικαιοδοσίας της, χωρίς οικονομική επιβάρυνση των ασθενών.<sup>27</sup>
- Το 2016 μια υπουργική απόφαση για τη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων καθιέρωσε ανώτατα όρια σε συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις και υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις για κάθε ιατρική ειδικότητα, συνδυασμένα με προειδοποιητικούς μηχανισμούς από τον ΕΟΠΥΥ για τις περιπτώσεις που αυτά τα όρια υπερβαίνονται.

Οι καταγεγραμμένες επιτυχίες των μέτρων που υπογραμμίστηκαν ανωτέρω, αποδίδονται κυρίως στις μειώσεις των τιμών παρά στη σημαντική πρόοδο ως προς τον περιορισμό του όγκου των εξετάσεων (SCUC, 2016b) . Παρά ορισμένα ενθαρρυντικά πρώτα βήματα προς την υλοποίηση πρωτοκόλλων συνταγογράφησης, η συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων εξακολουθεί να μην βασίζεται σε κατευθυντήριες γραμμές ορθής κλινικής πρακτικής και σε βέλτιστες πρακτικές. Εκτός από τον κίνδυνο που συνιστούν για την ασφάλεια των ασθενών, οι περιττές εξετάσεις όχι μόνο αποτελούν οικονομική επιβάρυνση για το δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά δύνανται να επηρεάσουν και την οικονομική προστασία: οι εξετάσεις προϋποθέτουν ένα 15% συμμετοχής όταν διεξάγονται από ιδιωτικούς φορείς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ στα μη συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα καλύπτονται πλήρως από άμεσες πληρωμές των ασθενών. Όπως έχει ήδη επισημανθεί, τα ζητήματα προσβασιμότητας παραμένουν καθώς τα ανασφάλιστα άτομα έχουν πρόσβαση σε φορείς του ΕΣΥ, αλλά όχι σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα που είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Τέλος, οι ανισότητες ενδέχεται να επιδεινωθούν περαιτέρω, μέσω της πρακτικής που παρατηρείται σε

27 Με δεδομένη τη φύση των συμμετοχών των ασθενών στο κόστος (ποσοστιαίο μερίδιο επί της τιμής), οι περικοπές των τιμών αναλογούν σε μείωση της επιβάρυνσης των ασθενών (και αύξηση της επιβάρυνσης των παρόχων, ειδικά των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων). Οι επιπρόσθετες συμμετοχές που είχαν επιβληθεί στις προηγμένες ιατρικές απεικονίσεις καταργήθηκαν το 2015.

συγκεκριμένα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία καθιστούν τις υπηρεσίες τους άμεσα διαθέσιμες σε όσους πληρώνουν άμεσα, αλλά ευνοούν τους μεγάλους χρόνους αναμονής για τις υπηρεσίες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, πιθανώς σαν μια απόπειρα να μετριαστούν τα αποτελέσματα της αυτόματης οριζόντιας περικοπής υπερβάσεων στις δαπάνες (clawback).

## 4.4 Χρήση φαρμάκων στο πλαίσιο του περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης

Το ΠΟΠ αντιμετώπισε την παροχή των φαρμακευτικών προϊόντων και τις συνδεόμενες δαπάνες ως τομείς που έρχονταν σημαντικών αλλαγών, προκειμένου να καταστεί δυνατός ο περιορισμός του κόστους. Τέθηκαν αυστηρά ανώτατα όρια δαπανών: η φαρμακευτική δαπάνη δεν επιτρεπόταν να υπερβαίνει τα 2,44 δις ευρώ το 2013, τα 2 δις ευρώ το 2014 και το 1,94 δις ευρώ το 2015-2017 (Economidou et al., 2017). Η υπέρβαση αυτών των ορίων θα ενεργοποιούσε μηχανισμούς επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρείες, προκειμένου να εξισορροπηθεί η διαφορά (Υπουργική Απόφαση Γ5/63587/2015)<sup>28, 29</sup>. Τα τελευταία χρόνια, ένα ευρύ φάσμα μέτρων έχει εφαρμοστεί προς την επίτευξη αυτών των στόχων και προς τον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει μειώσεις τιμών, αυξημένες εκπτώσεις που υπολογίζονται με βάση τον όγκο κατανάλωσης, αυτόματες επιστροφές από ιδιωτικά φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες για ενδονοσοκομειακά αλλά και για εξωνοσοκομειακά φάρμακα, τροποποιήσεις των χρεώσεων των ασθενών και, σε κάποιο βαθμό, ενέργειες υποστήριξης του ελέγχου της κατανάλωσης (Economidou et al., 2017). Στις ακόλουθες παραγράφους περιγράφονται συγκεκριμένα παραδείγματα, καταναμημένα με βάση το σκεπτικό τους.

- Ο ΦΠΑ στα φάρμακα μειώθηκε το 2011 από 11% σε 6,5%. Ακολούθως, μειώθηκε περαιτέρω σε 6% και αυξήθηκε σε 13% ή ακόμα και σε 23% το 2015 για συγκεκριμένα φάρμακα (ο γενικός συντελεστής ΦΠΑ αυξήθηκε κατά μία ακόμα ποσοστιαία μονάδα το 2016, φτάνοντας το 24%).
- Το 2011 και το 2012, καθιερώθηκαν ένας θετικός κατάλογος, ένας αρνητικός κατάλογος και ένας κατάλογος φαρμάκων ελεύθερης χορήγησης, έχοντας ως στόχο να επισημοποιηθεί και ανά περιπτώσεις να περιοριστεί η δυνατότητα αποζημίωσης για φαρμακευτικά προϊόντα. Ως προς τα φάρμακα ελεύθερης χορήγησης, ορισμένα από όσα βρίσκονται στη λίστα απαιτούν χρέωση του ασθενούς· προηγουμένως, μερικά καλύπτονταν από το δημόσιο σύστημα υγείας.
- Το 2012, για τα φάρμακα που σύμφωνα με τον θετικό κατάλογο επιδέχονται αποζημίωση, θεσπίστηκε ένα σύστημα εξωτερικής τιμής αναφοράς. Αυτό απαιτήσε τον καθορισμό των τιμών στο ύψος του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών που εντοπίζονται στα κράτη-μέλη της ΕΕ για το ίδιο προϊόν (Souliotis et al., 2016).

28 ΦΕΚ Νο. 1803/Τεύχος Β'/20-08-2015

29 Οι εκπτώσεις (rebates) υπολογίζονται με βάση τον όγκο των πωλήσεων. Οι επιστροφές (clawback) ορίζονται σε εξαμηνιαία βάση και κατανομούνται στις φαρμακευτικές εταιρείες και στους κατόχους αδειών κυκλοφορίας με βάση το μερίδιό τους στην αγορά κατά τη διάρκεια της περιόδου υπολογισμού. Μεταγενέστερες τροποποιήσεις της υπουργικής απόφασης εισήγαγαν το μερίδιο ανάπτυξης ως κριτήριο καταμερισμού των εκπτώσεων και των επιστροφών καθώς και ορισμένες εξαιρέσεις για τα γενόσημα.

- Το 2012 τέθηκε σε εφαρμογή αυτόματος μηχανισμός επιστροφών από τη φαρμακευτική βιομηχανία, με τη μορφή τριμηνιαίων επιστροφών, ο οποίος ενεργοποιούταν αν η φαρμακευτική δαπάνη υπερέβαινε τα ανώτατα όρια που υπαγορεύονταν από το ΠΟΠ. Η περίοδος υπολογισμού ρυθμίστηκε το 2015 στους έξι μήνες (βλ. παραπάνω).
- Το 2013, σε μια προσπάθεια να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα και ο τεκμηριωμένος χαρακτήρας των τιμολογήσεων, η ευθύνη για την τιμολόγηση των φαρμάκων μετατέθηκε από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου, στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων. Η ευθύνη για όλες τις υπόλοιπες πτυχές ρύθμισης του φαρμάκου πέρασε στο Υπουργείο Υγείας.
- Το 2010 και το 2011, οι στρατηγικές προμηθειών που εφάρμοζαν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ αναθεωρήθηκαν επίσης, ώστε να ενισχυθεί η αποδοτικότητά τους: ορίστηκε πλαφόν με στόχο να περιοριστούν οι τιμές των προμηθειών φαρμάκων· θεσπίστηκε η υποβολή προσφορών με βάση τη δραστική ουσία· και δημιουργήθηκε μια λίστα φαρμάκων τα οποία θα προμηθευόντουσαν κεντρικά.
- Τα ποσοστά συμμετοχής των ασθενών στο κόστος ορισμένων φαρμάκων (συνασφάλιση), εισήχθησαν ή αυξήθηκαν το 2011, ανεβάζοντας τη μεσοσταθμική επιβάρυνση των ασθενών για φάρμακα από 13% το 2012, σε 18% το 2013. Ο συντελεστής συνασφάλισης για μια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική συνταγή κυμαίνεται από 0% (απαλλαγές) μέχρι 25% (τυπική χρέωση), ανάλογα με το υποκείμενο νόσημα και την πληθυσμιακή ομάδα. Υφίστανται επίσης επιπρόσθετες χρεώσεις των ασθενών: πρέπει να καταβάλουν αντίτιμο ενός ευρώ ανά συνταγή καθώς και να καλύπτουν τη διαφορά ανάμεσα στην τιμή λιανικής και την ασφαλιστική τιμή. Το παραπάνω έχει ως ανώτατο όριο τα 20 ευρώ (Νόμος Β64/16-01-2014 και τροπολογία Γ5/41797/3-6-2015). Ανασφάλιστα άτομα, που διαβιούν σε κατάσταση φτώχειας ή ανήκουν σε άλλες ευάλωτες ομάδες, απαλλάσσονται από τη συμμετοχή στο κόστος.
- Εισήχθησαν μέτρα για την ενίσχυση της διεύθυνσης των γενοσήμων, τα οποία περιλαμβάνουν: υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία/διεθνή κοινή ονομασία (με λίγες εξαιρέσεις), 50% ελάχιστο όριο των γενοσήμων που συνταγογραφούνται σε δημόσια νοσοκομεία και υποχρεωτική υποκατάσταση πρωτοτύπων με αντίστοιχα γενόσημα στα φαρμακεία. Επιπλέον, η τιμή ενός γενοσήμου δεν μπορεί να υπερβαίνει το 65% του πρωτοτύπου. Τον Ιούνιο του 2018, ο Νόμος 4549/2018<sup>30</sup> εισήγαγε πρόσθετα μέτρα για την ενθάρρυνση της χρήσης των γενοσήμων, όπως για παράδειγμα μηδενική συμμετοχή για ευπαθείς ομάδες.
- Το 2010 εισήχθη και το 2012 έγινε υποχρεωτικό ένα σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με σκοπό να καταστήσει εφικτή την παρακολούθηση αφενός της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών και αφετέρου των προτύπων διανομής εκ μέρους των φαρμακοποιών. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είχε επίσης ως στόχο τη διευκόλυνση της συνταγογράφησης με βάση κατευθυντήριες γραμμές, καθώς και την ενίσχυση της διαφάνειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, κάποια τεχνικά προβλήματα του συστήματος επέβαλαν φραγμούς πρόσβασης

(π.χ., στα αναλώσιμα για τον διαβήτη· περιπτώσεις ασθενών που επιβαρύνονται με επιπρόσθετα τέλη όταν οι ιατροί πρέπει να χορηγήσουν δύο συνταγές αντί για μία).

- Ο σχεδιασμός κατευθυντήριων γραμμών συνταγογράφησης για τους ιατρούς ξεκίνησε το 2012, με βάση διεθνή πρότυπα. Η Επιτροπή Παρακολούθησης Φαρμακευτικής Δαπάνης, μαζί με την ανάπτυξη διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων καθώς και τα μητρώα ασθενών, επανεστάχθηκαν στο Υπουργείο Υγείας το 2017. Οι προσπάθειες για την δημιουργία τεκμηριωμένης καθοδήγησης έχουν ενταθεί, στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του ΚΕΣΥ.
- Προϋπολογισμοί συνταγογράφησης για μεμονωμένους ιατρούς εισήχθησαν το 2014. Οι κανονισμοί τροποποιήθηκαν το 2015, ώστε η επιτρεπόμενη φαρμακευτική δαπάνη να βασίζεται στην ειδικότητα του ιατρού, τον αριθμό των ασθενών, τη γεωγραφική περιοχή και την εποχή του χρόνου. Τα πλαφόν υπολογίζονται με βάση δεδομένα ιστορικού χαρακτήρα για την φαρμακευτική κατανάλωση σε ολόκληρη τη χώρα.
- Η Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (HTA) θεσπίστηκε το 2018 (βλ. Ενότητα 4.5) με την προοπτική να υποστηρίξει την τεκμηριωμένη πολιτική τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, καθώς και να βελτιώσει περαιτέρω την κατανομή πόρων.
- Το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε το 2018 μέτρα για την απαγόρευση της διάθεσης αντιβιοτικών χωρίς συνταγή. Πρόκειται για πρακτική διαδεδομένη σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, η οποία στοχεύει κυρίως στο να περιφρουρήσει τη δημόσια υγεία, στο πλαίσιο των αυξημένων ανησυχιών που αφορούν την μικροβιακή αντοχή. Δύναται επίσης να συνεισφέρει στη μείωση των δαπανών για τους ασθενείς.

Σε γενικές γραμμές, φαίνεται τα παραπάνω μέτρα να είναι αποτελεσματικά στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Μεταξύ 2011 και 2015, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 56,4% (Economou et al., 2017). Το νέο σύστημα τιμής αναφοράς επέφερε μειώσεις της αποζημιούμενης τιμής των φαρμάκων σε ποσοστό μέχρι και 70%. Τα μέτρα που πάρθηκαν για την ενίσχυση της διείσδυσης των γενοσήμων στα νοσοκομεία οδήγησαν σε αύξηση της αξίας των γενοσήμων που συνταγογραφούνται σε νοσοκομειακούς ασθενείς, η οποία έφτασε από 26% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης των νοσοκομείων το 2012, σε 31% το 2014 (Economou et al., 2017). Παρά τις σχετικές προσπάθειες, ένα χαρακτηριστικό της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς είναι η εξάρτηση από πρωτότυπα φάρμακα (προερχόμενα εν πολλοίς από ένα περιορισμένο αριθμό διεθνών εταιρειών), σε βαθμό υψηλότερο από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Το 2015, το μερίδιο αγοράς των μη προστατευμένων φαρμακευτικών προϊόντων σε όγκο, ανήλθε στη μεν Ελλάδα σε 65,9% (33,5% τα εκτός πατέντας και 32,4% τα γενόσημα) και στη δε Ευρωπαϊκή Ένωση σε 81,1% (22% τα εκτός πατέντας και 59,1% τα γενόσημα) (Economou et al., 2017).

Η σύγκριση του όγκου και της αξίας των πωλήσεων για την περίοδο 2009-2015 δείχνει ότι η πτώση του συνολικού τζίρου αντανάκλα κυρίως τις μειώσεις στις τιμές που προέκυψαν έπειτα από τις σχετικές μεταρρυθμίσεις και αποτυπώνει πολύ λιγότερο μια μικρή μείωση στον όγκο. Το γεγονός εγείρει ανησυχίες για τα μέτρα που στοχεύουν στον εξορθολογισμό της δομής και του όγκου των συνταγών, όπως λ.χ. το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Την ίδια περίοδο, οι άμεσες πληρωμές για ιατροτεχνολογικά προϊόντα (φαρμακευτικά σκευάσματα και βοηθήματα)



σχεδόν διπλασιάστηκαν, σημειώνοντας αύξηση από 6,7% της τρέχουσας δαπάνης για την υγεία το 2009, σε 13% το 2015, κάτι που αποδίδεται σε πιο περιορισμένες αποζημιώσεις και αυξήσεις στις χρεώσεις των ασθενών (Economidou et al., 2017). Πράγματι, η συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων συνιστά το μεγαλύτερο μερίδιο των ιδίων δαπανών των ασθενών και αποτελεί μια ιδιαίτερα επιβάρυνση για τα φτωχότερα πεμπτημόρια του πληθυσμού (βλ. και Ενότητα 2.4). Ως εκ τούτου, μια μελλοντική φαρμακευτική πολιτική θα όφειλε να λειτουργεί εξισορροπητικά, από τη μια διασφαλίζοντας τη μακροχρόνια βιωσιμότητα των θετικών αποτελεσμάτων που επέφεραν οι πρόσφατες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και από την άλλη, επανεστιάζοντας στην οικονομική προστασία με μια ιδιαίτερη έμφαση στις ευάλωτες ομάδες. Τον Μάιο του 2017, η Ελλάδα έλαβε την πρωτοβουλία σύστασης μιας συμμαχίας μεταξύ των νοτίων κρατών-μελών της ΕΕ, με στόχο την εύρεση πιθανών στρατηγικών που θα διευκολύνουν τη συντονισμένη διαπραγμάτευση τιμών με την φαρμακευτική βιομηχανία. Επίσης, ήταν μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών που υπέγραψαν την επακόλουθη Διακήρυξη της Βαλέτας. Το Υπουργείο Υγείας, αναγνωρίζοντας την ανάγκη για βιώσιμες και υλοποιήσιμες λύσεις όσον αφορά τη βραχυ-, μεσο- και μακροπρόθεσμη φαρμακευτική πολιτική, συγκάλεσε τον Μάιο του 2018 μια μόνιμη διακομματική κοινοβουλευτική επιτροπή με αυτό το αντικείμενο (Υπουργείο Υγείας, 2018γ).

## 4.5 Καινοτομία – αξιολόγηση ιατρικών τεχνολογιών (health technology assessment, HTA)

---

Μια ολοκληρωμένη στρατηγική για την προώθηση και την διαχείριση της καινοτομίας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει την αναγνώριση ευκαιριών για χρήσιμες τεχνολογικές και οργανωτικές καινοτομίες, τη διαχείριση της εξάπλωσής τους και την αποτίμηση του αντίκτυπού τους. Η HTA είναι ένα από τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη αυτών των διαδικασιών· μεταξύ των διάφορων ορισμών που παραθέτει ο ΠΟΥ, το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας (EUnetHTA) υιοθετεί τον εξής:

[...] μια διεπιστημονική διαδικασία που συνοψίζει πληροφορίες για τα ιατρικά, κοινωνικά, οικονομικά και ηθικά ζητήματα τα οποία συνδέονται με τη χρήση τεχνολογιών υγείας, σύμφωνα με μια συστηματική, διαφανή, αμερόληπτη και δυναμική μέθοδο. Στόχος της είναι να παρέχει τη βάση για τη διαμόρφωση ασφαλών και αποτελεσματικών πολιτικών υγείας, οι οποίες επικεντρώνονται στον ασθενή και προσβλέπουν στην επίτευξη της βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων. (WHO, 2018)

Ως εκ τούτου, η HTA αποτελεί τόσο ένα εργαλείο διασφάλισης της ποιότητας, όσο και έναν τρόπο υποστήριξης της αποδοτικότητας: φιλοδοξεί να διευκολύνει τη φροντίδα των ασθενών, επιστρατεύοντας τεχνολογίες που επιφέρουν πρόσθετα οφέλη για εκείνους, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζει ότι οι δημόσιοι πόροι δεν σπαταλιούνται σε εφαρμογές που δεν πληρούν αυτή την προϋπόθεση. Η συνεισφορά της HTA στην αποδοτικότητα έχει τεκμηριωθεί σε άλλες χώρες (π.χ., Guthrie et al., 2015).

Η HTA αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία ως εργαλείο τεκμηρίωσης πολιτικής, ειδικά όταν εφαρμόζεται σε φάρμακα υψηλού κόστους (Vogler, Paris & Panteli, 2018). Ο ορισμός των τεχνολογιών



υγείας περιλαμβάνει από την απλούστερη ιατρική συσκευή μέχρι πολύπλοκες οργανωτικές μονάδες παροχής φροντίδας, αλλά τα περισσότερα επίσημα, συστήματα τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων σε εθνικό επίπεδο έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων (Panteli et al., 2016). Αυτό πιθανώς ανάγεται στην Ευρωπαϊκή Οδηγία για τη διαφάνεια (89/105/EEC), που στόχο είχε τη διασφάλιση της διαφάνειας στην τιμολόγηση και στις διαδικασίες αποζημιώσεων για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Τα προγράμματα HTA σε εθνικό επίπεδο έχουν εξελιχθεί οργανικά και έχουν ως εκ τούτου ποικίλη μορφολογία. Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν την HTA πρωτίστως με σκοπό να κατευθύνουν αποφάσεις σχετικά με τα επίπεδα αποζημίωσης και/ή τιμολόγησης, ενώ άλλες την επιστρατεύουν προκειμένου να προσδιορίσουν αν (και με ποιους όρους) ένα φάρμακο θα καλυφθεί από δημόσιους πόρους (Panteli et al., 2016).

Για μεγάλο διάστημα, η Ελλάδα ήταν μία από τις λίγες Ευρωπαϊκές χώρες που δεν διέθεταν επίσημες διαδικασίες αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας (ούτε φαρμάκων, ούτε ιατρικοτεχνολογικών προϊόντων). Η Επιτροπή Θετικού Καταλόγου Αποζημιούμενων Φαρμάκων, μια ανεξάρτητη επιτροπή του Υπουργείου Υγείας, ήταν η αρμόδια αρχή για την τελική αξιολόγηση και την υπόδειξη σχετικά με την αποζημίωση των φαρμάκων. Η σύσταση της επιτροπής ορίστηκε με υπουργική απόφαση και περιλάμβανε εννιά μέλη: έναν καθηγητή φαρμακευτικής, έναν καθηγητή ιατρικής, έναν εκπρόσωπο του ΕΟΦ, έναν εκπρόσωπο του ΚΕΣΥ, έναν νοσοκομειακό φαρμακοποιό και τέσσερα μέλη του ΕΟΠΥΥ (Κανί, Kourafalos & Litsa, 2017). Δεν τέθηκε κανένα επίσημο κριτήριο για τον καθορισμό των αποζημιώσεων (π.χ., καμία προϋπόθεση ή προσδιορισμένη μεθοδολογία για οικονομική αξιολόγηση) πέρα από το ότι ένα νέο φάρμακο, θα έπρεπε να αποζημιώνεται πρώτα σε άλλες χώρες της ΕΕ, προτού θεωρηθεί κατάλληλο για συμπερίληψη στον θετικό κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων της Ελλάδας (Panteli et al., 2016). Τα τελευταία χρόνια, η τιμολόγηση των αποζημιούμενων φαρμακευτικών προϊόντων έχει βασιστεί αποκλειστικά σε ένα σύστημα εξωτερικής τιμής αναφοράς που εισήχθη το 2012, σύμφωνα με το οποίο, οι τιμές των νέων φαρμάκων ισούνται με τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών τους στα κράτη-μέλη της ΕΕ (βλ. Ενότητα 4.4).

Το μνημόνιο κατανόησης του ελληνικού ΠΟΠ περιλάμβανε πρόβλεψη για την ίδρυση ενός οργανισμού HTA μέχρι το τέλος του 2017. Εκτός από τις δυνατότητες της HTA να διευκολύνει την αποδοτική χρήση των πόρων, αυτό σχετίζεται και με τη θεσμοθέτησή της HTA σε ευρωπαϊκό επίπεδο, όπως έχει οριστεί στην Οδηγία για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής περίθαλψης:

[...] η Ένωση θα υποστηρίξει και θα διευκολύνει τη συνεργασία και την ανταλλαγή επιστημονικών δεδομένων ανάμεσα στα Κράτη Μέλη, εντός ενός εθελοντικού δικτύου που θα συνδέει εθνικές αρχές ή φορείς με αρμοδιότητα στην αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας που θα ορίζονται από τα Κράτη Μέλη. (Άρθρο 15, Οδηγία 2011/24 ΕΕ).

Αντιπρόσωποι από το Υπουργείο Υγείας, τον ΕΟΠΥΥ και την ακαδημαϊκή κοινότητα έχουν εκπροσωπήσει την Ελλάδα στις σχετικές συνεργατικές πρωτοβουλίες: τις Κοινές Δράσεις του Ευρωπαϊκού Δικτύου για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας (EUnetHTA).

Η δημιουργία ενός εθνικού μηχανισμού HTA είναι μια περίπλοκη διαδικασία που απαιτεί πόρους και χρειάζεται ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ώστε να ωριμάσει επαρκώς (Drummond et al.,

2008). Όπως συνέβη και με άλλες μεταρρυθμιστικές απόπειρες, το αυστηρό χρονοδιάγραμμα που προβλέπεται στο ΠΟΠ, είχε ως αποτέλεσμα τη θέσπιση νομοθετήματος στις αρχές του 2018. Το τελευταίο παρουσίασε ένα πρώτο βήμα και μια μεταβατική λύση για τη δημιουργία ενός πλήρως αυτόνομου συστήματος ΗΤΑ, μέσα από τη σύσταση της Επιτροπής για την Αξιολόγηση και Αποζημίωση Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης). Τα άρθρα 247-256 του Νόμου 4512/2018<sup>31</sup> όρισαν τη σύστασή της, το πεδίο αρμοδιοτήτων της, τα κριτήρια, τις διαδικασίες και τις απαιτήσεις σχετικά με το ασυμβίβαστο των μελών της. Ως όργανο του Υπουργείου Υγείας, η Επιτροπή δρα συμβουλευτικά προς τον Υπουργό Υγείας, ο οποίος διατηρεί μεν τη δικαιοδοσία του για την τελική λήψη των αποφάσεων με βάση τις οποίες τα φάρμακα θα εισέλθουν σε ή θα εξέλθουν από τον θετικό κατάλογο, ωστόσο, οφείλει να δικαιολογεί εκείνες τις αποφάσεις του που αποκλίνουν από τις συστάσεις της Επιτροπής. Τα καθήκοντα της Επιτροπής δεν περιορίζονται στα νέα φάρμακα, μιας και το νομοθέτημα περιλαμβάνει τη δυνατότητα αναθεώρησης ολόκληρου του περιεχομένου του τρέχοντος θετικού καταλόγου.

Η Επιτροπή<sup>32</sup> αποτελείται από 11 μέλη, επιλεγμένα από το Υπουργείο Υγείας με βάση τα προσόντα και τις ειδικότητες, έπειτα από διαδικασία υποβολής αιτήσεων. Ο Νόμος 4512/2018 προβλέπει επίσης και μια τεχνική γραμματεία αποτελούμενη από δέκα μέλη προσωπικού, με συναφείς δεξιότητες, προς ενίσχυση του έργου της Επιτροπής. Τα κριτήρια (κλινικά οφέλη σε σύγκριση με τις υπάρχουσες εναλλακτικές και υπό την εξέταση της σοβαρότητας και της πληθυσμιακής επιβάρυνσης της ασθένειας, αντίκτυπος στη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και την ασφάλεια· αξιοπιστία της βάσης τεκμηρίων· λόγος κόστους-οφέλους· επίπτωση στον προϋπολογισμό) και οι μέθοδοι αξιολόγησης που ορίστηκαν στο Άρθρο 249, είχαν σχεδιαστεί με βάση τη διεθνή εμπειρία, γνωστή κυρίως μέσα από τη συμμετοχή της Ελλάδας στις δράσεις του Ευρωπαϊκού Δικτύου για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας (EUnetHTA). Ειδικότερα, το σύστημα ΗΤΑ της Πορτογαλίας λειτούργησε ως βάση για τη διαμόρφωση των σχετικών διατάξεων (SCUC, 2016c). Η Επιτροπή έχει τη δυνατότητα να αναθέσει σε ακαδημαϊκά ή άλλα ερευνητικά ιδρύματα την εκπόνηση της τεχνικής εκτίμησης των επιστημονικών τεκμηρίων (ανάλογα με την περίπτωση και την εξειδίκευσή τους) και κατόπιν να βασίσει την αξιολόγησή της σε αυτή την εκτίμηση. Ο Νόμος καθιερώνει επίσης μια Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκου (Άρθρο 254) η οποία αποτελείται από εννέα μέλη και εδράζεται στον ΕΟΠΥΥ. Αυτή, δεν διαπραγματεύεται απλώς τις τιμές ή τις εκπτώσεις των αποζημιούμενων φαρμάκων, αλλά φέρει και την ευθύνη για την αξιολόγηση των επιπτώσεων στον προϋπολογισμό όλων των φαρμάκων που έχουν λάβει θετικές συστάσεις από την Επιτροπή Αξιολόγησης. Έπειτα από μια διαδικασία υποβολής αιτήσεων που ξεκίνησε στις αρχές της άνοιξης του 2018, η πρώτη Επιτροπή Αξιολόγησης ορίστηκε με υπουργικό διάταγμα στις 26 Ιουνίου 2018, έχοντας τριετή θητεία.<sup>33</sup>

Ορισμένοι από τους σχετικούς εμπλεκόμενους φορείς του ελληνικού συστήματος υγείας εξέφρασαν ανησυχίες για τις νέες νομικές προβλέψεις. Η φαρμακευτική βιομηχανία επικαλέστηκε την έλλειψη ανεξαρτησίας της Επιτροπής (που επιλέγεται από τον Υπουργό Υγείας, ο οποίος έχει και την εξουσία να μεταβάλει τη σύνθεσή της) αλλά και το ενδεχόμενο αναθεώρησης του καθορισμένου θετικού

31 ΦΕΚ Νο. 5/Τεύχος Α'/17-1-2018

32 Αριθμ. Α1β/Γ.Π.: οικ. 48052, ΦΕΚ 365/ΥΟΔΔ/26-6-2018.

33 ΦΕΚ Νο. 365/26-6-2018

καταλόγου με βάση έναν τρόπο που η ίδια χαρακτηρίζει ως επιφανειακή εξέταση της κλινικής αποτελεσματικότητας, αντί της συνολικής θεραπευτικής αξίας των φαρμάκων. Επίσης, οι ασθενείς είχαν επιφυλάξεις όσον αφορά την άμεση εξάρτηση της Επιτροπής από το Υπουργείο Υγείας και, πάνω από όλα, με το γεγονός ότι οι ίδιοι δεν εκπροσωπούνται ουσιαστικά στην Επιτροπή ή στη διαδικασία αξιολόγησης. Πράγματι, τόσο η ανεξαρτησία όσο και η ευρεία συμμετοχή των εμπλεκόμενων φορέων είναι βασικά χαρακτηριστικά της ορθής πρακτικής όταν πρόκειται για εθνικά προγράμματα HTA (Drummond et al., 2008). Η υπουργική πρωτοβουλία και καθοδήγηση μπορεί να είναι αναγκαίες για να εδραιωθούν τα πρώτα βήματα, ωστόσο, η περαιτέρω ανάπτυξη της διαδικασίας της HTA με βάση τις προσφάτως θεσμοθετημένες δομές, αναμένεται να εξακολουθήσει να λαμβάνει υπόψη τη βέλτιστη πρακτική η οποία απορρέει από τη διεθνή εμπειρία προς αυτή την κατεύθυνση.

Κατά πάσα πιθανότητα, η πορεία των μελλοντικών προσπαθειών που θα σχετίζονται με την HTA στην Ελλάδα, θα διαμορφωθεί και από τις εξελίξεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Στις 31 Ιανουαρίου 2018, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μια πρόταση Κανονισμού, η οποία επιβάλλει κοινές αξιολογήσεις των κλινικών στοιχείων (αποτελεσματικότητα και ασφάλεια) ορισμένων τεχνολογιών υγείας σε επίπεδο ΕΕ, ενώ ταυτόχρονα αφήνει την εξέταση άλλων τομέων (π.χ., τις οικονομικές και οργανωτικές επιπτώσεις) στις εθνικές αρχές. Η πρόταση είχε βασιστεί σε μια εκτίμηση επιπτώσεων και σε μια επακόλουθη διαδικασία διαβούλευσης. Η εκτίμηση επιπτώσεων βασιζόταν σε στοιχεία προερχόμενα από τις δράσεις του Ευρωπαϊκού Δικτύου για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας (EUnetHTA) που πραγματοποιήθηκαν τα προηγούμενα χρόνια και τα οποία έδειχναν ότι η συνεργασία στην παραγωγή κοινών μεθοδολογιών και αξιολογήσεων, δύναται να βελτιώσει τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα των παραγόμενων αξιολογήσεων, αποφεύγοντας παράλληλα την αλληλοεπικάλυψη εργασιών. Ωστόσο, έρευνες αποτίμησης αυτών των κοινών δράσεων, εντόπισαν και προκλήσεις, ειδικά ως προς την ευθυγράμμιση της κοινής διαδικασίας HTA με τις εθνικές ανάγκες και διαδικασίες. Το γεγονός αυτό αφορά πρωτίστως την έγκαιρη διαθεσιμότητα των κοινών αξιολογήσεων· τη συνάφεια των κοινά επιλεγμένων θεμάτων με τις προτεραιότητες μεμονωμένων φορέων HTA και τις δυσκολίες ενσωμάτωσης των εκθέσεων που έχουν παραχθεί συλλογικά, σε εθνικά υποδείγματα και διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Panteli & Edwards, 2018).

Είναι σημαντικό να εδραιωθούν και να συντηρηθούν οι δομές, ώστε να αξιοποιηθούν πλήρως τα πλεονεκτήματα των πιθανών αλλαγών σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Από συστημική άποψη, η αυστηρή εστίαση της πρόσφατα συστημένης επιτροπής στα φαρμακευτικά προϊόντα δεν είναι ασυνήθιστη, καθώς είναι αρκετές οι χώρες που δεν εφαρμόζουν την HTA για (όλες) τις ιατρικές συσκευές ή άλλου τύπου ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Ωστόσο, η βαθμιαία συμπερίληψη άλλου είδους τεχνολογιών - πρωτίστως ιατρικών συσκευών και διαγνωστικών συστημάτων - αξίζει να εξεταστεί, ανεξαρτήτως των ευρωπαϊκών εξελίξεων. Τον Μάιο του 2018, μια ομάδα ειδικών που συγκλήθηκε στον πλαίσιο του SCUC, πρότεινε τη σύσταση μιας υπο-επιτροπής που θα επικεντρώνεται στις ιατρικές συσκευές και τόνισε τη σημασία της συμμετοχής των εμπλεκόμενων φορέων και της ενίσχυσης των σχετικών δομών και της τεχνογνωσίας. Επί του παρόντος, η αποζημίωση ιατροτεχνολογικών προϊόντων προκύπτει από υπουργικές αποφάσεις, που βασίζονται σε θετικές εισηγήσεις των διοικητικών συμβουλίων τόσο του ΕΟΠΥΥ όσο και του ΚΕΣΥ, χωρίς να υφίσταται μια συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ή αποδοτικότητάς τους (Kani, Kourafalos & Litsa, 2017).

# 5. Ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας (ΑΔΥ)

## 5.1 Εθνική στρατηγική για το ανθρώπινο δυναμικό υγείας

---

Το ΕΣΥ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό υγείας (Economou et al., 2018). Στην πραγματικότητα, το ΕΣΥ και οι ιδιωτικός τομέας παρουσιάζουν το ίδιο βασικό χαρακτηριστικό: αυτό των ποσοτικών και ποιοτικών ανισοροπιών μεταξύ επαγγελματιών και ειδικοτήτων υγείας. Μεταξύ των χωρών της ΕΕ, η Ελλάδα διαθέτει την υψηλότερη κατά κεφαλή αναλογία ιατρών και οδοντιάτρων και τη χαμηλότερη νοσηλευτών/-ριών και μαιών/-ευτών. Υπάρχουν επίσης ελλείψεις σε συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες (π.χ., Επείγουσα Ιατρική, Γενική Ιατρική, Ιατρική της Εργασίας, Γηριατρική, Εντατικολογία). Πρόσθετα προβλήματα του ΕΣΥ, που αν δεν αντιμετωπιστούν επαρκώς μπορεί να οδηγήσουν σε μακροπρόθεσμες ελλείψεις, αφορούν στη γήρανση του ανθρώπινου δυναμικού και στις ανισότητες λόγω φύλου. Οι μορφές αποζημίωσης των ιατρών (κατά πράξη και περίπτωση) και η προκλητή ζήτηση στον ιδιωτικό τομέα αιτιολογούν εν μέρει την υπερπροσφορά ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων (λ.χ., παιδιατρική, γυναικολογία και μαιευτική). Επιπλέον, ο ανεπαρκής σχεδιασμός των ιατρικών ειδικοτήτων επιδεινώνεται από την έλλειψη επαρκών νοσηλευτών/-τριών και άλλων επαγγελματιών υγείας, κυρίως σε ειδικότητες όπως η γεροντολογία, η κοινοτική νοσηλευτική, οι υγειονομικές επισκέψεις, η διαχείριση χρόνιων παθήσεων και η δημόσια υγεία.

Η έλλειψη σχεδιασμού για το ΑΔΥ και η ιδιαίτερα άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας συνιστούν ένα ακόμα σοβαρό πρόβλημα. Ειδικά το τελευταίο έχει οδηγήσει σε υποστελέχωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και σε υπερπληθώρα ιατρών ειδικοτήτων. Ο σχεδιασμός του ΑΔΥ στην Ελλάδα δεν είναι αποτελεσματικός και στερείται τα εργαλεία εκείνα που μπορούν να συμβάλουν στην αντιστοίχιση των αναγκών του υγειονομικού τομέα και των εκροών του εκπαιδευτικού συστήματος. Αυτό με τη σειρά του έχει οδηγήσει σε ένα σύστημα το οποίο καθοδηγείται από την προσφορά επαγγελματιών υγείας και όχι από τη ζήτηση. Υπάρχουν ανισότητες στη γεωγραφική κατανομή όλων σχεδόν των κατηγοριών επαγγελματιών υγείας μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, ενώ τα οικονομικά κίνητρα δεν έχουν συμβάλει επιτυχώς στην επαρκή στελέχωση των υπηρεσιών υγείας και στη συγκράτηση των ιατρών, των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές. Η Ελλάδα δεν διαθέτει μια εθνική βάση δεδομένων για το ΑΔΥ και οι υπάρχουσες πληροφορίες προέρχονται από πολλαπλές πηγές, που καθώς δεν ενημερώνονται τακτικά, εγείρουν αμφιβολίες για την ακρίβειά τους. Υπάρχει έλλειψη δεδομένων για πολλές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας και ειδικά για την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού (γεωγραφική, τομεακή, ηλικιακή και με βάση το φύλο, τις δεξιότητες κ.λπ.). Απουσιάζει επίσης ένα εθνικό σύστημα καταγραφής για τους αποφοίτους των σχολών επαγγελματιών υγείας (εισορές), για τους αποχωρούντες από το σύστημα υγείας (εκροές) καθώς και για το υπάρχον διαθέσιμο προσωπικό.

Επιπροσθέτως, ο τομέας της υγείας δεν διαθέτει επαρκή εργαλεία διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού για την υλοποίηση έγκαιρων και αντικειμενικών διαδικασιών επιλογής και πρόσληψης, όπως για παράδειγμα: ουσιαστική αξιολόγηση προσωπικού, κουλτούρα λογοδοσίας, σχήματα παρότρυνσης και κίνητρα αποδοτικότητας, δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης και αναγνώρισης στο χώρο εργασίας, συνεργατικότητα, ικανότητα διαπραγμάτευσης και διαχείρισης συγκρούσεων εντός και μεταξύ των υπηρεσιών και των μονάδων υγείας.

Η μακροχρόνια κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος σε συνδυασμό με τις ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό έχουν οδηγήσει σε μια δαπανηρή υποκατάσταση του έργου των νοσηλευτών/-τριών κατά την παροχή φροντίδας. Η συνεπαγόμενη αποθάρρυνση του νοσηλευτικού δυναμικού δημιουργεί προβλήματα συγκράτησης στη θέση εργασίας, αυξάνοντας την τάση φυγής από το επάγγελμα. Επομένως, υπάρχει ανάγκη για επαναπροσδιορισμό καθηκόντων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, για αύξηση της αποδοτικότητας και για ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες υγείας ενός ποικιλόμορφου πληθυσμού, οι ολοένα και πιο πολύπλοκες παθήσεις, η αναπηρία, τα προβλήματα ψυχικής υγείας και η ευπάθεια.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, στα περισσότερα ιδρύματα της Ελλάδας, θεωρείται υψηλής ποιότητας. Ωστόσο, υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη για αναθεώρηση των προγραμμάτων σπουδών των σχολών επαγγελματιών υγείας, ώστε να αντιστοιχιστούν με το προφίλ υγείας του πληθυσμού. Έπειτα από ορισμένες πρόσφατες πρωτοβουλίες, οι στόχοι της προπτυχιακής και της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης καθώς και τα ανάλογα προγράμματα σπουδών αναπροσαρμόστηκαν, ώστε να αντιστοιχιστούν με τις πολιτικές για την υγεία και τις πληθυσμιακές ανάγκες (π.χ., κοινοτική νοσηλευτική, γενική ιατρική, δημόσια υγεία, γηριατρική και γεροντολογία, ογκολογία και, εσχάτως, επείγουσα φροντίδα). Η περαιτέρω ενίσχυση και ο συντονισμός τους θα ωφελούσαν σημαντικά. Αναφορικά με τη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση (ΣΕΑ), ενώ υπάρχει το σχετικό θεσμικό πλαίσιο, επί του παρόντος, στηρίζεται σε μια εθελοντικού χαρακτήρα, ηθική κυρίως υποχρέωση συμμετοχής σε συνέδρια, σεμινάρια, επιστημονικές ημερίδες και μεταπτυχιακά προγράμματα, που διοργανώνονται από ανώτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα υγείας και επαγγελματικές ενώσεις. Αυτό θέτει σε κίνδυνο την ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Στο παρελθόν, οι πολιτικές του Υπουργείου Υγείας με αντίκτυπο στη στρατηγική για το ΑΔΥ επηρεάστηκαν από τις ιατρικές ενώσεις. Η αποκέντρωση αποτελεί βασικό ζητούμενο, αλλά το Υπουργείο διατηρεί τον συγκεντρωτικό του χαρακτήρα όσον αφορά τον έλεγχο χάραξης πολιτικής και οι αρμοδιότητες των ΥΠΕ παραμένουν περιορισμένες. Οι δομικές μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ που υλοποιήθηκαν πρόσφατα από το Υπουργείο Υγείας είναι θεμελιώδεις για τον αναπροσανατολισμό του τομέα υγείας προς ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα και αναμένεται να έχουν αντίκτυπο στο ΑΔΥ. Ωστόσο, οι ελλείψεις ως προς τις δυνατότητες σχεδιασμού του ΑΔΥ εξακολουθούν να υφίστανται τόσο σε υπουργικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο.

Σύμφωνα με τις παραπάνω διαπιστώσεις, αλλά και στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης του SCUC, ένα εθνικό στρατηγικό σχέδιο καταρτίστηκε με σκοπό να διαμορφώσει στόχους και επιδιώξεις, προκειμένου να αναπτυχθεί και να οικοδομηθεί μια τεκμηριωμένη στρατηγική για το ΑΔΥ στην Ελλάδα. Οι βασικές προτάσεις περιγράφονται ακολούθως (Economou et al., 2018b).



**Στρατηγικός Στόχος 1: Βελτίωση του σχεδιασμού του Ανθρώπινου Δυναμικού του τομέα Υγείας, της συλλογής, ανάλυσης και δημοσίευσης δεδομένων και της τήρησης εθνικών μητρώων.**

- α. Ποσοτικοποίηση των αναγκών σε ΑΔΥ σύμφωνα με τις προβλεπόμενες ανάγκες και τον φόρτο εργασίας, παρά με βάση τον πληθυσμό ή τις υπάρχουσες υποδομές (π.χ., ιατροί ανά κλίνη). Εκτίμηση του αριθμού, των κατηγοριών και των προσόντων των επαγγελματιών υγείας που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων της δημόσιας υγείας και την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- β. Βελτίωση της συλλογής δεδομένων για το ΑΔΥ και ανάπτυξη αξιόπιστων μητρώων για τις ροές του ΑΔΥ και τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ).
- γ. Συστηματική παρακολούθηση και δημοσίευση βασικών δεικτών παραγωγικότητας του ΑΔΥ και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε επίπεδο μονάδας υγείας, με στόχο τη βελτίωση των διαδικασιών και της απόδοσης.

**Στρατηγικός Στόχος 2: Επαρκής στελέχωση των υπηρεσιών υγείας και ισότιμη κατανομή των επαγγελματιών υγείας σε αριθμό και ανά κατηγορία.**

- α. Ενίσχυση της στελέχωσης για την αντιμετώπιση ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό όλων των κατηγοριών και βελτίωση των διαδικασιών πρόσληψης και συγκράτησης του προσωπικού σε γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές (νησιά, δυσπρόσιτες αγροτικές περιοχές, κλπ.).
- β. Αναπροσανατολισμός της εκπαίδευσης και της κατάρτισης όλων των επαγγελματιών υγείας, με στόχο να διασφαλιστεί η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του προσωπικού (προκειμένου να διευκολυνθεί η εφαρμογή του εθνικού σχεδίου για την υγεία).
- γ. Εισαγωγή μιας συστηματικής υποχρεωτικής διαδικασίας για τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ) για όλους τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και επαναξιολόγηση της χορήγησης άδειας άσκησης επαγγέλματος σε εθνικό επίπεδο.
- δ. Ανάπτυξη ενός συστηματικού σχεδιασμού για το ΑΔΥ, με στόχο την υποστήριξη των κυβερνητικών προτεραιοτήτων, προσελκύοντας ΑΔΥ στην ΠΦΥ και τη δημόσια υγεία.

**Στρατηγικός Στόχος 3: Βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας μέσω της διαμόρφωσης ενός θετικού εργασιακού περιβάλλοντος: κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση, συγκράτηση προσωπικού, αποδοχές.**

- α. Βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και των αποδοχών του προσωπικού και καθιέρωση ενός αξιολογικού συστήματος ανταμοιβών.
- β. Εισαγωγή πολιτικών συγκράτησης του ανθρώπινου δυναμικού, ώστε να μειωθεί η μετανάστευση και να ενισχυθεί η συγκράτηση των υψηλά εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας στο σύστημα.



**Στρατηγικός Στόχος 4: Ενίσχυση της διακυβέρνησης και των διοικητικών δυνατοτήτων ως προς την υλοποίηση πολιτικών Ανθρώπινου Δυναμικού στον Τομέα Υγείας και ξεκάθαρη διατύπωση κανονισμών που αφορούν την λήψη αποφάσεων σε κεντρικό, περιφερειακό επίπεδο και επίπεδο μονάδας υγείας.**

- α. Βελτίωση του διατομεακού διαλόγου και της συνεργασίας μεταξύ των αρμόδιων υπουργείων (υγείας, παιδείας, εργασίας, οικονομίας κλπ.) και, για παράδειγμα, των επαγγελματικών ενώσεων, του ιδιωτικού τομέα κλπ.
- β. Βελτίωση των θεσμικών και τεχνικών δυνατοτήτων εντός του Υπουργείου Υγείας με στόχο την υλοποίηση της στρατηγικής για το ΑΔΥ.
- γ. Ενίσχυση των διοικητικών και διαχειριστικών δυνατοτήτων του ΑΔΥ σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, ώστε να είναι σε θέση να εφαρμόσει ένα μεγάλο φάσμα πολιτικών και δράσεων και να αυξηθεί η απόδοσή του.
- δ. Στήριξη της αποκέντρωσης των υπηρεσιών και βελτίωση των δυνατοτήτων του ΑΔΥ σε περιφερειακό επίπεδο.

**Στρατηγικός Στόχος 5: Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στον Τομέα της Υγείας σε συμφωνία με τις στρατηγικές πολιτικής υγείας και τις προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας (συμπεριλαμβανομένων των στρατηγικών ανάπτυξης της ΠΦΥ και της δημόσιας υγείας).**

- α. Ανάπτυξη ενός πλήρως κοστολογημένου σχεδίου αναφορικά με τις ανάγκες του ΑΔΥ που προκύπτουν από τις μεταβολές στην παροχή υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων όλων των ειδών κόστους και της ανάλυσης κόστους/αποτελεσματικότητας και κόστους/οφέλους.
- β. Διασφάλιση διαρκούς επανεξέτασης των απαιτούμενων οικονομικών πόρων για τη βιώσιμη χρηματοδότηση του ΑΔΥ.
- γ. Παρακολούθηση δαπανών του προϋπολογισμού για το ΑΔΥ (ποιος, πώς και πότε).
- δ. Ένταξη της οικονομικής αξιολόγησης ως βασική συνιστώσα στην ερευνητική ατζέντα για το ΑΔΥ.

Το όραμα της Στρατηγικής για το ΑΔΥ είναι να παράσχει ένα πλαίσιο, καθώς και συγκεκριμένες πολιτικές και προτάσεις, προκειμένου να αναπτυχθεί και να υποστηριχτεί αποτελεσματικότερα ένα ευέλικτο, παραγωγικό και προσανατολισμένο στο μέλλον ανθρώπινο δυναμικό, ικανό να υλοποιήσει τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ και τους στόχους του σχεδίου για τη δημόσια υγεία. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή προσβάσιμων, ισότιμων και υψηλής ποιότητας, ασθενοκεντρικών υπηρεσιών υγείας με εγγύτητα στην κοινότητα και με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.

## 5.2 Νομοθεσία για τις ώρες εργασίας των επαγγελματιών υγείας

---

Το 2013, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστήριξε μια καταγγελία που ασκήθηκε από ορισμένες ιατρικές ενώσεις της Ελλάδας, σχετικά με το χρόνο εργασίας των ιατρών του ΕΣΥ. Η καταγγελία παραπέμφθηκε στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, υποστηρίζοντας ότι το ελληνικό νομικό πλαίσιο υποχρέωνε τους ιατρούς (ειδικευόμενους και ειδικευμένους) να εργάζονται κατά μέσο όρο μεταξύ 60 και 93 ωρών την εβδομάδα, καθώς και να εργάζονται σε τακτική βάση για μέχρι και 32 συνεχόμενες ώρες, χωρίς να δικαιούνται τις ελάχιστες ημερήσιες και εβδομαδιαίες περιόδους ανάπαυσης ή τις ισοδύναμες περιόδους αντισταθμιστικής ανάπαυσης (European Court of Justice, 2015). Αυτές οι συνθήκες εξακολούθησαν να υφίστανται παρότι η συνήθης προθεσμία για τη μεταφορά των ευρωπαϊκών οδηγιών στο εθνικό δίκαιο είχε παρέλθει προ πολλού. Τον Δεκέμβριο του 2015, το Δικαστήριο αποφάνθηκε υπέρ των εναγόντων, καταδικάζοντας τη μη συμμόρφωση της Ελλάδας στην ευρωπαϊκή οδηγία για την οργάνωση του χρόνου εργασίας (EWTD; 2003/88/EC).

Σύμφωνα με τις κύριες προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Οδηγίας για την οργάνωση του χρόνου εργασίας (2003/88/EC), ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 48 ώρες. Επιπροσθέτως, όλοι οι εργαζόμενοι δικαιούνται μια ελάχιστη ανάπαυση 11 συνεχόμενων ωρών για κάθε 24ωρη περίοδο και τουλάχιστον 24 ώρες συνεχούς ανάπαυσης για κάθε περίοδο 7 ημερών, καθώς και 11 ώρες ημερήσιας ανάπαυσης. Η απόφαση του Δικαστηρίου υπογράμμισε δύο θέματα που έρχονται σε σύγκρουση με τους κανονισμούς της ΕΕ: (i) η ελληνική νομοθεσία είχε ως συνέπεια το ενδεχόμενο εφαρμογής μιας εργάσιμης εβδομάδας που υπερέβαινε το όριο των 48 ωρών, μιας και δεν περιλάμβανε προβλέψεις που να διασφαλίζουν ότι οι ώρες εφημερίας που οι ιατροί πράγματι περνούν στο νοσοκομείο, δεν έχουν ως αποτέλεσμα την υπέρβαση αυτού του ορίου· και (ii) εφόσον προέβλεπε ότι η 24ωρη περίοδος ανάπαυσης που δίδεται στους ιατρούς έπεται από κάθε ενεργή περίοδο εφημερίας μπορεί να αναβληθεί μέχρι μια εβδομάδα μετά τη συμπλήρωση της περιόδου εφημερίας, η ελληνική νομοθεσία παραβίαζε τις προβλέψεις σχετικά με την ελάχιστη ημερήσια ή ισοδύναμη αντισταθμιστική ανάπαυση (Απόφαση στην Υπόθεση C-180/14· Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατά Ελληνικής Δημοκρατίας).<sup>34</sup>

Από διαδικαστική άποψη, αν το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο εκδώσει μια ετυμηγορία που διαπιστώνει παράβαση των υποχρεώσεων, το ενδιαφερόμενο Κράτος Μέλος οφείλει να συμμορφωθεί με την απόφαση χωρίς χρονотριβή. Αν η Επιτροπή διαπιστώσει ότι αυτή η απαίτηση δεν έχει ικανοποιηθεί, μπορεί να ασκήσει νέα προσφυγή, ζητώντας επιβολή οικονομικών κυρώσεων. Προκειμένου να αποτραπεί τέτοια εξέλιξη, το 2016 συστήθηκε στο Υπουργείο Υγείας μια ομάδα εργασίας που αποτελούνταν από αρμόδιους εμπειρογνώμονες και προσωπικό του ΠΟΥ, ώστε να ξεκινήσει προσπάθειες προετοιμασίας ενός θεσπίσματος που θα εναρμόνιζε το ελληνικό ρυθμιστικό πλαίσιο με τις προβλέψεις της ΕΕ (SCUC, 2017c). Η διαδικασία που οδήγησε στο τελικό σχέδιο νόμου περιλάμβανε ανάλυση και επικαιροποίηση του εκτός ωραρίου εργασιακού καθεστώτος της Ελλάδας, ανάλυση του κόστους των εκτός ωραρίου καθηκόντων των ιατρών σε όλη τη χώρα,

---

34 Ο πλήρης φάκελος της νομοπαρασκευαστικής διαδικασίας διατίθεται στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων της νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου (CURIA, 2018).

καθώς και εκπόνηση σεναρίων για νέους ρυθμιστικούς μηχανισμούς, με ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή των νέων προβλέψεων στο χρόνο εργασίας των μελλοντικών ΤΟΜΥ (βλ. Ενότητα 3.1). Ακολούθως, το Υπουργείο Υγείας άρχισε διαβουλεύσεις για το σχέδιο νόμου. Η ΟΕΝΓΕ εξέφρασε την κατηγορηματική αντίθεσή του στις προτεινόμενες αλλαγές. Το σχέδιο νόμου κατατέθηκε στο κοινοβούλιο τον Σεπτέμβριο του 2017 και δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως στις 17 Νοεμβρίου (Νόμος 4498/2017).<sup>35</sup>

Πέραν της εναρμόνισης με το νομικό πλαίσιο της ΕΕ, οι επιδιωκόμενοι στόχοι του νέου νόμου είναι η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών των ιατρών και, συνεπαγωγικά, η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και η μείωση της πιθανότητας ιατρικού λάθους. Εν συντομία, ο Νόμος 4498/2017 προβλέπει: επτά ώρες κανονικού χρόνου εργασίας σε καθημερινή βάση και πενήνήμερη εργασιακή εβδομάδα για τους ιατρούς του ΕΣΥ και των ΤΟΜΥ· μέγιστο χρόνο εργασίας 48 ωρών ανά εβδομάδα συμπεριλαμβανομένης της υπηρεσίας εκτός ωραρίου και των εφημεριών, ο οποίος υπολογίζεται ως μέσος όρος για μια περίοδο αναφοράς τεσσάρων μηνών· απόλυτο μέγιστο εργασίας 60 ωρών ανά εβδομάδα σε περίπτωση που οι ιατροί επιλέξουν να εξαιρεθούν από τον περιορισμό των 48 ωρών –το συγκεκριμένο μέτρο αναμένεται να εφαρμοστεί για μια μεταβατική περίοδο τριών ετών, μέχρις ότου οι τρέχουσες ελλείψεις προσωπικού αντιμετωπιστούν επαρκώς, ώστε να διασφαλιστεί η ομαλή παροχή υπηρεσιών· και ετήσια άδεια τουλάχιστον τεσσάρων εβδομάδων. Επίσης ρυθμίζει στοιχεία κατανομής, στελέχωσης και αμοιβών για υπηρεσίες εκτός ωραρίου και για εφημερίες. Τέλος, ορίζει τη βάση για την οργάνωση του χρόνου εργασίας (12 ώρες το μέγιστο ανά ημέρα στο χώρο εργασίας) και των ημερήσιων περιόδων ανάπαυσης (12 συνεχόμενες ώρες ανά ημέρα, 48 ώρες ανά εβδομάδα). Όπως και με τις μέγιστες ώρες εργασίας ανά εβδομάδα, μια απόκλιση από την τελευταία πρόβλεψη είναι πιθανή, αρκεί να αντισταθμιστεί από ισοδύναμες περιόδους ανάπαυσης, αμέσως μετά.

Η ΟΕΝΓΕ εναντιώθηκε στο νόμο κυρίως διότι δεν ήταν αρκετά προστατευτικός (λ.χ. επειδή υπολόγιζε τις μέσες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας σε τετράμηνες περιόδους, συμπεριλάμβανε προβλέψεις περί επιλογής εξαίρεσης και άρα «εξατομικευε» τις εργασιακές συνθήκες και άλλαζε τις αμοιβές των περιόδων εφημερίας) και επειδή η νομοθετική διαδικασία ήταν εσπευσμένη σε βαθμό υπερβολικό, μη επιτρέποντας την ουσιαστική συμβολή σημαντικών εμπλεκόμενων φορέων. Είναι προφανές ότι μια αναθεώρηση των εργασιακών συνθηκών των ιατρών του ΕΣΥ ήταν απαραίτητη και ότι η κρίση στελέχωσης στο ΕΣΥ περιορίζει τις πιθανότητες μεταρρύθμισης. Ωστόσο, η σύντομη περίοδος παρέμβασης σημαίνει ότι δεν είναι ακόμα εύκολο να αποτιμηθούν οι επιπτώσεις του νόμου.

# 6. Ο ρόλος των ασθενών

## 6.1 Εμπειρία και άκουσμα της φωνής των ασθενών

Στην Ελλάδα, οι ομάδες ληπτών υπηρεσιών και οι ενώσεις καταναλωτών είναι σχετικά ανίσχυρες, μιας και συνήθως εκπροσωπούν τα στενά συμφέροντα συγκεκριμένων ομάδων ασθενών. Οι πολύ μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες των δικαιούχων φροντίδας υγείας ή των ασθενών δεν εκπροσωπούνται από κάποιον ισχυρό οργανισμό, αλλά από πολλές, μικρές ομάδες αυτοβοήθειας που συνδέονται με συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ., νεφροπάθεια, καρκίνος ή Μεσογειακή Αναιμία). Τέτοιες ομάδες, ενώ στερούνται οποιουδήποτε θεσμικού ρόλου στον σχεδιασμό και τη ρύθμιση της φροντίδας υγείας, υπό ειδικές περιστάσεις μπορεί να κληθούν από το Υπουργείο Υγείας για να υποβάλουν τις δικές τους προτάσεις πάνω σε συγκεκριμένα ζητήματα υγείας. Επιπλέον, δεν υπάρχει ευκόλως προσβάσιμη πληροφόρηση από τον πληθυσμό σχετικά με τα κόστη και την ποιότητα των υπηρεσιών, τα ιατρικά λάθη, την ικανοποίηση των ασθενών, τις νοσοκομειακές κλινικές εκβάσεις ή τους χρόνους αναμονής των νοσοκομείων, αλλά ούτε και συγκριτικά δεδομένα για την ποιότητα των υπηρεσιών διαφορετικών φορέων (Economou et al., 2017).

Μέχρι πρόσφατα, στις δημόσιες μονάδες υγείας της Ελλάδας, δεν υπήρχε κάποιο επίσημα σχεδιασμένο εργαλείο για την διεξαγωγή ερευνών πάνω στις εμπειρίες των ασθενών και στην ικανοποίηση των χρηστών, παρόλο που σε όλες τις έρευνες του Ευρωβαρόμετρου οι Έλληνες ασθενείς βρίσκονται ανάμεσα σε εκείνους που εκφράζουν ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης με τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας. Με δεδομένη τη μεγάλη σημασία της αναδιοργάνωσης της ΠΦΥ, το αρμόδιο Γραφείο του ΠΟΥ στην Αθήνα, ξεκίνησε μια πρωτοβουλία σχεδιασμού τριών ερωτηματολογίων που αφορούν τις εμπειρίες των ασθενών όσον αφορά τη λήψη υπηρεσιών από: (i) τους γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς· (ii) τους ιατρούς ειδικοτήτων των κέντρων υγείας· και (iii) τους ιατρούς ειδικοτήτων των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Τα τρία ερωτηματολόγια έχουν ήδη οριστικοποιηθεί, ενώ κατευθυντήριες γραμμές για τη διεξαγωγή τέτοιων ερευνών σε ετήσια βάση έχουν σχεδιαστεί για τις διοικήσεις των υπηρεσιών υγείας (Economou et al., 2018c).

Η δέσμευση του Υπουργείου Υγείας για την εδραίωση ενός διαρκούς μηχανισμού ανατροφοδότησης πληροφοριών που θα αξιολογεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και θα καταγράφει τον αντίκτυπο των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών με βάση τις απόψεις των ασθενών, αποτυπώνεται στο Άρθρο 20 του Νόμου 4486/2017. Το άρθρο αφορά στη λογοδοσία και στον κοινωνικό έλεγχο των δημόσιων μονάδων υγείας, ενώ ορίζει σαφώς ότι ο κοινωνικός έλεγχος θα πρέπει να διενεργείται, μεταξύ άλλων, μέσω ερευνών με τις οποίες οι πολίτες θα αποτιμούν τις υπηρεσίες που έχουν λάβει. Επίσης, τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών, ως μέρος μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης.

## 6.2 Γραφεία προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με το Άρθρο 60 του Νόμου 4368/2016<sup>36</sup>, σε κάθε νοσοκομείο εγκαθιδρύεται ένα Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών εντός των νοσοκομείων και για την εξέταση σχετικών παραπόνων των πολιτών. Η Υπουργική Απόφαση Νο. Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/10-2-2017<sup>37</sup> ορίζει το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο τέτοιων γραφείων, τα οποία λειτουργούν σε δημόσια νοσοκομεία. Τα γραφεία αυτά αντικατέστησαν τα προηγούμενα Γραφεία Υποστήριξης Πολίτη (Άρθρο 9 του Νόμου 3868/2010)<sup>38</sup> προκειμένου να προσφέρουν καλύτερη πληροφόρηση και προσανατολισμό σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και ισότιμης και καθολικής πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ειδικά τις ανάγκες ευπαθών κοινωνικών ομάδων (π.χ., ανηλίκων, κρατουμένων, ατόμων με ψυχικές ασθένειες, αιτούντων άσυλο, προσφύγων και μεταναστών, ανασφάλιστων ασθενών και των συγγενών τους), αποσαφηνίζοντας τις διαδικασίες ιατροφαρμακευτικής κάλυψης και ρυθμίζοντας τη συλλογή και τη διαχείριση παραπόνων .

Οι στόχοι τέτοιων θεσμών είναι: (α) η παροχή υπηρεσιών υγείας στη βάση της ισότιμης και καθολικής πρόσβασης, χωρίς διακρίσεις οποιουδήποτε είδους· (β) η ενσωμάτωση στο σύστημα υγείας της απαραίτητης κουλτούρας σεβασμού στην αξιοπρέπεια και στα δικαιώματα των ασθενών, καθώς επίσης και της τεκμηριωμένης και ποιοτικής φροντίδας υγείας· και (γ) η διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των ληπτών υπηρεσιών υγείας, των επαγγελματιών υγείας και της διοίκησης των νοσοκομείων, η οποία είναι ουσιώδους σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία τους και για την αναβάθμιση των εργασιακών συνθηκών του προσωπικού. Ειδικότερα, λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και για ειδική φροντίδα των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, ο θεσμός των Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στοχεύει στο να: (α) ενημερώνει τους ασθενείς για τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες και για τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας· (β) ενημερώνει εγκαίρως τους ανασφάλιστους ασθενείς και τους συγγενείς τους για τις διαδικασίες της υγειονομικής και φαρμακευτικής τους κάλυψης· (γ) παρακολουθεί συνολικά τις υπηρεσίες που λαμβάνονται από τους ασθενείς εντός του νοσοκομείου ή στα εξωτερικά ιατρεία του· (δ) συλλέγει και διαχειρίζεται τα παράπονα των ασθενών· (ε) διευκολύνει τις αναφορές στις αρμόδιες αρχές· (στ) παρεμβαίνει στις σχετικές νοσοκομειακές υπηρεσίες ώστε να επιτυγχάνεται η ομαλή επίλυση των διαφορών· (ζ) διευκολύνει την ομαλή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ληπτών υπηρεσιών υγείας· (η) ενημερώνει το νοσοκομειακό προσωπικό αναφορικά με τις βέλτιστες πρακτικές βάσει της νομοθεσίας και της ιατρικής δεοντολογίας· και (θ) διευκολύνει τη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών και των υπηρεσιών υποδοχής των ληπτών και να περιφρουρεί τα δικαιώματά τους.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα Γραφεία δεν είναι ακόμη πλήρως λειτουργικά. Επί του παρόντος, τα περισσότερα από τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν, σχετίζονται κυρίως με τις καθυστερήσεις στα ραντεβού, τη μη διαθεσιμότητα ιατρών ειδικοτήτων, τις ελλείψεις σε υλικά, τις παραβάσεις των νοσοκομειακών κανόνων και, σπανιότερα, τις άτυπες πληρωμές, το δικαίωμα παροχής περίθαλψης και την ποιότητα των υπηρεσιών (SCUC, 2018b).

36 Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως Νο. 21/Τεύχος Α' /21-2-2016.

37 Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως Νο. 662/Τεύχος Β' /2-3-2017.

38 Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως Νο. 129/Τεύχος Α' /3-8-2010.

# 7. Διακυβέρνηση

## 7.1 Διαφάνεια και λογοδοσία

Στην Ελλάδα αρκετοί θεσμοί είναι επιφορτισμένοι με την καταπολέμηση της διαφθοράς και τη διασφάλιση της διαφάνειας και της λογοδοσίας στη δημόσια διοίκηση και στον τομέα της υγείας. Περιλαμβάνουν τον Γενικό Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης, το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ), το τμήμα της ανεξάρτητης αρχής του Συνηγόρου του Πολίτη για την Κοινωνική Προστασία, Υγεία και Πρόνοια, καθώς και την Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ) – μια υπηρεσία που παρακολουθεί τις δαπάνες για την υγεία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Ορισμένες από τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν μετά το 2010 έχουν άμεσο αντίκτυπο στη διαφάνεια και τη λογοδοσία, συμπεριλαμβανομένων εκείνων για την υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση και για το ηλεκτρονικό σύστημα παραπομπών, οι οποίες αφορούν όσους ιατρούς είναι συμβεβλημένοι με το ΕΣΥ και τον ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, έχει υλοποιηθεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο αποτελεσματικών μέτρων, προκειμένου να αυξηθεί η παρακολούθηση και η διαφάνεια των χρηματοοικονομικών συναλλαγών εντός του συστήματος υγείας – όπως λ.χ. ο σχεδιασμός του εργαλείου παρακολούθησης τιμών, με στόχο την καταγραφή και την ανάλυση των διαγωνισμών και των τεχνικών προδιαγραφών των προμηθειών που δημοσιεύονται από τα νοσοκομεία. Το πρόγραμμα «Διαύγεια» είναι άλλη μια πρωτοβουλία που προάγει τη διαφάνεια και τις ανοιχτές διαδικασίες στην ελληνική κυβέρνηση και τις πολιτικές της. Θεσπισμένο το 2010, απαιτεί από όλα τα υπουργεία, τους δημόσιους φορείς, τις ρυθμιστικές αρχές και τις τοπικές αρχές να δημοσιεύουν διαδικτυακά τις αποφάσεις τους.

Παρόλο που οι ανωτέρω πρωτοβουλίες ενισχύουν τη διαφάνεια στη δημόσια διοίκηση, μόνο ελάχιστα βήματα έχουν γίνει για την ενδυνάμωση των πολιτών και για την ενίσχυση της συμμετοχής τους στη χάραξη πολιτικών για την υγεία και στον καθορισμό προτεραιοτήτων. Τα περιφερειακά συμβούλια υγείας προϋποθέτουν τη συμμετοχή του κοινού, αλλά δεν εδραιώθηκαν ποτέ. Επιπλέον, η εκπροσώπηση διαφόρων ομάδων πολιτών στο ΚΕΣΥ δεν είναι ουσιαστική, μιας και το ΚΕΣΥ δεν έχει λειτουργήσει ποτέ σαν όργανο διαβούλευσης για τον σχεδιασμό των πολιτικών υγείας. Επιπροσθέτως, η προσθήκη ενός εκπροσώπου των ασφαλισμένων και ενός εκπροσώπου των συνταξιούχων στο διοικητικό συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ, δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής εκπροσώπηση των μελών όλων των ταμείων ασφάλισης υγείας τα οποία συγχωνεύτηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Είναι αλήθεια ότι η διαβούλευση μέσω του διαδικτύου για την ανοιχτή διακυβέρνηση ([www.opengov.gr](http://www.opengov.gr)) συνιστά ένα αποδοτικό μέσο έκφρασης των απόψεων των ατόμων, απέχει όμως από το να συνιστά μια επίσημη διαδικασία αποτελεσματικής συμμετοχής του κοινού. Είναι επίσης ενδεικτικό ότι οι διάφορες έρευνες για την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, δεν έχουν ληφθεί ποτέ υπόψη στη χάραξη πολιτικών για την υγεία. Κατά συνέπεια, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τη δημόσια χρηματοδότηση των διαφόρων λειτουργιών του τομέα της υγείας, δεν συνεκτιμούν τις απόψεις των πολιτών (βλ. επίσης Ενότητα 6.1).



Ωστόσο, εσχάτως έχουν γίνει μερικά θετικά βήματα: ένα ειδικό άρθρο του νέου νόμου για την ΠΦΥ είναι αφιερωμένο στον κοινωνικό έλεγχο και στη λογοδοσία των μονάδων δημόσιας υγείας. Το Άρθρο 20 ορίζει ρητά ότι η κοινωνική εποπτεία πρέπει να διενεργείται μέσω μιας διαδικασίας ακρόασης των κοινωνικών φορέων και του κοινού, έτσι ώστε ο περιφερειακός συντονιστής να μπορεί να καταγράφει και να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανησυχίες τους, παρουσία του υπόλοιπου διοικητικού συμβουλίου του σχετικού τομέα. Οι ακροαματικές διαδικασίες θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα εντός του πρώτου δεκαημέρου κάθε μήνα, με κανόνες δημοσιότητας και αναλυτική καταγραφή των πρακτικών. Η διαδικασία δημόσιας ακρόασης έχει ήδη ξεκινήσει, με τα δημόσια νοσοκομεία να παρουσιάζουν τις δραστηριότητές τους και τους δείκτες αποδοτικότητάς τους. Επιπλέον, κάθε ΥΠΕ δημοσιεύει μια ετήσια έκθεση δραστηριοτήτων που μεταξύ άλλων συμπεριλαμβάνει δεδομένα για την αποδοτικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των νοσοκομειακών μονάδων της.

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί το «Σχέδιο των 100 δράσεων», καθώς συνιστά σημαντικό εργαλείο διακυβέρνησης, που καθιστά διάφανες τις δεσμεύσεις της κυβέρνησης σε κατευθύνσεις πολιτικής και παρέχει ένα στρατηγικό πλαίσιο μέτρων πολιτικής και αποφάσεων. Έχει σχεδιαστεί μέσω ανοιχτού διαλόγου και διαβούλευσης, μέρος των οποίων έχει υποστηριχθεί από τον ΠΟΥ, μέσα από μια σειρά συζητήσεων για τη δημόσια πολιτική. Η προετοιμασία και η υλοποίηση του σχεδίου των 100 δράσεων συνέπλευσε με τη μεταβολή του ρόλου του Υπουργείου Υγείας: μετατόπιση έναν τρόπο λειτουργίας που απλώς αντιδρούσε σε καταστάσεις λαμβάνοντας αντίστοιχες αποφάσεις (δίνοντας έμφαση σε επείγοντα και πιεστικά πολιτικά ζητήματα), προς μια πιο προληπτική και προδραστική προσέγγιση. Αυτό θα διευκολύνει το Υπουργείο στο να καταστεί σημαντικός συντελεστής στην κατεύθυνση, την καθοδήγηση και την υποστήριξη της παροχής υπηρεσιών σε στρατηγικούς, συνεκτικούς και ευθυγραμμισμένους προσανατολισμούς.

## 7.2 Προμήθειες και ικανότητα διαπραγμάτευσης

Τα υψηλά επίπεδα σπατάλης στα νοσοκομεία είχαν αποδοθεί στο κατακερματισμένο και απαρχαιωμένο σύστημα συμβάσεων προμηθειών. Έτσι, το 2012 και το 2013, πραγματοποιήθηκαν ουσιαστικές αλλαγές στις συμβάσεις και την παρακολούθησή τους, αλλά και στις νοσοκομειακές δομές και τις πληρωμές. Το 2012 εισήχθη ένα ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης προϊόντων, ενώ δημιουργήθηκε κι ένα κοινό μητρώο ιατρικών προμηθειών, ώστε να ενεργοποιηθούν πιο διαφανείς και αποτελεσματικές διαδικασίες σύναψης συμβάσεων. Ωστόσο, η μηχανοργάνωση, η ενοποίηση και η παγίωση των πληροφοριακών συστημάτων, καθώς και η κεντρική διαχείριση των πληροφοριών, δεν έχουν ακόμα επιτευχθεί από όλα τα νοσοκομεία. Τον Μάιο του 2017, ο Νόμος 4472 αντικατέστησε την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, εγκαθιδρύοντας την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) που έχει υπό την ευθύνη της την εθνική πολιτική σύναψης συμβάσεων και τις ετήσιες προμήθειες προϊόντων και υπηρεσιών στους δημόσιους φορείς. Η ΕΚΑΠΥ ενσωμάτωσε τα καθήκοντα της προηγούμενης δομής ως προς την ενοποίηση των ετήσιων διαγωνισμών των νοσοκομείων, φιλοδοξώντας να μειώσει τα κόστη των συμβάσεων, να βελτιώσει το χρόνο πληρωμής τους, να ενοποιήσει τις ιατρικές απαιτήσεις, να μεταφέρει το πλεονάζον υλικό από το ένα νοσοκομείο στο άλλο και να βελτιώσει τη διαχείριση των προϊόντων των οποίων η ημερομηνία ανάλωσης έχει παρέλθει. Η υιοθέτηση αποτελεσματικότερων πολιτικών για τη σύναψη συμβάσεων, οι ηλεκτρονικοί πλειστηριασμοί, η διαδικασία υποβολής προσφορών και η επαναδιαπραγμάτευση των συμβάσεων με τους προμηθευτές, έχει επιφέρει ουσιαστικές μειώσεις στις δαπάνες των νοσοκομείων (Economou

et al., 2017). Αυτό υποστηρίχθηκε και από παλιότερα μεταρρυθμιστικά μέτρα, όπως η δημιουργία του Παρατηρητηρίου Τιμών Προμηθειών Υγείας το 2009.

Από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ κι έπειτα, η σύναψη συμβάσεων για τις προμήθειες της υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα σχεδιάζεται σε περιφερειακό επίπεδο. Τα περιφερειακά προγράμματα για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες πρέπει να υιοθετούνται από επιτροπές συντονισμού των συμβάσεων, υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας. Αυτές έχουν την ευθύνη του ορισμού μιας αναθέτουσας αρχής και ενός μηχανισμού υποβολής προσφορών για κάθε τύπο σύναψης συμβάσεων. Οι επιτροπές δύνανται να επιλέξουν δημόσιους ή ιδιωτικούς αναδόχους, σύμφωνα με το στόχο της επίτευξης οικονομικών κλίμακας και της συνολικής αποδοτικότητας.

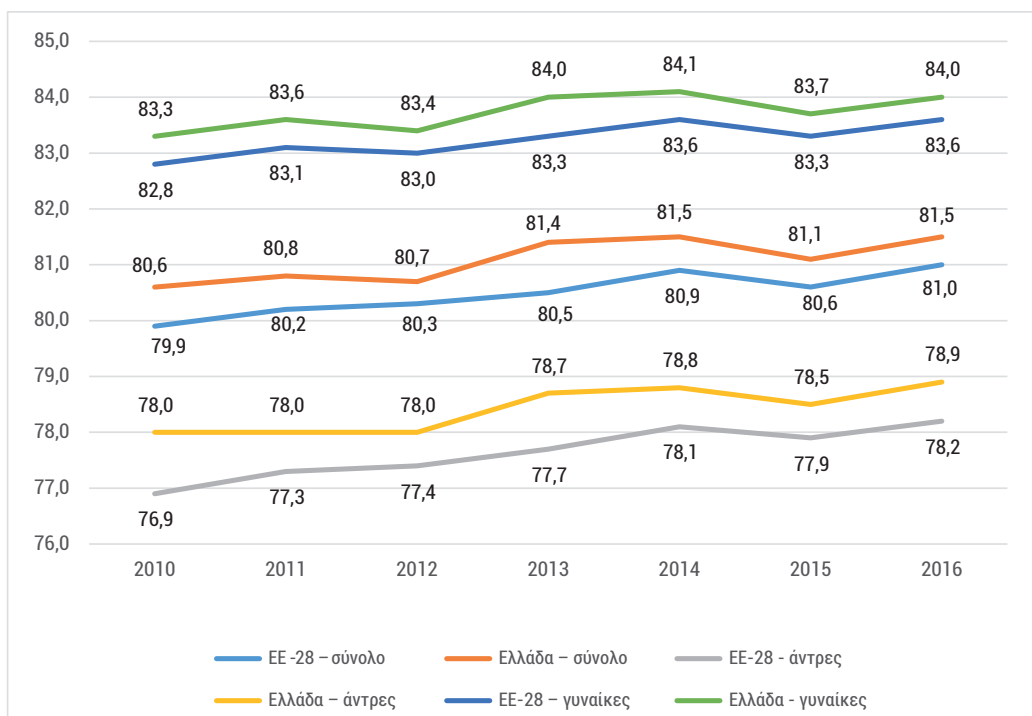
Η αποτελεσματική εισαγωγή μέτρων τα οποία βασίζονται στις διαπραγματεύσεις μεταξύ αγοραστών (ασφαλιστικών ταμείων και νοσοκομείων) και κατασκευαστών ή προμηθευτών απαιτεί επαρκείς ικανότητες διαπραγμάτευσης. Για παράδειγμα, ο Νόμος 4512/2018 σύστησε την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων (Επιτροπή Διαπραγμάτευσης, Άρθρο 254), η οποία αποτελείται από εννιά μέλη και εδράζεται στον ΕΟΠΥΥ. Παράλληλα με τη διαπραγμάτευση των τιμών και των εκπτώσεων των αποζημιούμενων φαρμάκων, η επιτροπή είναι υπεύθυνη και για την αποτίμηση του αντικτύπου στον προϋπολογισμό όλων των φαρμάκων που έχουν λάβει θετικές συστάσεις από την Επιτροπή Αξιολόγησης στο Υπουργείο Υγείας. Η εμπειρία από περιπτώσεις περιορισμένης διαπραγματευτικής δύναμης στο παρελθόν, οδήγησε το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, στην ανάληψη μιας πρωτοβουλίας για την ενίσχυση των διαπραγματευτικών ικανοτήτων. Υλοποιήθηκε σε στενή συνεργασία με το πρόγραμμα για τις Τεχνολογίες Υγείας και τα Φαρμακευτικά Προϊόντα του Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη και με τη Σχολή Οικονομικών του Λονδίνου (London School of Economics), η οποία έχει σχεδιάσει στο παρελθόν συγκεκριμένα επιμορφωτικά προγράμματα για επιτροπές διαπραγμάτευσης σε διάφορες χώρες. Έλληνες ειδικοί και φορείς χάραξης πολιτικής συμμετείχαν σε ένα περιφερειακό εργαστήριο οικοδόμησης ικανοτήτων οι οποίες σχετίζονται με τη διαπραγμάτευση σε ζητήματα φαρμάκων και με τη στρατηγική σύναψη συμβάσεων. Ένα παρόμοιο εργαστήριο διοργανώθηκε στην Αθήνα το Μάρτιο του 2018, προκειμένου να ενισχύσει την τεχνογνωσία ενός σημαντικού αριθμού Ελλήνων ειδικών, οι οποίοι δραστηριοποιούνται στις διαπραγματεύσεις επί των φαρμάκων, στην ΗΤΑ και σε άλλα σχετικά πεδία (SCUC, 2017c). Στο πλαίσιο της διατήρησης και της επέκτασης αυτών των ικανοτήτων, η Ελλάδα μπορεί να αξιοποιήσει τις συνεργασίες της με ομόλογες αρχές άλλων χωρών, όπως για παράδειγμα μέσα από το Δίκτυο Αρμοδίων Αρχών για την Τιμολόγηση και Αποζημίωση (Network of Competent Authorities on Pricing and Reimbursement, NCAPR) καθώς και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας (EUnetHTA).

## 8. Επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Είναι δύσκολο να αποτιμηθούν οι επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού που εκπορεύονται από τις μεταρρυθμίσεις οι οποίες έγιναν στην Ελλάδα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης. Αυτό οφείλεται εν πολλοίς στο γεγονός ότι είναι δύσκολο να εκτιμηθεί το εάν (και σε ποιο βαθμό) ένα παρατηρούμενο αποτέλεσμα στην υγεία οφείλεται στις διαρθρωτικές και διαδικαστικές αλλαγές στο σύστημα υγείας ή στις αλλαγές στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας που απορρέουν από την οικονομική κρίση. Επιπλέον, απαιτείται χρόνος για να γίνει εμφανής ο αντίκτυπος οποιασδήποτε αλλαγής στην υγεία, ενώ στην Ελλάδα, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη επίκαιρων και συναφών δεδομένων. Λαμβάνοντας υπόψη αυτούς τους περιορισμούς, η ακόλουθη ενότητα δείχνει τις τάσεις ορισμένων δεικτών υγείας από το 2010 κι έπειτα και παρουσιάζει μια σύνοψη στοχευμένων μελετών που αφορούν την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, την ψυχική υγεία, τις αυτοκτονίες, τις μολυσματικές ασθένειες, τη βρεφική υγεία και τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Στόχος της είναι να θέσει το γενικό πλαίσιο για περαιτέρω μεταρρυθμίσεις που θα τεθούν υπό εξέταση, παρά να αποδώσει οποιοδήποτε παρατηρούμενες αλλαγές σε μεμονωμένα μεταρρυθμιστικά μέτρα που εισήχθησαν ως τώρα.

Το 2016, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση άγγιξε τα 81,5 χρόνια στην Ελλάδα, λίγο πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 28 (όλα τα Κράτη Μέλη) (Σχήμα 9). Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, εξακολουθεί να υφίσταται μια σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων, με τις γυναίκες να ζουν κατά μέσο όρο πέντε χρόνια περισσότερο από τους άνδρες (84 χρόνια έναντι 78,9).

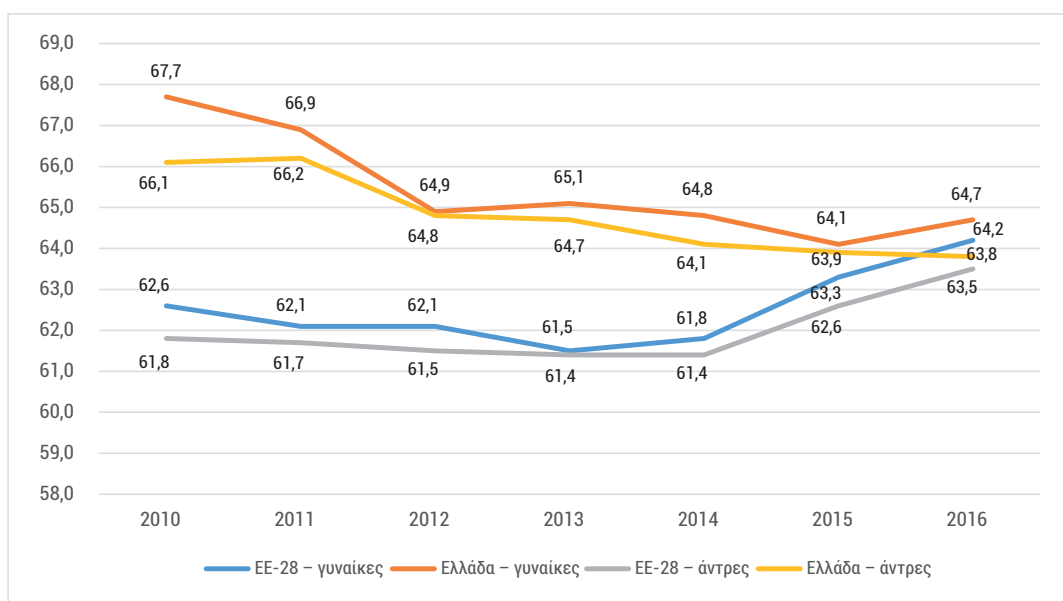
Σχήμα 9. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τους άντρες και τις γυναίκες στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2010-2016



Πηγή: Eurostat, 2018b

Ωστόσο, κατά το ίδιο διάστημα, τα χρόνια που η υγεία των ατόμων παρέμενε σε καλή κατάσταση, μειώθηκαν σημαντικά (Σχήμα 10). Μεταξύ του 2010 και του 2016, το προσδόκιμο υγιούς ζωής στην Ελλάδα μειώθηκε κατά 2,3 χρόνια για τους άνδρες και κατά 3,0 χρόνια για τις γυναίκες. Αντιθέτως, το μέσο προσδόκιμο υγιούς ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 28 αυξήθηκε κατά 1,7 χρόνια για τους άνδρες και 1,6 για τις γυναίκες.

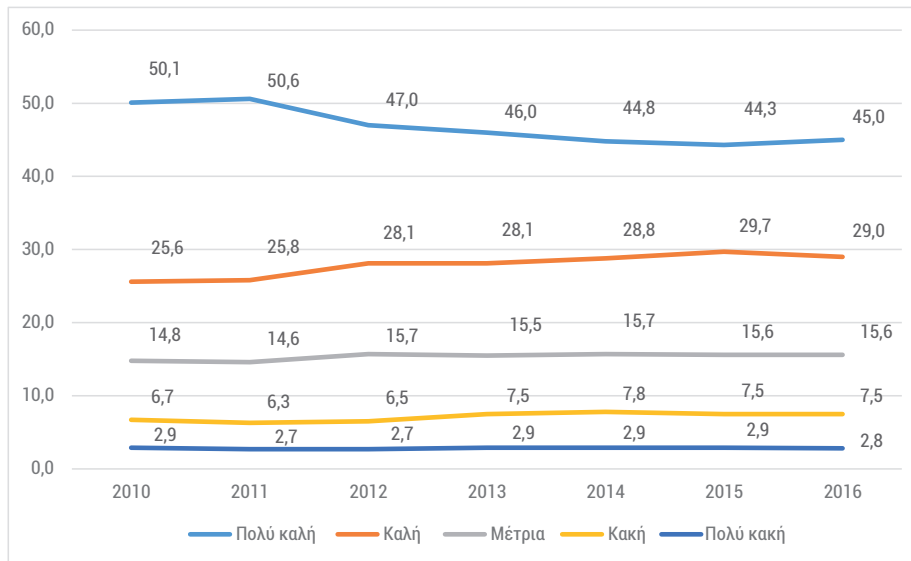
Σχήμα 10. Έτη υγιούς ζωής σε απόλυτες τιμές κατά τη γέννηση, για τους άντρες και τις γυναίκες, στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2010-2016



Πηγή: Eurostat, 2018c

Τα δεδομένα αποτυπώνουν επίσης αλλαγές στον ελληνικό πληθυσμό όσον αφορά την προσωπική αντίληψη των ατόμων για την υγεία τους (Σχήμα 11). Παρόλο που το ποσοστό όσων χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους ως πολύ κακή, κακή ή μέτρια, παρέμεινε σχετικά σταθερό, υπάρχει μια μείωση της τάξης του 5,1% σε εκείνους που αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως πολύ καλή.

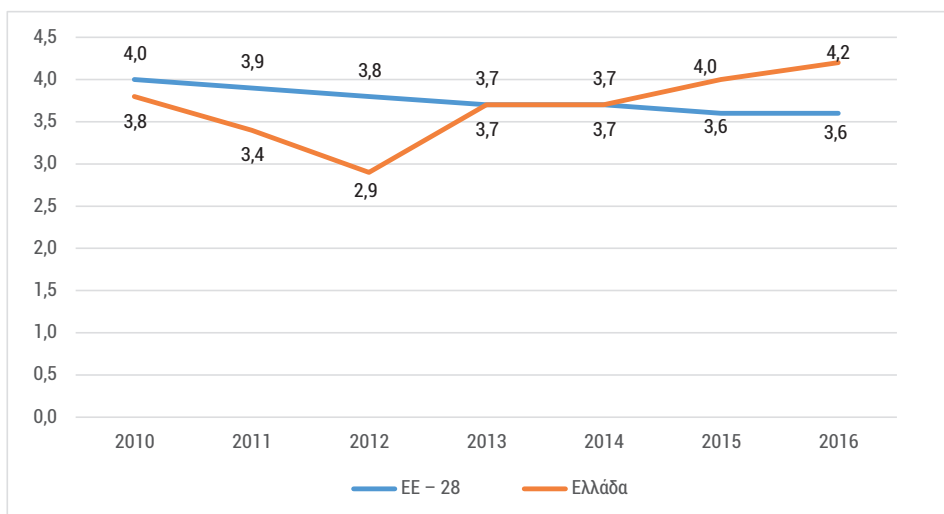
Σχήμα 11. Προσωπική αντίληψη των ατόμων για την υγεία τους (% του πληθυσμού) στην Ελλάδα, 2010-2016



Πηγή: Eurostat, 2018d

Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα μειωνόταν επί δεκαετίες και βρισκόταν σταθερά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 28. Ωστόσο, αυτή η τάση αντιστράφηκε μετά το 2014 και το 2016, η βρεφική θνησιμότητα έφτασε στο 4,2 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων τέκνων, δηλαδή, 0,6% πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 28 (Σχήμα 12).

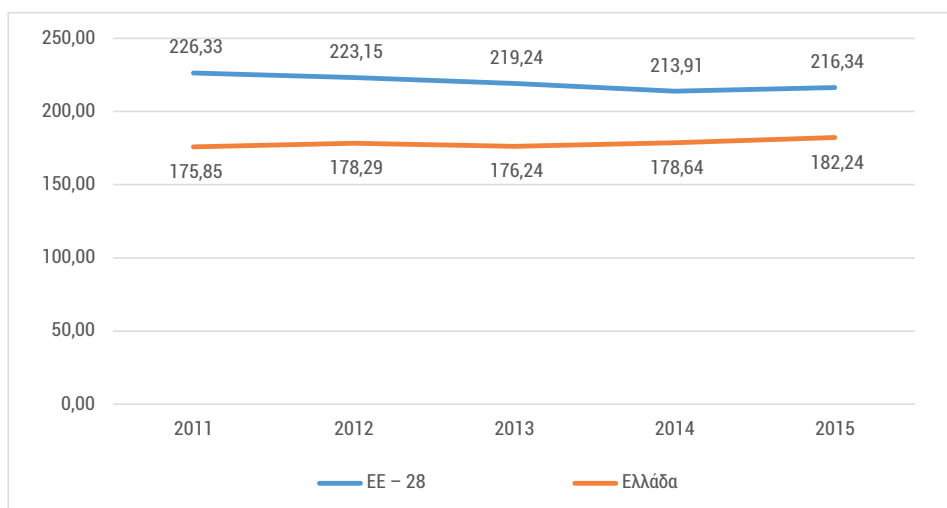
Σχήμα 12. Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων τέκνων, στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2010-2016



Πηγή: Eurostat, 2018e

Η αποτρεπτή θνησιμότητα αναφέρεται σε θανάτους που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με παροχή φροντίδας καλής ποιότητας και με παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία που εστιάζουν σε παράγοντες ευρύτερα καθοριστικούς για τη δημόσια υγεία (π.χ., συμπεριφορά και παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και περιβαλλοντικοί παράγοντες). Ο συγκεκριμένος δείκτης επίσης αυξήθηκε ελαφρώς μεταξύ του 2011 και του 2015, αλλά παραμένει κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 28 (Σχήμα 13).

Σχήμα 13. Αποτρεπτή θνησιμότητα, θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού, στην Ελλάδα και τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ, 2011-2015



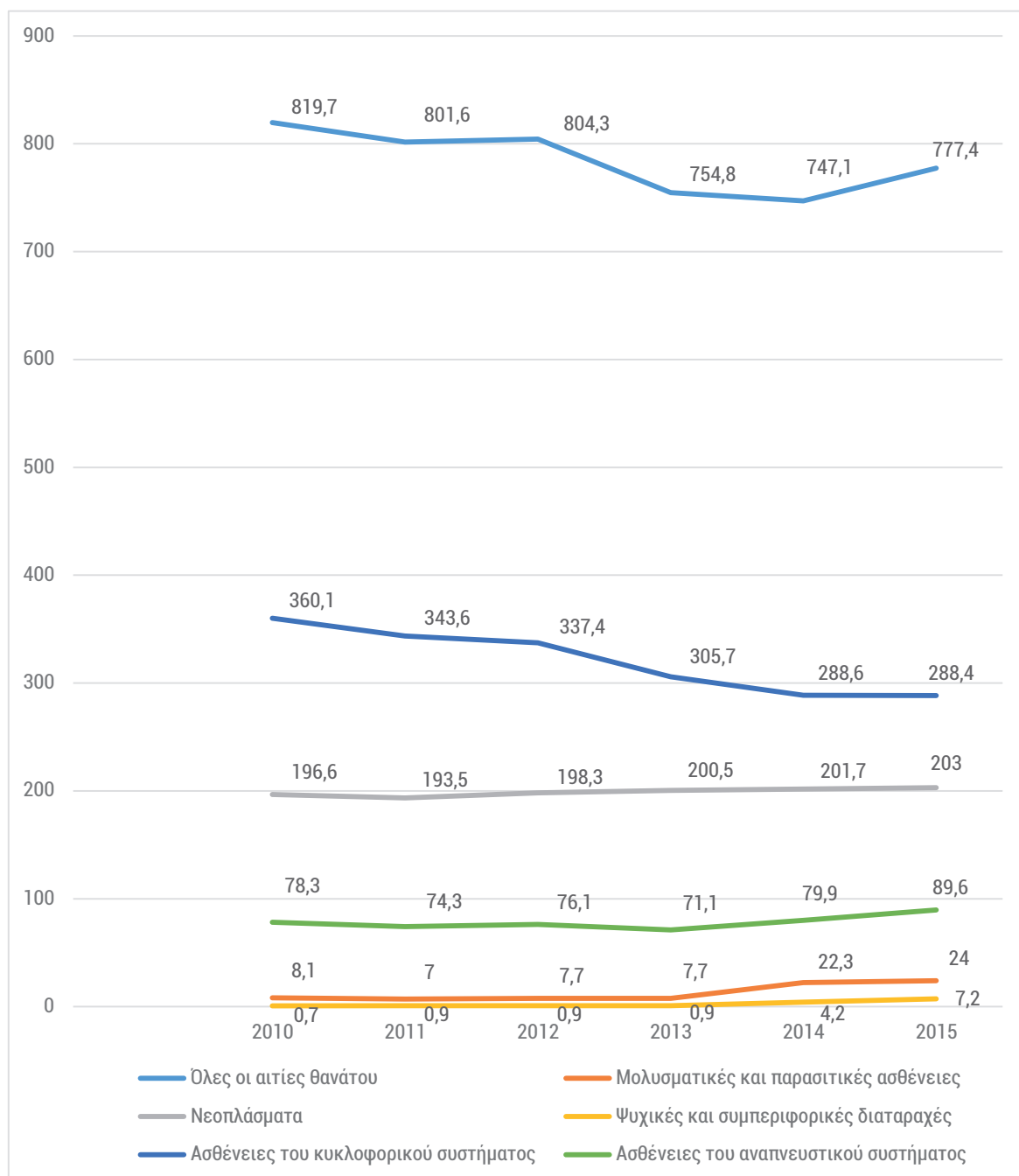
Πηγή: Eurostat, 2018f

Η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες σημείωσε πτώση κατά την περίοδο 2010-2014, αλλά αυξήθηκε και πάλι το 2015 (Σχήμα 14). Οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος παραμένουν η κύρια αιτία



θανάτου στην Ελλάδα (αντιστοιχώντας στο 37,1% όλων των θανάτων), αλλά μειώθηκαν κατά 19,9% μεταξύ 2010 και 2015. Απεναντίας, οι άλλες δύο κύριες αιτίες θανάτου του ελληνικού πληθυσμού –νεοπλάσματα και παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (αναλογούν αντίστοιχα στο 26,1% και στο 11,5% όλων των θανάτων)- παρουσίασαν κατά το ίδιο διάστημα, ανοδική τάση. Αξίζει επίσης να αναφερθούν δύο ακόμα αυξήσεις στη θνησιμότητα από συγκεκριμένη αιτία: (i) θάνατοι από μολυσματικές και παρασιτικές ασθένειες και (ii) θάνατοι από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (συζητιούνται εκτενέστερα στις παραγράφους που ακολουθούν).

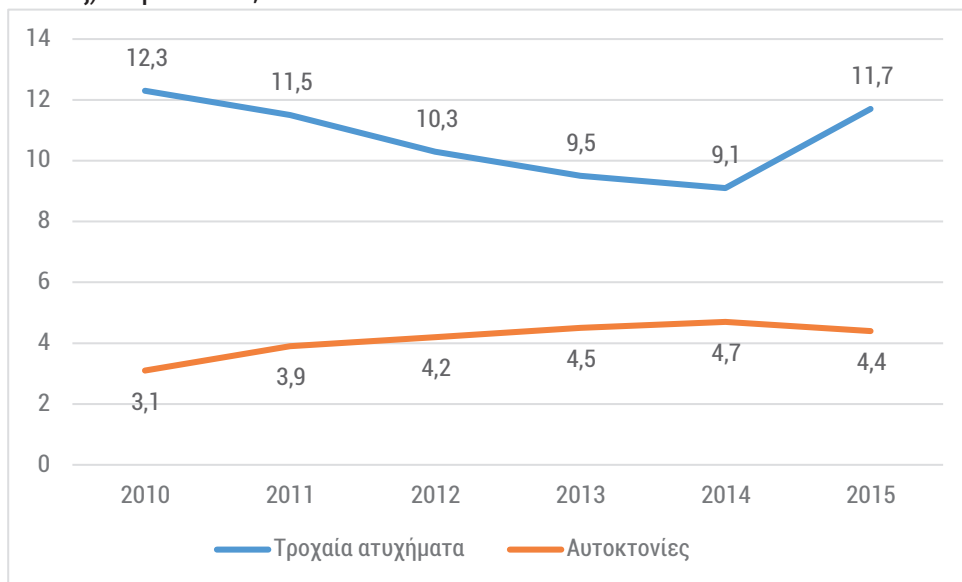
Σχήμα 14. Θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού (προτυποποιημένοι δείκτες) στην Ελλάδα, 2010-2015



Πηγή: OECD, 2018

Παρόλο που στην Ελλάδα το ποσοστό της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας είναι μεταξύ των χαμηλότερων της Ευρώπης των 28, την περίοδο 2010-2014 παρατηρήθηκε μια αυξητική τάση, με μια ελαφρά πτώση το 2015 (Σχήμα 15). Η αντίθετη τάση καταγράφηκε στα τροχαία ατυχήματα – σημείωσαν πτώση κατά την περίοδο 2010-2014 και αύξηση το 2015.

Σχήμα 15. Θανατηφόρα ατυχήματα και αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού (προτυποποιημένοι δείκτες) στην Ελλάδα, 2010-2015



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2018

Από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης κι έπειτα, έχουν δημοσιευτεί αρκετές μελέτες που ερευνούν τις επιπτώσεις της στη δημόσια υγεία της Ελλάδας. Ειδικά σε σχέση με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, οι έρευνες διαπιστώνουν ότι είναι υψηλότερα τα ποσοστά των ηλικιωμένων, των ανέργων, των συνταξιούχων, των νοικοκυρών και των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (δηλ. οι ευάλωτες ομάδες) που από την εμφάνιση της κρίσης και μετά αυτοαξιολογούν την υγεία τους ως κακή (Zavras et al., 2013· Vandonos et al., 2013). Η ψυχική υγεία έχει επίσης επιδεινωθεί. Μεταξύ του 2008 και του 2011, το μηνιαίο ποσοστό επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης αυξήθηκε από 3,3% σε 8,2% (Economou et al., 2013a)· και μεταξύ του 2009 και του 2011 σημειώθηκε επίσης σημαντική αύξηση στον επιπολασμό του αυτοκτονικού ιδεασμού και των καταγεγραμμένων αποπειρών αυτοκτονίας (Economou et al., 2013b). Τέτοιες εξελίξεις στην ψυχική υγεία, καθώς και η αύξηση στην εμφάνιση της συχνότητας των αυτοκτονιών, έχουν συνδεθεί με την κρίση και τις συνέπειές της: υψηλή ανεργία, φτώχεια, δημόσιο χρέος και χρέος των νοικοκυριών, περικοπές σε παροχές, επιδόματα και συντάξεις, αλλά και μεγέθυνση του προβλήματος της έλλειψης στέγης (Antonakakis & Collins, 2014· Christodoulou & Christodoulou, 2013· Madianos et al., 2014).

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015, το ποσοστό αυτοκτονιών αυξήθηκε κατά 35% μεταξύ 2010 και 2012 (από 3,37 σε 4,56 ανά 100.000 πληθυσμού). Ο δείκτης θνησιμότητας από αυτοκτονίες αυξήθηκε για τους άνδρες από 5,75 ανά 100.000 πληθυσμού (2003-2010) σε 7,43 (2011-2012) και για τις γυναίκες, από 1,17 ανά 100.000 πληθυσμού, σε 1,55. Η άνοδος στη συνολική θνησιμότητα από αυτοκτονίες ήταν σημαντική στις ηλικιακές ομάδες των 20-59 και άνω των 60 ετών. Κάθε επιπλέον ποσοστιαία μονάδα στον δείκτη ανεργίας έχει συνδεθεί με μια άνοδο στις

αυτοκτονίες ανδρών σε ηλικία εργασίας, της τάξης του 0,19 ανά 100.000 πληθυσμού (Rachiotis et al., 2015). Μια εθνικής εμβέλειας ανάλυση δεκαετιών για τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα, που βασίστηκε σε μηνιαία στοιχεία, διαπίστωσε ότι ορισμένα συγκεκριμένα συμβάντα που σχετίζονταν με τη λιτότητα αντιστοιχούσαν σε στατιστικά σημαντικές αυξήσεις τόσο στις συνολικές αυτοκτονίες, όσο και ειδικά στις αυτοκτονίες μεταξύ ανδρών και γυναικών (Branas et al., 2015). Οι ανησυχητικές τάσεις στην ψυχική υγεία και στις αυτοκτονίες συνοδεύτηκαν και από περιορισμούς στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Από τις απαρχές της κρίσης, ένας μεγάλος αριθμός κοινοτικών κέντρων, μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και εξειδικευμένων ιδρυμάτων έχουν αναστείλει τις λειτουργίες τους ή έχουν μειώσει το προσωπικό τους (βλ. επίσης και Ενότητα 3.3). Επιπλέον, η χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας για την ψυχική υγεία το 2011 ήταν κατά 20% χαμηλότερη από ό,τι το 2010, ενώ το 2012 ήταν 55% χαμηλότερη από ό,τι το 2011 (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013).

Φαίνεται επίσης ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει τη δυναμική των μολυσματικών ασθενειών. Από το 2010, η Ελλάδα έχει υποστεί μεγάλη επιβάρυνση από διαφορετικές, μεγάλης κλίμακας επιδημίες, συμπεριλαμβανομένων: της αυξημένης θνησιμότητας λόγω γρίπης στη διάρκεια της πανδημίας αλλά και στην πρώτη μετά την πανδημία περίοδο· της εμφάνισης και της εξάπλωσης του ιού του δυτικού Νείλου· της εμφάνισης κρουσμάτων μη εισαγόμενης ελονοσίας· και της έξαρσης των μολύνσεων από τον HIV μεταξύ ατόμων που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών (Βονονας & Νικόλοπουλος, 2012). Ο καταγεγραμμένος αριθμός των μολύνσεων από HIV μεταξύ ατόμων που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών αυξήθηκε από 15 το 2010, σε 522 το 2012 (KEELPNO, 2012). Οι αναφερθείσες περιπτώσεις φυματίωσης στον Ελληνικό πληθυσμό αυξήθηκαν από 261 το 2010, σε 349 το 2012 (Spala, 2014). Τέτοια αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι αυξημένες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και αντιξοότητες (π.χ., ανεργία, ακραία φτώχεια, έλλειψη στέγης, στιγματισμός, διακρίσεις, κοινωνική απομόνωση), οι δημοσιονομικές περικοπές και οι ανεπαρκείς πολιτικές για τη χρηματοδότηση της πρόληψης και της θεραπείας που προέκυψαν ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης, έχουν μεταφραστεί σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου στο ατομικό επίπεδο, καθώς και σε εξασθενημένη ανταπόκριση της δημόσιας υγείας σε επίπεδο πληθυσμού (Paraskevis et al, 2013).

Προεκτάσεις της οικονομικής κρίσης έχουν επίσης καταγραφεί και όσον αφορά άλλες ασθένειες, όπως οι ωτορινολαρυγγολογικές διαταραχές. Μια μελέτη που ερευνούσε πιθανές διακυμάνσεις στην εμφάνιση περιστατικών ωτορινολαρυγγολογικών διαταραχών μεταξύ 2009 και 2011, χρησιμοποιώντας καταγεγραμμένα στοιχεία των εξωτερικών ιατρείων ενός μεγάλου νοσοκομείου της Κρήτης, εντόπισε σημαντική αύξηση στις διαγνώσεις δύο διαταραχών (ίλιγγος και εμβοές), οι οποίες θα μπορούσαν να συνδεθούν με αυξημένο κοινωνικό άγχος και δυσφορία που δυνητικά προκλήθηκαν από την οικονομική κρίση (Karatzanis et al., 2012).

Η μητρική και παιδική υγεία είναι ένα σημαντικό πεδίο που επηρεάστηκε από την κρίση. Τα ποσοστά θνησιγένειας αυξήθηκαν από 3,31 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων τέκνων, σε 4,28 το 2009 και 4,36 το 2010 – μια αύξηση της τάξης του 32% μεταξύ 2008 και 2010 (Vlachadis & Kornarou, 2013). Το ποσοστό γεννήσεων ζώντων τέκνων σημείωσε πτώση από 10,45 ανά 1.000 πληθυσμού το 2009, σε 10,15 το 2010 και 9,39 το 2011 (Σίμου et al., 2013). Τέτοιες εξελίξεις καταδεικνύουν το σοβαρό πρόβλημα των φραγμών στην πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και σε προγράμματα μητρικής

περίθαλψης (σύγκρινε επίσης Σχήμα 12). Επιπλέον, μια έκθεση της UNICEF για την κατάσταση των παιδιών στην Ελλάδα, αναφέρει ότι τα τελευταία χρόνια, οι συνθήκες για τα παιδιά έχουν επιδεινωθεί, ως αποτέλεσμα της μείωσης των επιδομάτων πρόνοιας, της ανεργίας των γονέων, της φτώχειας και της ανεπαρκούς πρόσβασης στη φροντίδα υγείας. Το 2011, οι προνοιακές παροχές ήταν κατά 4,9% χαμηλότερες από εκείνες του 2009 και ένας σημαντικός αριθμός παιδιών στην Ελλάδα δεν είχε πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, επειδή οι γονείς τους είχαν απωλέσει την κρατική κάλυψη της κοινωνικής ασφάλισης (UNICEF, 2014). Ο Νόμος 4368/2016 και η Κοινή Υπουργική Απόφαση Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 για την πρόσβαση των ανασφάλιστων ατόμων στις υπηρεσίες υγείας αποσκοπούν να αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα (βλέπει και Ενότητα 2.3).

Η οικονομική κρίση και οι πολιτικές λιτότητας επέδρασαν επίσης στη δημόσια υγεία, στην προαγωγή της υγείας και στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Οι ήδη περιορισμένες πρωτοβουλίες προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών παρεμποδίστηκαν περαιτέρω από τις πολιτικές λιτότητας (Ifanti et al., 2013). Μια αξιολόγηση των τάσεων στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές και στους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων που καταγράφηκαν στην Ελλάδα πριν την κρίση, στο ξεκίνημά της και στη διάρκειά της, δείχνει ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει μειωθεί ανησυχητικά, ειδικά μεταξύ ατόμων στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Filippidis et al., 2014). Παρά τη γενική πτώση της θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων η οποία αποτυπώνεται στο Σχήμα 14, η αύξηση των εισαγωγών σε νοσοκομεία για καρδιαγγειακά νοσήματα κατά τη διάρκεια της κρίσης είναι ανησυχητική. Δύο έρευνες που εκπονήθηκαν σε κεντρικό νοσοκομείο των Αθηνών, σύγκριναν όλες τις εισαγωγές στο τμήμα καρδιολογίας στην προ κρίσης περίοδο (2003-2007) και κατά τη διάρκειά της (2008-2012). Οι έρευνες αποκάλυψαν μια άνοδο στον αριθμό των εισαγωγών για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Papadimitriou, Samentzas & Trikas, 2014) και για κολπική μαρμαρυγή (Samentzas et al., 2014).

Οι περισσότερες από τις προαναφερθείσες έρευνες για τις επιπτώσεις που είχε η ελληνική κρίση στην υγεία της χώρας μελέτησαν το βραχυπρόθεσμο αντίκτυπο σε επιλεγμένες εκβάσεις. Μια πιο πρόσφατη έρευνα μελέτησε τον αντίκτυπο σε ένα θεμελιώδες σύνολο δεικτών υγείας, επιλέγοντας μεγαλύτερη διάρκεια παρακολούθησης και διενεργώντας ανάλυση διακοπτόμενων χρονολογικών σειρών, προκειμένου να συγκρίνει τάσεις στα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας ανά αιτία, πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης (Filippidis et al., 2017). Τα ευρήματα δείχνουν ότι η θνησιμότητα από αυτοκτονίες και η βρεφική θνησιμότητα αυξήθηκαν στη διάρκεια της κρίσης, ενώ η θνησιμότητα από παθήσεις του αναπνευστικού και από τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν. Επιπλέον, ο επιπολασμός του καπνίσματος και του καθιστικού τρόπου ζωής σημείωσαν πτώση. Πρόσφατες διαπιστώσεις για την Ελλάδα από τη Μελέτη για το Παγκόσμιο Φορτίο των Ασθενειών (GBD Greece, 2018) η οποία ερεύνησε την περίοδο 2000-2016, δείχνουν ότι πολλές από τις αιτίες θανάτων που αυξήθηκαν στην περίοδο μετά το ξεκίνημα της κρίσης, πιθανόν ανταποκρίνονται στην κατάσταση της φροντίδα υγείας (HIV, νεοπλάσματα, κίρρωση, νευρολογικές διαταραχές, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και οι περισσότεροι τύποι καρδιαγγειακών νοσημάτων). Σημαντικές αλλαγές στους δείκτες απώλειας της υγείας από το 2010 ενισχύουν την εξήγηση ότι τα μέτρα λιτότητας διόγκωσαν το προϋπάρχον φορτίο της χώρας όσον αφορά την νοσηρότητα. Η μελέτη επιβεβαιώνει τα ευρήματα που συζητήθηκαν στις προηγούμενες παραγράφους και υπογραμμίζει ότι:

...οι απότομες ποσοτικές αλλαγές στις τάσεις θνησιμότητας και οι ποιοτικές αλλαγές στις αιτίες θνησιμότητας, από κοινού με μια αύξηση στις μεταδοτικές, μητρικές,

νεογνικές και διατροφικές παθήσεις από το 2010 κι έπειτα, υποδηλώνουν ότι μια επίδραση στην υγεία του πληθυσμού, η οποία οφείλεται στην αιφνίδια μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, είναι πιθανή. (GBD Greece, 2018)

Τα βασικά μεταρρυθμιστικά μέτρα που συζητήθηκαν σε άλλες ενότητες αυτής της έκθεσης εισήχθησαν κυρίως τα τελευταία λίγα χρόνια, επομένως είναι αδύνατον να προβεί κανείς αυτή τη στιγμή στην αποτίμηση των συγκεκριμένων επιπτώσεών τους σε εκβάσεις σχετικά με την υγεία. Ωστόσο, είναι ξεκάθαρη η ανάγκη όχι μόνο για σχεδιασμό και υλοποίηση της «Υγείας σε Όλες τις Πολιτικές» (Health in All Policies), των συστημάτων επιτήρησης και παρακολούθησης και των μητρώων ασθενειών, αλλά και για μια υπέρβαση των ορίων του συστήματος υγείας, με ενίσχυση της έρευνας, προκειμένου να διασαφηνιστούν καλύτερα οι αιτιακές σχέσεις που συνδέουν τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από συγκεκριμένες ασθένειες.

## 9. Συμπεράσματα και συστάσεις πολιτικής

Οι προηγούμενες ενότητες υπογράμμισαν τα επιτεύγματα και τις προκλήσεις των πρόσφατων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, κατά θεματικό τρόπο. Ωστόσο, όταν εξετάζονται μεμονωμένες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι το ελληνικό σύστημα υγείας έχει υποστεί τεράστιες αλλαγές σε πολύ σύντομη χρονική περίοδο. Πολλές φορές, τα μεταρρυθμιστικά βήματα που προαπαιτούνταν για επόμενες αλλαγές, δεν είχαν χρόνο να ωριμάσουν προτού χρειαστεί να ξεκινήσουν νέες προσπάθειες. Ο επαρκής χρόνος και η εξοικείωση με νέα πρότυπα και δομές είναι αναγκαίες προϋποθέσεις προκειμένου αυτά να αποτιμηθούν πλήρως και να βελτιστοποιηθούν. Η βιωσιμότητα των ωφελειών που προκύπτουν από τις μεταρρυθμίσεις, ειδικά εκείνων που αφορούν την καθολική κάλυψη φροντίδας, θα πρέπει να διαφυλαχθεί και να υποστηριχθεί, κατόπιν της εξόδου της Ελλάδας από τον μηχανισμό των ΠΟΠ.

- Μπορεί να υποστηριχθεί ότι από το 2015 κι έπειτα έχουν γίνει ορισμένα θετικά βήματα, συμπεριλαμβανομένης της νομοθεσίας που παρέχει στους ανασφάλιστους Έλληνες και στους πρόσφυγες ελεύθερη πρόσβαση στη φροντίδα, της κατάργησης ορισμένων τύπων συμμετοχής των ασθενών και της θεσμοθέτησης της λίστας χειρουργείου. Τέτοια μέτρα έχουν οδηγήσει σε μια ελαφρά μείωση των ιδίων δαπανών των ασθενών : από 36,2% της συνολικής τρέχουσας δαπάνης για την υγεία το 2014, σε 34,3% το 2016. Επιπλέον, τα πρόσφατα δεδομένα των Στατιστικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC) για τις αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής φροντίδας του πληθυσμού, – λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής, δείχνουν μια μείωση της τάξης του 3,1% μεταξύ 2016 και 2017.
- Ορισμένα ζητήματα απαιτούν περαιτέρω εξέταση, όπως η δομή των συμμετοχών των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων, τα ανώτατα όρια στις ιατρικές πράξεις, η απουσία πραγματικής οδοντιατρικής κάλυψης και η επίμονη παρουσία των άτυπων πληρωμών.
- Υπάρχουν ορισμένοι φραγμοί στην πρόσβαση που δεν έχουν καταργηθεί. Για παράδειγμα, τα ανασφάλιστα άτομα έχουν πρόσβαση μόνο σε δημόσιους φορείς και όχι στους ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ (λχ. εργαστήρια διαγνωστικής απεικόνισης), των οικογενειακών ιατρών εξαιρουμένων. Αυτό συνεχίζει να υπονομεύει την ισότητα πρόσβασης, ειδικά σε περιοχές όπου οι δημόσιες μονάδες υγείας είναι υποστελεχωμένες ή αντιμετωπίζουν ελλείψεις σύγχρονου εξοπλισμού, όπως σε αξονικούς ή μαγνητικούς τομογράφους. Επιπροσθέτως, έχει καθυστερήσει η υλοποίηση της Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΚΥΠΑ) που θα παρείχε στους πρόσφυγες πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό φραγμό για εκείνους που στερούνται των απαραίτητων εγγράφων (όσοι διαθέτουν νόμιμα έγγραφα έχουν ακόμα πρόσβαση στη φροντίδα υγείας).



- Οι ίδιες δαπάνες των ασθενών εξακολουθούν να συμβάλλουν στην μη ικανοποιούμενη ανάγκη υγείας του πληθυσμού, ειδικά στις ευπαθείς ομάδες. Το σκεπτικό ορισμένων μέτρων θα πρέπει να επανεξεταστεί. Για παράδειγμα, η κράτηση του ενός ευρώ ανά συνταγή δεν έχει δυναμικό συγκριτικό πλεονέκτημα στον εξορθολογισμό της χρήσης των φαρμάκων.
- Απαιτείται διαρκής επαγρύπνηση προκειμένου να επανορθωθούν οι μη επιδιωκόμενες συνέπειες των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών. Για παράδειγμα, εσχάτως έχουν προκύψει νέοι τύποι άτυπων πληρωμών, καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς που αναζητούν θεραπεία πρέπει να καταβάλουν σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ μια πρόσθετη πληρωμή «κάτω από το τραπέζι», πληρωμή, η οποία κυμαίνεται από 10 ως 20 ευρώ, για μια υπηρεσία που υποτίθεται ότι παρέχεται χωρίς χρέωση του λήπτη. Πρόκειται για το αποτέλεσμα των ανώτατων ορίων που επιβλήθηκαν στις επισκέψεις ασθενών, στη συνταγογράφηση φαρμάκων και στις παραπομπές σε διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν την αναζήτηση ιατρών που δεν έχουν αγγίξει το όριο επισκέψεων και/ή συνταγογραφήσεων, ίσως χρειαστεί να καταφύγουν σε άτυπες πληρωμές.
- Πλέον ο ΕΟΠΥΥ δρα ως ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και υπηρεσιών υγείας για όλους τους ασφαλισμένους. Σε κάποιο βαθμό, η εφαρμογή του συστήματος του μοναδικού αγοραστή έχει καταφέρει να περιορίσει τη διόγκωση των δαπανών και να κατανείμει τους πόρους πιο ορθολογικά. Ωστόσο, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ δεν έχει υποστηριχθεί επαρκώς σε λειτουργικό επίπεδο: η διαρκής υποστελέχωση και υποχρηματοδότηση οδηγούν σε καθυστερήσεις στις πληρωμές των παρόχων.
- Σημαντικές πιέσεις και στους δύο παράγοντες δημόσιας χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος (κοινωνική ασφάλιση και κρατικός προϋπολογισμός) προκαλούν εύλογες ανησυχίες για τη μεσοπρόθεσμη και τη μακροπρόθεσμη επάρκεια της χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, αν πρόκειται να γίνουν πράξη, οι γόνιμες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και τα βιώσιμα οφέλη τους (π.χ., στο πλαίσιο της καθολικής κάλυψης υγείας) προϋποθέτουν μια υγιή χρηματοδοτική βάση. Η αύξηση, στο άμεσο μέλλον, της δημόσιας δαπάνης για την φροντίδα υγείας μέχρι και το 6% του ΑΕΠ τουλάχιστον (επί του παρόντος 5,2%), είναι ένας διακηρυγμένος κυβερνητικός στόχος. Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι κάτι τέτοιο θα επιτευχθεί με βιώσιμο και προβλέψιμο τρόπο, τόσο οι πόροι από την κοινωνική ασφάλιση όσο και η χρηματοδότηση που βασίζεται στη φορολόγηση, απαιτούν περαιτέρω επικέντρωση στην είσπραξη και συγκέντρωση των εσόδων.
- Η υπερβολική εξάρτηση από τους έμμεσους φόρους, καθώς και οι υψηλές επίσημες και ανεπίσημες ίδιες δαπάνες των ασθενών, καθιστούν άνιση και αντιστρόφως προοδευτική τη συνολική χρηματοδότηση του τομέα της υγείας. Οι επαρκείς ικανότητες σε υπουργικό επίπεδο είναι αναγκαίες για την επανεξέταση των κατάλληλων μεταρρυθμιστικών πολιτικών, ενώ οι υπό εξέλιξη εργασίες προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να συνεχιστούν.
- Το νέο σύστημα ΠΦΥ ενσωματώνει τις θεμελιώδεις αρχές του ΠΟΥ και αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη πρόσβαση στην ποιοτική φροντίδα υγείας και την πιο ορθολογική και αποτελεσματική χρήση των υπάρχουσών υπηρεσιών και πόρων, μέσα από τη μείωση

των περιττών εισαγωγών σε νοσοκομεία, η οποία θα επιτευχθεί με καλά οργανωμένες διαδικασίες παραπομπών. Παρόλα αυτά έχουν παρουσιαστεί και ορισμένες προκλήσεις που οι φορείς χάραξης πολιτικής καλούνται να αντιμετωπίσουν: (i) στην Ελλάδα, η ομαδικότητα, οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, η ενδυνάμωση της κοινότητας και τα προγράμματα πρόληψης, βρίσκονται παραδοσιακά στο περιθώριο της φροντίδας· (ii) οι επαγγελματίες υγείας στερούνται εμπειριών πάνω στην ομαδική εργασία σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον· (iii) υπάρχει έλλειψη συντονισμού διαδικασιών και σαφώς καθορισμένων λειτουργιών στην παροχή φροντίδας σε διαφορετικά επίπεδα· (iv) διακρίνεται απροθυμία των ιατρών να εργαστούν στις ΤΟΜΥ· (v) διαπιστώνεται δυσκολία οργάνωσης και διατήρησης της ελκυστικότητας προγραμμάτων βραχυπρόθεσμης κατάρτισης στην ομαδική εργασία και στις εργασιακές διαδικασίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας· (vi) ο ηλεκτρονικός ατομικός φάκελος υγείας δεν είναι ακόμα πλήρως λειτουργικός· και (vii) ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές ορθής κλινικής πρακτικής έχουν μεν αναπτυχθεί, παραμένει όμως η πρόκληση της εκπαίδευσης του προσωπικού ώστε να ενσωματώσει το περιεχόμενό τους στην καθημερινή πρακτική. Στις πιθανές λύσεις ορισμένων από αυτά τα ζητήματα περιλαμβάνονται: (α) η αξιοποίηση καλών πρακτικών σε τοπικό επίπεδο με στόχο την περαιτέρω καλλιέργεια διεπιστημονικής ομαδικής εργασίας· (β) η εξασφάλιση της ενσωμάτωσης παρεμβάσεων για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο· (γ) η διασφάλιση αποτελεσματικού συντονισμού εσωτερικά (εντός των ΤΟΜΥ) και εξωτερικά (π.χ., με παράγοντες της τοπικής κοινότητας, με άλλες υπηρεσίες υγείας και ειδικά με τα κέντρα υγείας), υπό μία περισσότερο συνεργατική παρά αυστηρά ιεραρχική μορφή· (δ) βελτίωση της επικοινωνίας μέσα από τη χρήση μιας αλληλουχίας μέτρων που υλοποιούνται από το εθνικό επίπεδο, προς το περιφερειακό και δημοτικό, με σκοπό να καταπολεμηθεί ο σκεπτικισμός στο ευρύ κοινό, στις τοπικές κοινότητες και στους επαγγελματίες της υγείας· και (ε) ο επαναπροσδιορισμός του επιπέδου των αποδοχών και των συμβάσεων εργασίας για το προσωπικό των ΤΟΜΥ και για τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς, ώστε να αποτραπούν τα διαφοροποιημένα κίνητρα.

- Η δημόσια υγεία δεν είναι επαρκώς αναπτυγμένη. Για να μπορέσουν να υλοποιηθούν οι στόχοι της νέας μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ προκειμένου να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο, αποτελεσματικό και ανθρωποκεντρικό ΕΣΥ και να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, πρέπει οι υπάρχουσες υπηρεσίες δημόσιας υγείας –που είναι επικεντρωμένες στον έλεγχο και την πρόληψη των μεταδοτικών ασθενειών- να μετασχηματιστούν έτσι ώστε να εστιάσουν στη μείωση της εμφάνισης και του επιπολασμού των μη μεταδιδόμενων ασθενειών. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει νέες προσεγγίσεις που θα αντιμετωπίζουν όλα τα βαθύτερα αίτια αυτών των ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, των περιβαλλοντικών παραγόντων και των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου. Το προσχέδιο της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία/Στρατηγικού Πλάνου για την περίοδο 2017-2021 πρέπει να οριστικοποιηθεί και να εφαρμοστεί.
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται σε μια διαδικασία διαρκούς μεταρρύθμισης. Παρότι έχουν γίνει ορισμένα θετικά βήματα, δεν υπάρχει αποτελεσματικός τρόπος παρακολούθησης της απόδοσης και βελτίωσης της ποιότητας, σε κανένα επίπεδο του συστήματος ψυχικής φροντίδας της χώρας. Χρειάζεται περαιτέρω δράση. Οι κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας πρέπει να ενισχυθούν ώστε να εξασφαλίζεται η βιωσιμότητα και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Επίσης, τόσο οι δράσεις πρόληψης, όσο και οι δράσεις για την προαγωγή της καλής

ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού πρέπει να ενδυναμωθούν (λαμβάνοντας ιδιαίτερα υπόψη τις αρνητικές συνέπειες που είχε για την ψυχική υγεία η τρέχουσα οικονομική κρίση). Θα πρέπει επίσης να δοθεί έμφαση στην παρακολούθηση, την αποτίμηση, τις ερευνητικές δραστηριότητες και την εκπαίδευση του προσωπικού. Ο πρόσφατος νόμος για τη διοικητική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί καλύτερο συντονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικών για την ψυχική υγεία και για την προστασία των δικαιωμάτων όσων χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η πρωτοβουλία που αναλήφθηκε στο πλαίσιο του SCUC για την ανάπτυξη μεθόδων διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, πρέπει να υποστηριχθεί προκειμένου να εξασφαλιστεί η στενή παρακολούθηση στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και η διαρκής ανάπτυξη ικανοτήτων των εμπλεκόμενων φορέων χάραξης πολιτικής για την υγεία.

- Ελλείπει ενός επαρκούς δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας και ενός μηχανισμού καθοδήγησης (gatekeeping), οι ασθενείς προσφεύγουν συστηματικά στα τμήματα επειγόντων, θεωρώντας τα σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας. Πράγματι, πολλοί ασθενείς στα επείγοντα θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Η υπερβολική εξάρτηση από την επείγουσα φροντίδα για ασθενείς που δεν την έχουν ανάγκη, συνιστά απειλή για την ασφάλεια των ασθενών, αυξάνει την επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο, επιδρά στη συνολική ποιότητα της φροντίδας και αποτελεί μεγάλη πηγή ανεπαρκειών του συστήματος. Οι προτάσεις του ΠΟΥ για την αντιμετώπιση τέτοιων ζητημάτων περιλαμβάνουν την αναδιοργάνωση και την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, την ενίσχυση της ανεξάρτητης, εξειδικευμένης φύσης των τμημάτων επειγόντων, τη θεσμοθέτηση της επείγουσας ιατρικής ως ειδικότητας και την επένδυση σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης. Οι τρεις πρώτες ομάδες προτάσεων αποτυπώνονται στην πρόσφατη νομοθεσία ή στις ρυθμιστικές πρωτοβουλίες του Υπουργείου Υγείας, αλλά η εφαρμογή τους παραμένει εν πολλοίς σε εκκρεμότητα.
- Η ολοκληρωμένη φροντίδα είναι διακηρυγμένος στόχος της ελληνικής κυβέρνησης, αλλά τα θεμέλια για την επίτευξή της οικοδομούνται ακόμα. Ιστορικά μιλώντας, ο συντονισμός στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι ελλιπής. Ωστόσο και όπως περιγράφηκε παραπάνω, ο νέος νόμος για την πρωτοβάθμια φροντίδα δίνει έμφαση σε τρεις από τις βασικές αρχές ορθής πρακτικής συντονισμού: (i) διεπιστημονικές ομάδες σε τοπικό επίπεδο· (ii) αποτελεσματικά συστήματα παραπομπών· και (iii) ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας. Οι ιατροί της ομάδας της ΠΦΥ προορίζονται αφενός για να λειτουργήσουν σαν συντονιστές της φροντίδας διασφαλίζοντας τη συνέχεια αυτής και αφετέρου για να διευκολύνουν τη διαχείριση των κοινών προβλημάτων υγείας στο κατάλληλο επίπεδο αναφοράς (τοπικό). Τα πιλοτικά προγράμματα σε κοινοτικό επίπεδο πρέπει να επανεξεταστούν και να διευκολυνθούν όσο γίνεται περισσότερο.
- Παραδοσιακά, οι ασθενείς στην Ελλάδα δεν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν, ανεξάρτητα από το επίπεδο φροντίδας. Δεν υπάρχει εθνική υποδομή διαχείρισης της ποιότητας ούτε κάποιοι συστηματικά χρησιμοποιούμενοι δείκτες που να παρακολουθούν την απόδοση των νοσοκομείων ή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ωστόσο, η πρόσφατη δραστηριότητα για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας σε νοσοκομειακό επίπεδο είναι ελπιδοφόρα, καθώς έχουν επενδυθεί προσπάθειες ώστε να

κατανοηθούν καλύτερα και να αντιμετωπιστούν τα πολύ υψηλά ποσοστά των καισαρικών τομών, τα οποία μπορεί να εγείρουν ανησυχίες για την ασφάλεια, την ισότητα και την αποδοτικότητα. Επίσης, έχουν καταβληθεί αυξημένες προσπάθειες για τον σχεδιασμό κατευθυντήριων κλινικών οδηγιών και για τη συστηματοποίηση των διαδικασιών διαπίστευσης των παρόχων.

- Για πολλά χρόνια, η Ελλάδα ήταν μία από τις λίγες χώρες της ΕΕ που δεν διέθετε επίσημη διαδικασία για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας (είτε των φαρμάκων, είτε των ιατροτεχνολογικών προϊόντων). Η Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης συστήθηκε το 2018 σαν ένας πρώτος μηχανισμός αξιολόγησης, ανοίγοντας τον δρόμο για τη θεσμοθέτηση ενός οργανισμού ΗΤΑ. Σχετικές εξελίξεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο περιλαμβάνουν τις τρέχουσες συζητήσεις για την κοινή αξιολόγηση συγκεκριμένων τεχνολογιών και θα προσφέρουν μια ευκαιρία στην Ελλάδα για την περαιτέρω ενσωμάτωση αυτού του εργαλείου στη λήψη αποφάσεων (π.χ., διευρύνοντας το πλαίσιο ώστε να συμπεριληφθούν τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα).
- Ιστορικά, η επένδυση σε προηγμένο εξοπλισμό διαγνωστικής απεικόνισης δεν έχει προκύψει από συντονισμένες και τεκμηριωμένες απόπειρες σχεδιασμού. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες της ΕΕ με τον μεγαλύτερο κατά κεφαλήν αριθμό αξονικών και μαγνητικών τομογράφων, ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος αυτού του εξοπλισμού ανήκει σε ιδιωτικούς παρόχους περιπατητικής φροντίδας και είναι συγκεντρωμένο σε αστικές περιοχές. Κάτι τέτοιο προκαλεί ανησυχίες για την ισότητα, μιας και τα ανασφάλιστα άτομα δεν έχουν πρόσβαση στους ιδιώτες παρόχους και οι ασφαλισμένοι καταβάλουν συμμετοχή για τη χρήση τους. Οι πρόσφατες προσπάθειες του Υπουργείου Υγείας και του ΠΟΥ κορυφώθηκαν με μια σειρά προτάσεων αντιμετώπισης του ζητήματος που κυρίως έχουν να κάνουν με έναν στρατηγικό σχεδιασμό ο οποίος βασίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, είναι ευθυγραμμισμένος με τον οδηγό που ανέπτυξε ο ΠΟΥ και ενσωματώνει την ευρεία συμμετοχή των σχετικών εμπλεκόμενων φορέων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
- Σαν τμήμα του ΠΟΠ της Ελλάδας και προκειμένου να επιτευχθούν οι συμφωνημένοι οικονομικοί του στόχοι, εισήχθησαν ορισμένα μέτρα για το περιορισμό της υπερσυνταγογράφησης και για την ενθάρρυνση της ορθολογικής χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων. Αυτά περιλαμβάνουν το εθνικής εμβέλειας σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, του οποίου η ανάπτυξη ολοκληρώθηκε· τα μηνιαία πλαφόν συνταγογράφησης για τους ιατρούς που χρησιμοποιούν το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (αυτά προϋποθέτουν στενή παρακολούθηση για να διασφαλιστεί ότι δεν ενθαρρύνουν ανισότητες και για να αντιμετωπιστούν οι μη επιδιωκόμενες συνέπειες)· μειώσεις τιμών· ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών συνταγογράφησης· και προσδιορισμό των κανόνων για τις παραπομπές. Οι καταγεγραμμένες επιτυχίες στον περιορισμό του κόστους που προέκυψαν από αυτά τα μέτρα αποδίδονται κυρίως στις μειώσεις των τιμών, και όχι σε σημαντική πρόοδο στον περιορισμό του όγκου.
- Το ΠΟΠ αναγνώρισε την παροχή των φαρμακευτικών προϊόντων και τη σχετική δαπάνη σαν τομείς που απαιτούν σημαντικές αλλαγές προκειμένου να διευκολυνθεί ο περιορισμός του κόστους. Ένα φάσμα μέτρων που εισήχθη τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνει μειώσεις στον ΦΠΑ· εισαγωγή μιας εξωτερικής τιμής αναφοράς· αυτόματους μηχανισμούς ανάκτησης δαπανών από τη βιομηχανία ώστε να εξισορροπηθεί ο προϋπολογισμός· επανασχεδιασμό της διαδικασίας

σύναψης συμβάσεων για τα νοσοκομεία· αύξηση των χρεώσεων των χρηστών· μια δέσμη μέτρων για την ενίσχυση της διείσδυσης των γενοσήμων· εδραίωση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης· συνταγογραφικές κατευθυντήριες οδηγίες και όρια συνταγογραφικού κόστους για τους ιατρούς· και, πιο πρόσφατα, θεσμοθέτηση της ΗΤΑ. Συνολικά, αυτά τα μέτρα μοιάζουν να έχουν αποτελέσματα ως προς την περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά η επίδρασή τους στην ορθολογική χρήση των φαρμάκων παραμένει αδιευκρίνιστη.

- Οι ποσοτικές και ποιοτικές ανισοροπίες στα επαγγέλματα υγείας και τις ειδικότητες ανήκουν στα βασικά χαρακτηριστικά του ΑΔΥ στην Ελλάδα, καθώς οφείλονται στην έλλειψη σχεδιασμού για το ΑΔΥ και στην άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. Έχει προετοιμαστεί ένα εθνικό σχέδιο που περιλαμβάνει στόχους και επιδιώξεις για μια τεκμηριωμένη στρατηγική για το ΑΔΥ της Ελλάδας. Οι προτάσεις αναφέρονται σε αλλαγές στην εκπαίδευση, στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και σε δέσμες παροχών (ειδικά για γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές), στη σύνθεση των ομάδων, σε θέματα αξιοποίησης προσωπικού και στις ατομικές και θεσμικές ικανότητες.
- Μια πρόσφατη νομοθετική πρωτοβουλία στόχευσε στον εναρμονισμό της νομοθεσίας για τον χρόνο εργασίας των ιατρών του ΕΣΥ με τις απαιτήσεις της ΕΕ, έχοντας ως διακηρυγμένο στόχο τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών των ιατρών και, συνεπαγωγικά, τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και τη μείωση της πιθανότητας ιατρικού λάθους. Ο νόμος αυτός προβλέπει μεταβατικές λύσεις έως ότου αντιμετωπιστεί η κρίση στελέχωσης του ΕΣΥ, ωστόσο, δέχτηκε έντονη κριτική από την ΟΕΝΓΕ, κυρίως διότι δεν ήταν αρκετά προστατευτικός. Η στενή παρακολούθηση των συνεπειών του νέου πλαισίου είναι αναγκαία ώστε να διασφαλιστεί ότι θα πραγματοποιήσει τους επιδιωκόμενους στόχους.
- Οι ομάδες ασθενών στερούνται οποιουδήποτε θεσμικού ρόλου στη ρύθμιση και στο σχεδιασμό για τη φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Μέχρι πρόσφατα, στις μονάδες δημόσιας φροντίδας της χώρας, δεν υπήρχε κάποιο επίσημα σχεδιασμένο εργαλείο για την εκπόνηση ερευνών πάνω στην εμπειρία των ασθενών/ικανοποίηση των ληπτών. Ο Νόμος 4486/2017 ορίζει σαφώς αφενός ότι ο κοινωνικός έλεγχος πρέπει να διενεργείται, μεταξύ άλλων, μέσω ερευνών στις οποίες οι πολίτες θα αξιολογούν τις υπηρεσίες που έχουν δεχθεί και αφετέρου, ότι τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την παροχή των υπηρεσιών, σαν μέρος μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης. Η υλοποίηση αυτών των προβλέψεων είναι σε εξέλιξη. Επιπλέον, η δέσμευση για την ενδυνάμωση της φωνής των ασθενών αποτυπώνεται και στον Νόμο 4368/2016, ο οποίος προβλέπει ότι σε κάθε νοσοκομείο θα δημιουργηθεί ένα Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας. Τέτοια γραφεία είναι υπεύθυνα για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών εντός του νοσοκομείου και για την εξέταση των σχετικών παραπόνων των πολιτών. Ωστόσο, τα γραφεία βρίσκονται ακόμα σε ένα πρώιμο στάδιο υλοποίησης και δεν λειτουργούν με τη μέγιστη απόδοση, καθώς προς το παρόν έχουν δημιουργηθεί μόνο σε μεγάλα νοσοκομεία μεγάλων πόλεων.
- Ένα ολοκληρωμένο φάσμα αποδοτικών μέτρων έχει εφαρμοστεί για τη βελτίωση της παρακολούθησης και για την ενίσχυση της διαφάνειας των οικονομικών συναλλαγών στο σύστημα υγείας. Ένα παράδειγμα είναι η ανάπτυξη του εργαλείου παρακολούθησης τιμών το



οποίο αφορά την καταγραφή και την ανάλυση των προσφορών και των τεχνικών προδιαγραφών διαγωνισμών που δημοσιεύουν τα νοσοκομεία. Υπάρχει επίσης το πρόγραμμα «Διαύγεια» που εισήχθη το 2010 με σκοπό την προώθηση της διαφάνειας και των ανοιχτών διαδικασιών της ελληνικής κυβέρνησης και των πολιτικών της. Αυτές οι πρωτοβουλίες ενισχύουν τη διαφάνεια της δημόσιας διοίκησης, ωστόσο, λίγα βήματα έχουν γίνει για την ενδυνάμωση των πολιτών και για την ενίσχυση της συμμετοχής τους στη χάραξη πολιτικών υγείας και στον καθορισμό προτεραιοτήτων. Ένα σχετικό μέτρο είναι η προσθήκη στο νέο νόμο για την ΠΦΥ, μιας ακροαματικής διαδικασίας για τους κοινωνικούς οργανισμούς και για τα μέλη του κοινού.

- Έχουν καταβληθεί ουσιαστικές προσπάθειες για την ενίσχυση των διαδικασιών σύναψης συμβάσεων, τόσο για την πρωτοβάθμια, όσο και για τη νοσοκομειακή φροντίδα. Ο κατακερματισμός των συμβάσεων έχει αναγνωριστεί σαν βασική πηγή μη αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Στα νοσοκομεία εισήχθη ένα ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης προϊόντων και ένα κοινό μητρώο ιατρικών προμηθειών, προκειμένου να καταστεί δυνατό ένα πιο διάφανο και αποδοτικό σύστημα σύναψης συμβάσεων. Η σύνθεση και οι δικαιοδοσίες της ΕΚΑΠΥ αναθεωρήθηκαν το 2017. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αποτελεσματική σύναψη συμβάσεων έχει οδηγήσει τον νοσοκομειακό τομέα σε εξοικονόμηση πόρων, αλλά οι νέες, πιο κεντρικοποιημένες διαδικασίες σύναψης συμβάσεων, εφαρμοσμένες στην πρωτοβάθμια φροντίδα από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ κι έπειτα, δεν έχουν ακόμα αξιολογηθεί με ανάλογο τρόπο.
- Η εισαγωγή μέτρων που δίνουν έμφαση στις διαπραγματεύσεις μεταξύ αγοραστών (ασφαλιστικά ταμεία και νοσοκομεία) και κατασκευαστών ή προμηθευτών, προϋποθέτει επαρκείς διαπραγματευτικές ικανότητες, προκειμένου να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους. Το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια ανάπτυξης ικανοτήτων για αυτό τον σκοπό.
- Αναφορικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, μπορεί να σημειωθεί ότι το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση συνέχισε να αυξάνεται στα χρόνια της κρίσης, αλλά ο χρόνος που η κατάσταση της υγείας των ατόμων παραμένει καλή, μειώθηκε σημαντικά. Οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας σημείωναν πτώση για αρκετές δεκαετίες και βρίσκονταν σταθερά κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 28, ωστόσο, μετά το 2014 άρχισαν να αυξάνονται. Η αποτρεπτή θνησιμότητα, η συνολική θνησιμότητα και η θνησιμότητα από συγκεκριμένες αιτίες, σημείωσαν αλλαγές στην περίοδο της κρίσης, αν και σε διαφορετικό βαθμό και κατεύθυνση. Ωστόσο, είναι ξεκάθαρη η ανάγκη όχι μόνο για σχεδιασμό και για υλοποίηση της «Υγείας σε Όλες τις Πολιτικές» (Health in All Policies), των συστημάτων παρακολούθησης και των μητρώων ασθενειών, αλλά και για μια υπέρβαση των ορίων του συστήματος με ενίσχυση της έρευνας, προκειμένου να διασαφηνιστούν καλύτερα οι αιτιακές σχέσεις που συνδέουν τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από συγκεκριμένες ασθένειες.

Το Πλαίσιο 1 συνοψίζει προτάσεις για περαιτέρω δράση και για μελλοντικούς προβληματισμούς. Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, η σύντομη περίοδος που μεσολάβησε από τη θέσπιση των περισσότερων μέτρων που εξετάστηκαν στην παρούσα έκθεση και τη δημοσίευσή της, επιβάλλουν την ποιοτική φύση της ανάλυσης που βρίσκεται πίσω από αυτή την επισκόπηση. Απαιτούνται πιο ενδελεχείς αξιολογήσεις, που να ενσωματώνουν ποσοτικές συνιστώσες προκειμένου να



κατανοηθούν πλήρως τα οφέλη και οι προκλήσεις, και θα πρέπει να διενεργηθούν με συνέπεια στο μέλλον (βλ. και προτάσεις στο Πλαίσιο 1). Κοιτάζοντας προς το μέλλον, υπάρχει η ανάγκη για ένα πιο συνεκτικό, πιο ολοκληρωμένο και καλύτερα σχεδιασμένο πλάνο μεταρρύθμισης της υγείας, που να λαμβάνει πληρέστερα υπόψιν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να υιοθετεί μια πιο σύνθετη και στρατηγική προσέγγιση, ειδικά όσον αφορά την κατανομή των πόρων.

## Πλαίσιο 1. Προτάσεις για μελλοντική δράση

### Χρηματοδότηση, πρόσβαση και οικονομική προστασία

- Αύξηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία τουλάχιστον μέχρι και το 6% του ΑΕΠ, βελτιώνοντας την είσπραξη και τη συγκέντρωση των πόρων
- Περαιτέρω αντιμετώπιση της υπέρμετρης εξάρτησης από τις ίδιες δαπάνες των ασθενών, ειδικά από τις άτυπες πληρωμές.
- Επανεξέταση της δομής των συμμετοχών των ασθενών στο κόστος, ειδικά για τα φαρμακευτικά προϊόντα.
- Αναθεώρηση της διαδικασίας καθορισμού της δέσμης παροχών ώστε να ενισχυθεί η διαφάνεια και η καταλληλότητα (π.χ., οδοντιατρική κάλυψη).
- Στόχευση σε ένα καλοσχεδιασμένο, συνεκτικό σύστημα χρηματοδότησης, προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα των διαθέσιμων πόρων και να αποφευχθούν μη επιδιωκόμενες συνέπειες (λ.χ. νέες μορφές άτυπων πληρωμών).

### Παροχή φροντίδας υγείας

- Δέσμευση για την πλήρη ανάπτυξη ενός δικτύου ενισχυμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Εστίαση σε μηχανισμούς αναγκαίους για τη διευκόλυνση της συντονισμένης παροχής φροντίδας σε διαφορετικά επίπεδα (π.χ., ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και κλινικές κατευθυντήριες γραμμές).
- Επανεξέταση των μηχανισμών πληρωμών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, αναθεωρώντας μεταξύ άλλων τα επίπεδα αποδοχών και τις συμβάσεις εργασίας του προσωπικού των ΤΟΜΥ και των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, ώστε να αποτραπούν τα διαφοροποιημένα κίνητρα.
- Μετασχηματισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας ώστε να δοθεί έμφαση στη μείωση της εμφάνισης και του επιπολασμού των μη μεταδιδόμενων ασθενειών, εξετάζοντας μεταξύ άλλων το ενδεχόμενο μηχανισμών αμοιβής βάσει επιδόσεων.
- Ενίσχυση των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας και επικέντρωση στην παρακολούθηση, την αξιολόγηση, την έρευνα και την ανάπτυξη ικανοτήτων.
- Ενίσχυση της ανεξάρτητης, εξειδικευμένης φύσης των τμημάτων επειγόντων.

### Ποιότητα και ασφάλεια της φροντίδας υγείας

- Προαγωγή της ολοκληρωμένης φροντίδας ώστε να αναπτυχθούν σε τοπικό επίπεδο ικανότητες που διευκολύνουν την ταχύτερη και πιο ευέλικτη ανταπόκριση στις ανάγκες του κάθε ασθενή.
- Ανάπτυξη μιας εθνικής υποδομής διαχείρισης της ποιότητας και ενός συνόλου συμφωνημένων δεικτών με στόχο την παρακολούθηση της απόδοσης και τη διασφάλιση της ανάπτυξης ικανοτήτων για την υλοποίησή τους.
- Διασφάλιση στρατηγικών αγορών προηγμένου διαγνωστικού εξοπλισμού που βασίζονται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

- Συνέχιση των προσπαθειών για τον εξορθολογισμό της χρησιμοποίησης των διαγνωστικών εξετάσεων και των φαρμάκων, δίνοντας έμφαση στις κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης και/ή στους κανόνες παραπομπών (π.χ., Ασφαλιστικός Φάκελος Υγείας του ΕΟΠΥΥ).
- Παρακολούθηση της υλοποίησης των πρόσφατων προβλέψεων για την ΗΤΑ και συνέχιση των εργασιών για την ανάπτυξη ενός ανεξάρτητου προγράμματος ΗΤΑ με μεγαλύτερη εμβέλεια.

## **ΑΔΥ**

- Οριστικοποίηση και εφαρμογή ενός τεκμηριωμένου στρατηγικού σχεδίου για το ΑΔΥ που θα περιλαμβάνει:
  - αλλαγές στην εκπαίδευση
  - διαχείριση και δέσμες παροχών
  - σχεδιασμό προσωπικού
  - ατομικές και θεσμικές ικανότητες.
- Υλοποίηση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων του νόμου για τις ώρες εργασίας υπό το πρίσμα των ελλείψεων σε προσωπικό.
- Παρακολούθηση και βελτίωση των επιπέδων στελέχωσης και ικανοτήτων σε σημαντικές δομές του συστήματος υγείας, όπως το Υπουργείο Υγείας και ο ΕΟΠΥΥ.

## **Ρόλος των ασθενών**

- Ανάπτυξη εργαλείων έρευνας της εμπειρίας των ασθενών σε διαφορετικά επίπεδα φροντίδας και εγκαθίδρυση μηχανισμών σαφούς ανατροφοδότησης πληροφοριών που θα χρησιμοποιηθούν στη διαμόρφωση πολιτικών.
- Διαρκής στήριξη και ενίσχυση των εδραιωμένων γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας.
- Περαιτέρω ενδυνάμωση των πολιτών και ενίσχυση της συμμετοχής τους στη χάραξη πολιτικών για την υγεία και στον καθορισμό προτεραιοτήτων (π.χ., συμμετοχή στην Επιτροπή Αξιολόγησης)

## **Διακυβέρνηση**

- Εστίαση στην ανάπτυξη ικανοτήτων για να υποστηρίζονται μέτρα τα οποία εξαρτώνται όλο και περισσότερο από διαπραγματεύσεις μεταξύ αγοραστών (ασφαλιστικά ταμείων και νοσοκομεία) και κατασκευαστών ή προμηθευτών.
- Ενεργή παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την αναδιοργάνωση του συστήματος σύναψης συμβάσεων.
- Ενίσχυση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στον τομέα της φροντίδας υγείας και παράλληλος διπλασιασμός των προσπαθειών για την οικοδόμηση ενός εύρυθμου, ενοποιημένου πληροφοριακού συστήματος για την υγεία.

## **Επίπεδο υγείας του πληθυσμού**

- Σχεδιασμός και υλοποίηση της «Υγείας σε Όλες τις Πολιτικές», ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης και παρακολούθησης και μητρώων ασθενειών.
- Ενίσχυση της έρευνας προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι αιτιακές σχέσεις που συνδέουν κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα συγκεκριμένων ασθενειών.

## **Γενικά**

- Διαφύλαξη της βιωσιμότητας των ωφελειών που προκύπτουν από τις μεταρρυθμίσεις, ειδικά σε σχέση με την καθολική κάλυψη υγείας και αξιοποίησή τους, ακολουθώντας την έξοδο της Ελλάδας από τον μηχανισμό των ΠΟΠ.

- Διαρκής επαγρύπνηση για την επανόρθωση των μη επιδιωκόμενων συνεπειών που προκλήθηκαν από τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.
- Εντατικοποίηση των προσπαθειών για ενδεδειγμένη ποιοτική αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας.
- Έμφαση σε ένα πιο συνεκτικό, πιο ολοκληρωμένο και καλύτερα σχεδιασμένο πλάνο μεταρρύθμισης της υγείας, που να ανταποκρίνεται πληρέστερα στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να υιοθετεί μια πιο σύνθετη και στρατηγική προσέγγιση, ειδικά όσον αφορά την κατανομή των πόρων.
- Εξέταση του ενδεχόμενου ενός νέου λειτουργικού προγράμματος για την φροντίδα υγείας ή έστω ενός βασικού στόχου ή προτεραιότητας, ενόψει των μελλοντικών περιόδων προγραμματισμού χρηματοδότησης της ΕΕ.

# Βιβλιογραφία

- Anagnostopoulos DC, Soumaki E (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 22(2):131–4 doi:10.1007/s00787-013-0377-y.
- Antonakakis N, Collins A (2014). The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy. *Soc Sci Med*. 112:39–50.
- Bonovas S, Nikolopoulos G (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg*. 53(3):169–71.
- Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti EF, Theodorakis PN et al. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*. 5(1):e005619. doi:10.1136/bmjopen-2014-005619.
- Chisholm D, Caldas-Almeida JM (2017). Developing mental health care quality assurance in Greece: report of a WHO scoping mission (19–21 June 2017). Internal report for Minister of Health. Unpublished.
- Christodoulou NG, Christodoulou GN (2013). Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *Psychother Psychosom*. 82(5):279–84.
- CURIA (2018) [online database]. Judgment of the Court (Ninth Chamber) of 23 December 2015, European Commission v Hellenic Republic: Case C-180/14 (ECLI:EU:C:2015:840; <http://curia.europa.eu/juris/documents.jsf?num=C-180/14>, accessed 22 November 2018).
- Drummond MF, Schwartz JS, Jönsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U et al. (2008). Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assess Health Care*. 24(3):244–58.
- Economou C (2010). Greece: health system review. *Health Syst Transit*. 12(7): 1–177.
- Economou C (2015). Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf?ua=1), accessed 5 November 2018).
- Economou C, Giorno C (2009). Improving the performance of the public health care system in Greece. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Economics Department Working Papers No. 722; <https://doi.org/10.1787/18151973>, accessed 5 November 2018).
- Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*. 145(3):308–14.
- Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*. 12(1):53–9.
- Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafropoulou M (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*. 9(2):99–115.

- Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A (2015). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A et al. eds. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe for the European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory Studies Series No. 41; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1), accessed 1 October 2018).
- Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A (2017). Greece: Health system review. *Health Syst Transit.* 19(5):1–166.
- Economou C, Kaitelidou D, Siskou O (2018a). A health system in the era of economic crisis and memoranda: bearing patiently the consequences or grabbing the chance for introducing reforms? In: Saridi M, Souliotis K eds. The impact and implications of crisis: a comprehensive approach combining elements of health and society. New York: Nova Science Publishers:257–67.
- Economou C, Kaitelidou D, Siskou O, Galanis P, Konstantakopoulou O (2018b). Rapid assessment of human resources for health in Greece. Support to the Ministry of Health of Greece in developing a national strategy/strategic plan on human resources for health. Internal report for Minister of Health. Unpublished.
- Economou C, Kaitelidou D, Siskou O, Galanis P, Konstantakopoulou O (2018c). Development of a patient experiences measurement tool (PEMT) for primary health care in Greece. Support to the Ministry of Health of Greece in developing the tools for conducting periodic user satisfaction surveys in public health care facilities. Internal report for Minister of Health. Unpublished.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2015. Πειραιάς ([http://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_In=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_documentID=307471&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_locale=el](http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_In=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=307471&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el), προσπέλαση 18 Οκτωβρίου 2018).
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2018). Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2016. Πειραιάς ([http://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_In=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_documentID=307879&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_locale=el](http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_In=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=307879&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el), προσπέλαση 18 Οκτωβρίου 2018).
- ΕΟΠΥΥ (2015). Έκθεση δραστηριοτήτων 2013–2015. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Εσωτερική αδημοσίευτη έκθεση.
- EUnetHTA (2018). What is health technology assessment (HTA)? In: Assessment submission. Diemen: European Network for Health Technology Assessment (<https://www.eunetha.eu/services/submission-guidelines/submissions-faq/>, accessed 18 October 2018).

- European Commission (2017). State of health in the EU: Greece: country health profile 2017. Brussels ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_english.pdf), accessed 18 October 2018).
- European Court of Justice (2015). By allowing doctors to work 24 hours or more consecutively, Greek law infringes EU law. Luxembourg: Court of Justice of the European Union (Press release No 152/15; [https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2015-12/cp150\\_152en.pdf](https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2015-12/cp150_152en.pdf), accessed 22 November 2018).
- Eurostat (2018a). Statistics explained: unmet health care needs statistics. Luxembourg: European Commission ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics), accessed 5 November 2018).
- Eurostat (2018b). Life expectancy by age and sex. Luxembourg: European Commission ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_mlexpec&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en), accessed 5 November 2018).
- Eurostat (2018c). Healthy life years (from 2014 onwards). Luxembourg: European Commission ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_hlye&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en), accessed 5 November 2018).
- Eurostat (2018d). Self-perceived health by sex, age and degree of urbanization. Luxembourg: European Commission ([https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=hlth\\_silc\\_18](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=hlth_silc_18), accessed 5 November 2018).
- Eurostat (2018e). Infant mortality rates. Luxembourg: European Commission ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_minfind&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en), accessed 5 November 2018).
- Eurostat (2018f). Amenable and preventable deaths of residents. Luxembourg: European Commission ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_cd\\_apr&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_apr&lang=en), accessed 5 November 2018).
- Filippidis F, Gerovasili V, Millett C, Tountas Y (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Sci Rep.* 7:46423. doi: 10.1038/srep46423.
- Filippidis FT, Schoretsaniti S, Dimitrakaki C, Vardavas CI, Behrakis P, Connolly GN et al. (2014). Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of social disparities. *Eur J Public Health.* 24(6):974–9.
- GBD Greece (2018). The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Public Health* 3:e395–e405. Epub ahead of print (<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2818%2930130-0>, accessed 18 October 2018):e404.
- Gröne O, Garcia-Barbero M (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care.* 1:e21 (<https://researchonline.lshtm.ac.uk/1277196/1/ijic2001-200121.pdf>, accessed 22 November 2017):7.
- Guthrie S, Hafner M, Bienkowska-Gibbs T, Wooding S (2015). Returns on research funded under the NIHR Health Technology Assessment (HTA) Programme: economic analysis and case studies. London: RAND Corporation ([https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR600/RR666/RAND\\_RR666.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR600/RR666/RAND_RR666.pdf), accessed 18 October 2018).
- Health Reform Support Programme (2015a). Elimination of the €1 per prescription fee. Briefing Note No. 1. Ministry of Health internal report. Unpublished.
- Health Reform Support Programme (2015b). Abolishment of the out-of-pocket 5€ co-payment for ambulatory care. Briefing Note No. 15. Ministry of Health internal report. Unpublished.



- Hirshon JM, Risko N, Calvello EJ, Stewart de Ramirez S, Narayan M, Theodosios C et al. (2013). Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ.* 91(5):386–8.
- Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy.* 113(1–2):8–12.
- Kani C, Kourafalos V, Litsa P (2017). Current environment for introducing health technology assessment in Greece. *Int J Technol Assess Health Care.* 33(3):396–401.
- Karatzanis AD, Symvoulakis EK, Nikolaou V, Velegrakis GA (2012). Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece. *Int J Med Sci.* 9(2):126–8.
- KEELPNO (2012). Global AIDS response progress report 2013: Greece. Reporting period: January – December 2012. Athens: Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (<http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/HIV/GARP%202013.pdf>, accessed 22 November 2018).
- Madianos MG, Alexiou T, Patelakis A, Economou M (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *Eur J Psychiat.* 28(1):39–49.
- Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S et al. (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Policy summary 5; [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/170865/e96643.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf), accessed 22 November 2018).
- OECD (2018). Health statistics database [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://data.oecd.org/>, accessed 10 May 2018).
- Panteli D, Arickx F, Cleemput I, Dedet G, Eckhardt H, Fogarty E, et al. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries review. *Health Syst Transit.* 18(5):1–122.
- Panteli D, Edwards S (2018). Ensuring access to medicines: how to stimulate innovation to meet patients' needs. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/379701/PB29\\_AUSTRIA\\_web\\_13082018.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/379701/PB29_AUSTRIA_web_13082018.pdf), accessed 22 November 2018).
- Papadimitriou D, Samentzas A, Trikas A (2014). The prevalence of acute myocardial infarction during Greek financial crisis in the cardiology department of a central hospital in Athens. Poster presented at the Heart Failure Congress 2014, 17–20 May in Athens, Greece. Abstracts Supplement, *Eur J Heart Fail.* 16(Suppl 2):180 (<http://spo.escardio.org/SessionDetails.aspx?eventid=68&sessId=13505&subSessId=3306#.VTd87ZMYNok>, accessed 18 October 2018).
- Paraskevis D, Nikolopoulos G, Fotiou A, Tsiara C, Paraskeva D, Sypsa V et al. (2013). Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study. *PLoS One.* 8(11):e78941. doi:10.1371/journal.pone.0078941.
- Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their de-terminants (2003–2012). *BMJ Open.* 5(3):e007295. doi:10.1136/bmjopen-2014-007295.
- Samentzas A, Papadimitriou D, Papasaikas D, Mountaki V, Trikas A (2014). Impact of atrial fibrillation during the Greek economic crisis in the cardiologist department of Elpis General Hospital of Athens. Poster presented at the Heart Failure Congress 2014, 17–20 May 2014, Athens. Greece Abstracts Supplement, *Eur J Heart Fail.* 16(Suppl 2):180 (<http://spo.escardio.org/SessionDetails.aspx?eventid=68&sessId=13505&subSessId=3306#.W8h0o2hKjcc>, accessed 18 October 2018).

- SCUC (2016a). Reducing excess reliance on caesarean sections in Greece. Policy brief no. 10. Strengthening Capacity for Universal Coverage internal report. Unpublished.
- SCUC (2016b). Rationalisation and cost-containment of diagnostic laboratory tests: current situation in 2016. Policy brief no. 7. Strengthening Capacity for Universal Coverage internal report. Unpublished.
- SCUC (2016c). Final Report SCUC Phase 1. Strengthening Capacity for Universal Coverage internal report. Unpublished.
- SCUC (2017a). National Public Health Strategic Plan 2019–2021. Draft. Strengthening Capacity for Universal Coverage internal report. Unpublished.
- SCUC (2017b). Reshaping the balance of care in Greece. Policy brief no. 15. Strengthening Capacity for Universal Coverage internal report. Unpublished.
- SCUC (2017c). SCUC Progress Report Phase 2. Internal report for Ministry of Health. Unpublished.
- SCUC (2018a). Follow-up report: reducing excess reliance on caesarean sections in Greece. Policy brief no. 10. Strengthening Capacity for Universal Coverage internal report. Unpublished.
- SCUC (2018b). User orientation services in the Greek health sector. Policy brief no. 19. Strengthening Capacity for Universal Coverage internal report. Unpublished.
- Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E, Lionis C (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Serv Res.* 17(1):788 doi 10.1186/s12913-017-2702-5.
- Simou E, Stavrou M, Kanavou E, Koutsogeorgou E, Roumeliotou A (2013). Association between birth rates and selected socio-economic indicators in a time of economic crisis: the case of Greece. Athens: Department of Epidemiology and Biostatistics, National School of Public Health (<https://pdfs.semanticscholar.org/1339/4102c6d3432916b02c2558ed0b7c43ea47c6.pdf>, accessed 18 October 2018).
- Souliotis K, Papageorgiou M, Politi A, Athanasiadis A (2016). Pharmaceutical pricing policy in Greece: toward a different path. *Front Public Health.* 4:185.
- Spala G (2014). Νεώτερα επιδημιολογικά δεδομένα για τη φυματίωση στην Ελλάδα. *HCDCEP E-bulletin* (<http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5056>, accessed 28 May 2015) (in Greek).
- Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on UHC in Europe. Presentation at Ministry of Health, Athens, 16 May 2018.
- UNICEF (2014). ΕΚΘΕΣΗ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 2014 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά [State of children in Greece 2014: the impact of the economic crisis on children]. Athens: Hellenic National Committee for UNICEF (<https://www.unicef.gr/uploads/filemanager/PDF/2014/children-in-greece-2014.pdf>, accessed 9 November 2018) (in Greek).
- Vandoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health.* 23(5):727–31.
- Vlachadis N, Kornarou E (2013). Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. *BMJ.* 346:f1061 doi: 10.1136/bmj.f1061.
- Vogler S, Paris V, Panteli D (2018). Ensuring access to medicines: how to redesign pricing, reimbursement and procurement? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Addressing policy failures in pharmaceuticals series, Policy brief 30; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/379710/PolicyBrief\\_AUSTRIA\\_PB30\\_web\\_13082018.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/379710/PolicyBrief_AUSTRIA_PB30_web_13082018.pdf), accessed 18 October 2018).
- WHO (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organisation ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf), accessed 18 October 2018).

- WHO (2011). WHO medical device technical series. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/medical\\_devices/publications/med\\_dev\\_package/en/](http://www.who.int/medical_devices/publications/med_dev_package/en/), accessed 22 November 2018).
- WHO (2015). WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026. Geneva: World Health Organization (Executive summary; [http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/the\\_global\\_strategy\\_for\\_integrated\\_people\\_centred\\_health\\_services.pdf](http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/the_global_strategy_for_integrated_people_centred_health_services.pdf), accessed 22 November 2018):4.
- WHO (2018). HTA definitions. In: Health technology assessment [web site]. Geneva: World Health Organisation (<http://origin.who.int/health-technology-assessment/about/Defining/en/>, accessed 22 November 2018).
- WHO Regional Office for Europe (2016). Integrated care models: an overview. Copenhagen ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf), accessed 28 November 2018):3.
- WHO Regional Office for Europe (2017a). Re-profiling emergency medical services in Greece: assessment Report. Copenhagen ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/357\\_487/6\\_Greece-report\\_FINAL\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/357_487/6_Greece-report_FINAL_web.pdf), accessed 18 October 2018).
- WHO Regional Office for Europe (2017b). Rationalizing distribution and utilization of high value capital medical equipment in Greece: assessment report. Copenhagen ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/373317/rationalizing-distribution-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373317/rationalizing-distribution-eng.pdf?ua=1), accessed 18 October 2018).
- WHO Regional Office for Europe (2018a). Note on options for improving access and financial protection in the health system in Greece through redesign of co-payment policy. Barcelona: WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening.
- WHO Regional Office for Europe (2018b). Addressing informal payments in the Greek health system. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/addressing-informal-payments-in-the-greek-health-system-2018>, accessed 18 October 2018).
- Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών (2007). Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007–2013. Αθήνα (<https://www.certh.gr/dat/7190CCE2/file.pdf>, προσπέλαση 9 Νοεμβρίου 2018).
- Υπουργείο Υγείας (2015). Υπουργική Απόφαση – Διαγνωστικά . Δελτίο Τύπου 21 Δεκεμβρίου 2015. Αθήνα (<http://moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/3630-yπουργikh-arofash-diagnwstika>, προσπέλαση 22 Νοεμβρίου 2018).
- Υπουργείο Υγείας (2018α). Καθιέρωση και εφαρμογή συστήματος παραπομπών για την πρόσβαση στα Κέντρα Υγείας, τις δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υπηρεσιών υγείας. Αθήνα (Αρ. Πρωτ. Γ1α/29106; 13/04/2018; <https://diavgeia.gov.gr/doc/6YPX465ΦΥΟ-2ΣΥ>, προσπέλαση 9 Νοεμβρίου 2018).
- Υπουργείο Υγείας (2018β). Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπ' αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ.29106/13-4-2018 υπουργικής απόφασης με θέμα «Καθιέρωση και εφαρμογή συστήματος παραπομπών για την πρόσβαση στα Κέντρα Υγείας, τις δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υπηρεσιών υγείας». Αθήνα (Αρ. Πρωτ. Γ1α/46960; 18/06/2018; <https://diavgeia.gov.gr/doc/9I61465ΦΥΟ-ΦΧ0>, προσπέλαση 9 November 2018).
- Υπουργείο Υγείας (2018γ). Σύσταση Διακομματικής Επιτροπής για τη Φαρμακευτική Πολιτική. Δελτίο Τύπου 23 Μαΐου 2018. Αθήνα (<http://moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/5518-systash-diakommatikh-s-epitrophs-gia-th-farmakeytikh-politikh>, πρόσβαση Ιούλιος 2018). Αθήνα.

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). Ψυχαργός III (2011–2020): Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος Ψυχαργός. Αθήνα.
- Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health*. 23(2):206–10.
- WHO Regional Office for Europe (2017b). Rationalizing distribution and utilization of high value capital medical equipment in Greece: assessment report. Copenhagen ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/373317/rationalizing-distribution-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373317/rationalizing-distribution-eng.pdf?ua=1), accessed 18 October 2018).
- WHO Regional Office for Europe (2018a). Note on options for improving access and financial protection in the health system in Greece through redesign of co-payment policy. Barcelona: WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening.
- WHO Regional Office for Europe (2018b). Addressing informal payments in the Greek health system. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/addressing-informal-payments-in-the-greek-health-system-2018>, accessed 18 October 2018).
- Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health*. 23(2):206–10.



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αποτελεί μια ειδική υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών που συστάθηκε το 1948 με κύρια αρμοδιότητα τα διεθνή θέματα υγείας και τη δημόσια υγεία. Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του ΠΟΥ είναι ένα από τα έξι περιφερειακά γραφεία σε όλο τον κόσμο, που το καθένα διαθέτει το δικό του πρόγραμμα με γνώμονα τις συγκεκριμένες υγειονομικές συνθήκες στις χώρες που υπηρετεί.

#### Κράτη-Μέλη

Άγιος Μαρίνος  
Αζερμπαϊτζάν  
Αλβανία  
Ανδόρρα  
Αρμενία  
Αυστρία  
Βέλγιο  
Βόρεια Μακεδονία  
Βοσνία και Ερζεγοβίνη  
Βουλγαρία  
Γαλλία  
Γερμανία  
Γεωργία  
Δανία  
Δημοκρατία της Μολδαβίας  
Ελβετία  
Ελλάδα  
Εσθονία  
Ηνωμένο Βασίλειο  
Ιρλανδία  
Ισλανδία  
Ισπανία  
Ισραήλ  
Ιταλία  
Καζακστάν  
Κιργιζία  
Κροατία  
Κύπρος  
Λετονία  
Λευκορωσία  
Λιθουανία  
Λουξεμβούργο  
Μάλτα  
Μαυροβούνιο  
Μονακό  
Νορβηγία  
Ολλανδία  
Ουγγαρία  
Ουζμπεκιστάν  
Ουκρανία  
Πολωνία  
Πορτογαλία  
Ρουμανία  
Ρωσική Ομοσπονδία  
Σερβία  
Σλοβακία  
Σλοβενία  
Σουηδία  
Τατζικιστάν  
Τουρκία  
Τουρκμενιστάν  
Τσεχική Δημοκρατία  
Φινλανδία

### Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης

**Γραφείο ΠΟΥ Ελλάδας**  
Πλουτάρχου 3, Αθήνα 10675  
Τηλ. +30.210.523.5480

Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)