

# Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020

Υπουργείο Υγείας  
Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Υπουργείο Υγείας



## Πίνακας Περιεχομένων

1	Υφιστάμενη Κατάσταση του τομέα Υγείας.....	4
1.1	Βασικοί Δείκτες Υγείας .....	6
1.2	Ανισοροπίες και στρεβλώσεις στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης .....	9
1.3	Στρεβλή παροχή υπηρεσιών .....	14
1.4	Αδυναμίες στη διακυβέρνηση του συστήματος Υγείας .....	19
1.5	SWOT analysis .....	21
2	Η Εθνική Στρατηγική του τομέα Υγείας & το ΕΣΠΑ 2014-2020 .....	24
2.1	Η Εθνική Πολιτική Υγείας .....	24
2.1.1	Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης Υγείας των «100 σημείων δράσης» .....	24
2.1.2	Η πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	38
2.1.3	Η πολιτική για την Ψυχική Υγεία .....	52
2.1.4	Η Πολιτική για την Δημόσια Υγεία (Αγωγή – Προαγωγή Υγείας) .....	57
2.1.5	Η πολιτική για τις Εξαρτήσεις .....	62
2.1.6	Η πολιτική για την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση του τομέα Υγείας .....	64
2.1.7	Η Διασυνοριακή Πολιτική του τομέα Υγείας (Διασυνοριακή – Διακρατική Συνεργασία Υγείας) .....	68
2.2	Η Πολιτική του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020 .....	70
2.2.1	1 <sup>ος</sup> Πυλώνας ΕΣΠΑ: Βιωσιμότητα Συστήματος Υγείας - Διαφανής χωρίς αποκλεισμούς εκσυγχρονισμένη διακυβέρνηση της Υγείας, μέσω αποτελεσματικής και αποδοτικής δημόσιας διοίκησης του συστήματος Υγείας. ....	70
2.2.2	2 <sup>ος</sup> Πυλώνας ΕΣΠΑ: Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο - Εξασφάλιση καθολικής Πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα Υγείας.....	74
2.2.3	3 <sup>ος</sup> Πυλώνας ΕΣΠΑ: Εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα υγείας.....	76
2.3	Δείκτες Πολιτικής Υγείας που συνδέονται με την Εθνική Στρατηγική Υγείας και την Στρατηγική ΕΣΠΑ 2014-2020 .....	78
2.3.1	Πρόταση δεικτών αξιολόγησης .....	78
2.3.2	Δείκτες Στρατηγικής της πολιτικής Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014 -2020 .....	79
2.3.3	Ειδικοί Δείκτες ΕΣΠΑ 2014-2020 .....	80
3	Εξειδίκευση της Στρατηγικής .....	83
3.1	Εξειδίκευση ανά Θεματικό Στόχο .....	83

3.2	Εξειδίκευση Δράσεων ανά Θεματικό Στόχο του ΕΣΠΑ 2014-2020 - ΔΕΛΤΙΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ.....	88
3.2.1	Θεματικός Στόχος 1. Ενίσχυση της Έρευνας, της Τεχνολογικής Ανάπτυξης και της Καινοτομίας.....	88
3.2.2	Θεματικός Στόχος 2. Ενίσχυση της πρόσβασης, και χρήσης και ποιότητας των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας.....	89
3.2.3	Θεματικός Στόχος 9. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων.....	91
3.2.4	Θεματικός Στόχος 11. Ενίσχυση της θεσμικής επάρκειας των δημοσίων υπηρεσιών και θεσμών και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση .....	96
4	Χρηματοδότηση της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2014-2020 .....	104

## 1 Υφιστάμενη Κατάσταση του τομέα Υγείας

Η επένδυση στην υγεία θεωρείται παγκοσμίως ως ένας από τους βασικούς μοχλούς ανάπτυξης. Στην Ευρώπη, η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» για μια έξυπνη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη, εφόσον, εκτός της ευρύτερης ηθικής και κοινωνικής της διάστασης, έχει σοβαρές θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα της Ευρωπαϊκής οικονομίας.

Με δεδομένο ότι οι ανάγκες χρηματοδότησης πολλαπλασιάζονται αφενός λόγω της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης που επιφέρει η γήρανση του πληθυσμού και αφετέρου του αυξανόμενου κόστους θεραπείας που τροφοδοτεί η παράμετρος της πολυσχιδούς επιστημονικής και τεχνολογικής εξέλιξης στον τομέα, η σημασία της αποτελεσματικότερης χρήσης των περιορισμένων διαθέσιμων δημοσιονομικών πόρων καθίσταται πρωταρχικό ζήτημα τόσο στο επίπεδο των βασικών πολιτικών επιλογών όσο και στο επίπεδο της επίτευξης μέγιστης διαχειριστικής ικανότητας.

Μετά τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης που διήρκεσαν μέχρι το 2007, η ελληνική οικονομία το 2008 παρουσίασε σημάδια ύφεσης, στο πλαίσιο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Από το 2009 και μετά, η ύφεση επιταχύνθηκε σημαντικά λόγω των δημοσιονομικών ανισορροπιών. Η ανάγκη για δημοσιονομική εξυγίανση οδήγησε στην προσχώρηση της Ελλάδας σε έναν τριμερή μηχανισμό οικονομικής ενίσχυσης, που αποτελείται από την ΕΕ, το ΔΝΤ και την ΕΚΤ. Η αυστηρή εισοδηματική πολιτική και οι δραστικές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες που εφαρμόστηκαν τα τελευταία πέντε χρόνια επηρέασαν, όπως αναμενόταν, αρνητικά την ανάπτυξη του ΑΕΠ. Το ΑΕΠ συρρικνώθηκε κατά 8,9% το 2011, 6,6% το 2012 και 3,9% το 2013. Το 2014 σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα ανάπτυξης, ενώ τον Ιούλιο 2015 οι ελληνικές αρχές προχώρησαν στη σύναψη ενός νέου προγράμματος με τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας, το οποίο επικυρώθηκε από τη Βουλή με ευρεία διακομματική πλειοψηφία, διαμορφώνοντας κατά αυτό τον τρόπο μία ισχυρή διακομματική βάση με ευρωπαϊκό προσανατολισμό, με σκοπό την πολιτική σταθερότητα και την ανάκαμψη της οικονομίας.

**Πίνακας 1. Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν. Πηγή: EUROSTAT**

	Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-27 = 100)	Ετήσια μεταβολή ΑΕΠ στην Ελλάδα	Ετήσια μεταβολή ΑΕΠ στην ΕΕ 27
2000	84		
2001	86		
2002	90		
2003	93	6.6	1,5
2004	94	5	2,5

	Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-27 = 100)	Ετήσια μεταβολή ΑΕΠ στην Ελλάδα	Ετήσια μεταβολή ΑΕΠ στην ΕΕ 27
2005	91	0.9	2,0
2006	92	5.8	3,4
2007	90	3.5	3,1
2008	93	-0,4	0,5
2009	94	-4.4	-4,4
2010	87	-5.4	2,1
2011	79	-8,9	1,7
2012	74	-6.6	-0,5
2013	73	-3.9	-0,2
2014	72	0.8	1,4

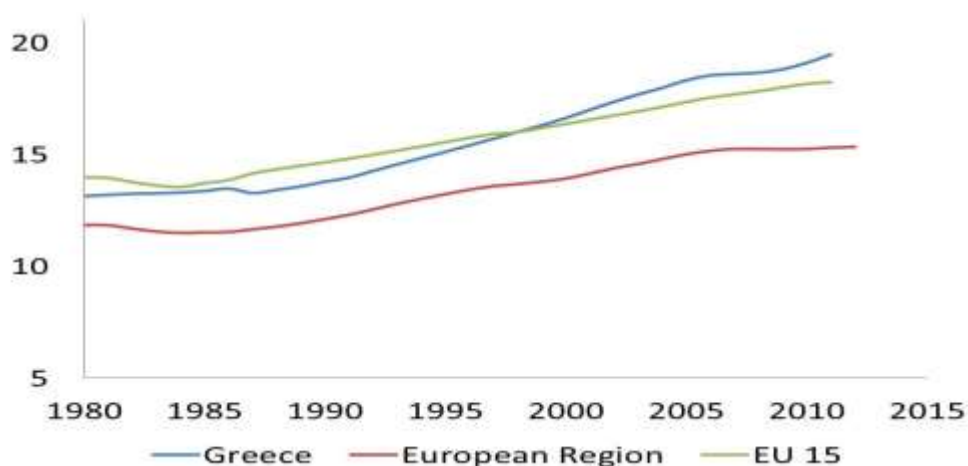
Έως και το 2008 η ανεργία στην Ελλάδα ήταν σχετικά χαμηλή και κινούνταν σε ποσοστό της τάξεως του 7,6%, πολύ κοντά στο μέσο όρο της Ευρωζώνης. Ωστόσο, από το 2009 η ανεργία στη χώρα αυξήθηκε ως αποτέλεσμα της διεθνούς κρίσης που έπληξε και την Ελλάδα και ανήλθε σε 9,5 %, ενώ για το 2010 αυξήθηκε περαιτέρω στο 12,5%, ως συνέπεια της περιοριστικής δημοσιονομικής πολιτικής που εφαρμόστηκε εξαιτίας της κρίσης χρέους. Το 2011 το ποσοστό ανεργίας, ως επακόλουθο της γενικότερης κρίσης της ελληνικής οικονομίας και των μέτρων που έχουν ληφθεί για τη δημοσιονομική εξυγίανση, έφτασε το 17,7% και εντάθηκε με ραγδαίους ρυθμούς. Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2013, η ανεργία στη χώρα κινείται στην περιοχή του 27%, με τον αριθμό των ανέργων να υπερβαίνει τα 1,3 εκατομμύρια άτομα και τη χώρα μας να κατατάσσεται **πρώτη στην ανεργία** μέσα στην ευρωζώνη. Η πρώτη θέση διατηρήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια του 2014 και του 2015, με το αντίστοιχο ποσοστό να υποχωρεί το 2015 ελαφρά στο ύψος του 25,7%.

Ως αποτέλεσμα τόσο της ανεργίας όσο και της γενικότερης οικονομικής συγκυρίας, σημαντικό τμήμα της ελληνικής κοινωνίας αντιμετωπίζει σήμερα το κίνδυνο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας («Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα – 26 Απριλίου 2013) ο πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή/και κοινωνικό αποκλεισμό το 2011 ανήρθε σε 3.403.000 (ποσοστό 31%) έναντι 3.007.000 (ποσοστό 27,6%) το 2009, ενώ ο πληθυσμός των νοικοκυριών με χαμηλή ένταση εργασίας ανήρθε σε 979.000 πολίτες (**ποσοστό 11,8%**) **το 2011** έναντι 539.000 (**ποσοστό 6,5%**) **το 2009**.

## 1.1 Βασικοί Δείκτες Υγείας

Οι κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ελλάδα επιτείνονται από την ταχεία γήρανση του πληθυσμού. Το ποσοστό των πολιτών άνω των 65 ετών αυξάνεται ταχύτατα και σήμερα είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο της ΕΕ των 15 (Σχήμα 1), ενώ επιπλέον η γονιμότητα είναι σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερη σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και η μετανάστευση που σχετίζεται με την κρίση αποτελεί μια πρόσθετη επιβάρυνση. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για αυτές τις δημογραφικές μεταβολές. Για παράδειγμα, η **ανάπτυξη της γηριατρικής βρίσκεται πολύ χαμηλά**, μολονότι υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα περί τα 200.000 άτομα άνω των 60 ετών που πάσχουν από Αλτσχάιμερ<sup>1</sup>.

**Σχήμα 1. Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών, έτη 1970 έως τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους)**

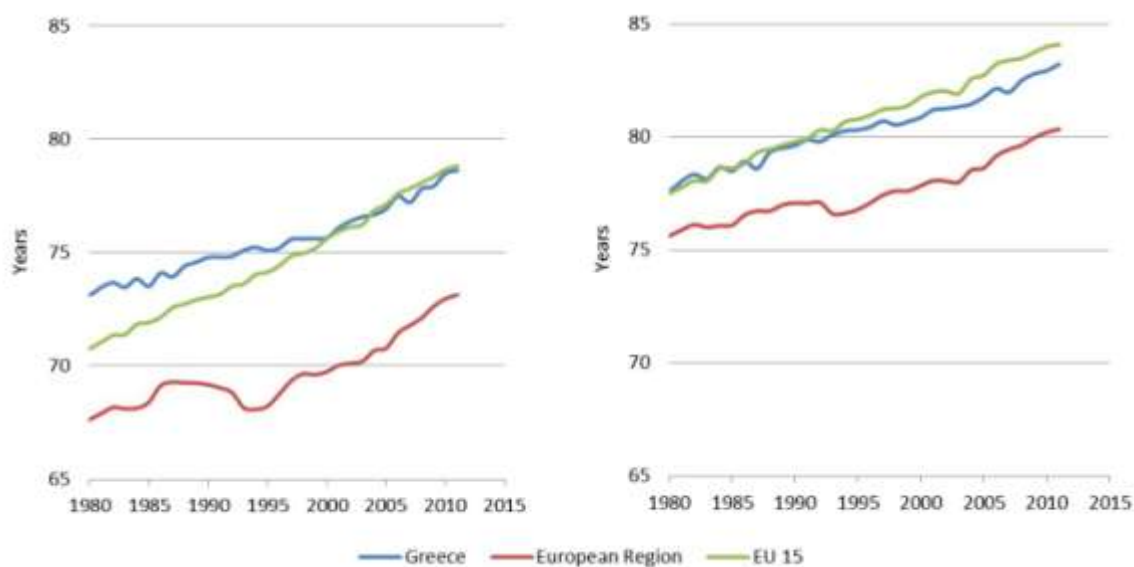


Η έλλειψη προετοιμασίας για τη δημογραφική πρόκληση καθίσταται ακόμη πιο ανησυχητική καθώς τα τελευταία χρόνια η υγεία στην Ελλάδα έχει αρχίσει να εμφανίζει σαφείς ελλείψεις. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, οι Έλληνες, ιδιαίτερα οι ενήλικες και οι ηλικιωμένοι, δεν επωφελήθηκαν από τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της υγειονομικής περίθαλψης στον ίδιο βαθμό με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό οδηγεί σε μια αυξανόμενη απόκλιση από τους ρυθμούς βελτίωσης της ΕΕ.

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι αντίστοιχο με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Σχήμα 2). Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1990, όμως, αναμενόταν ότι οι Έλληνες άνδρες θα ζούσαν περισσότερο από τους ομολόγους τους της ΕΕ των 15: από τότε το προβάδισμα αυτό έχει χαθεί. Οι Ελληνίδες είχαν το ίδιο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, όπως και στην υπόλοιπη ΕΕ των 15, αλλά ο ρυθμός αύξησης του προσδόκιμου άρχισε να αποκλίνει από τα μέσα της δεκαετίας του 1990.

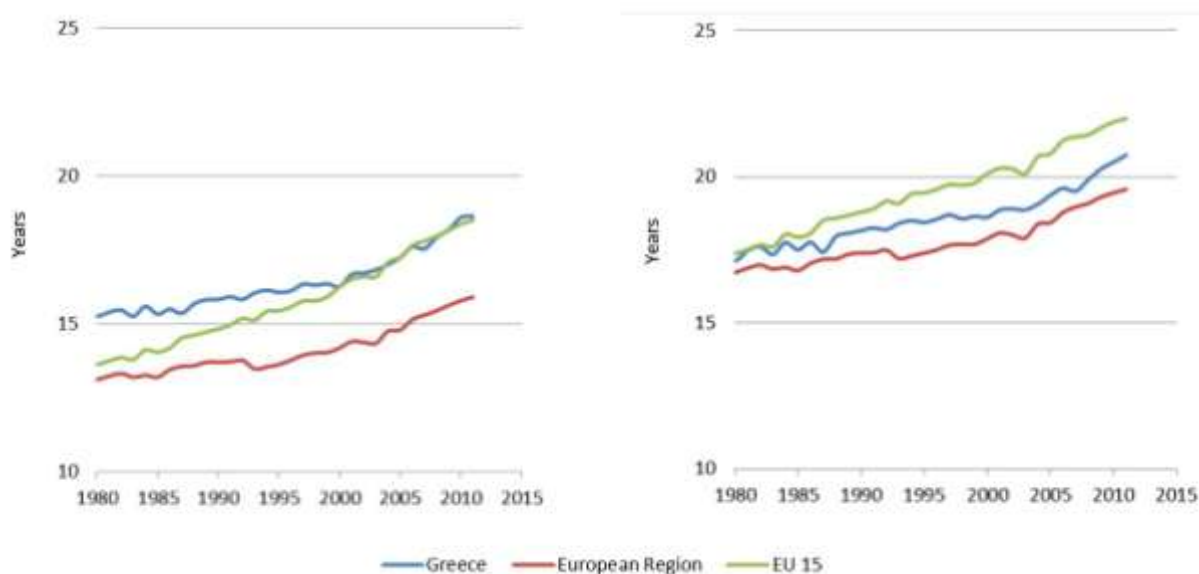
<sup>1</sup> Επιπολασμός 6,9%, σύμφωνα με το Alzheimer Europe (2013) "Prevalence of Alzheimer in Europe" (Ο επιπολασμός της νόσου Alzheimer στην Ευρώπη)

Σχήμα 2. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, άνδρες και γυναίκες (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους)



Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών για τις γυναίκες το 1980 ήταν περίπου το ίδιο με αυτό της ΕΕ των 15, αλλά έκτοτε υστερεί. Από το 2000 οι άνδρες έχουν χάσει το συγκριτικό τους πλεονέκτημα.

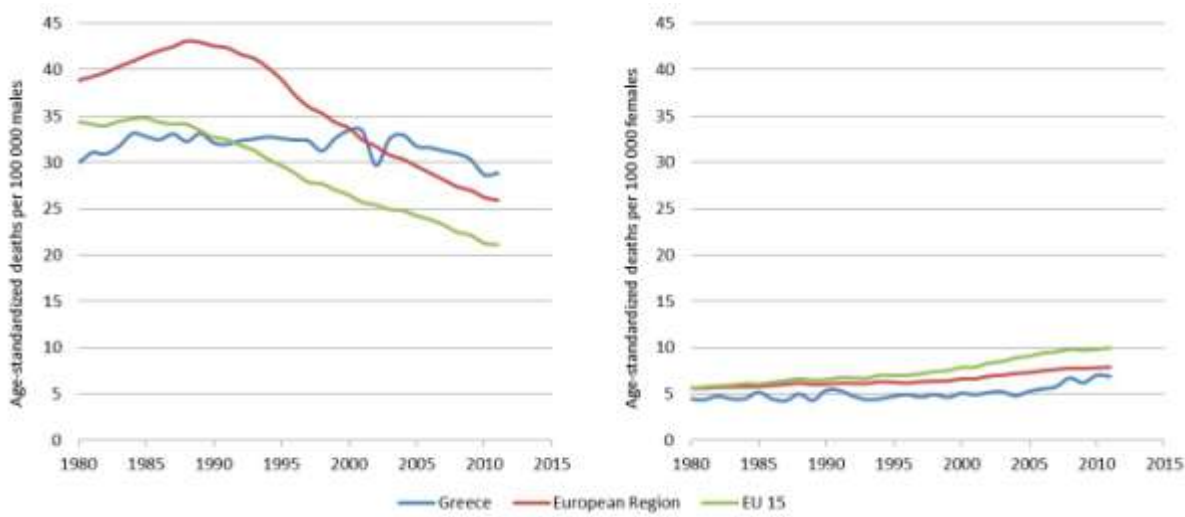
Σχήμα 3. Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, άνδρες και γυναίκες (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους)



Τα ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται, αλλά με βραδύτερο ρυθμό απ' ό,τι στην ΕΕ των 15, και σε πολλές περιπτώσεις με πιο αργό ρυθμό μείωσης σε σχέση με το σύνολο της

Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ. Όσον αφορά τον καρκίνο, τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ελλάδα είναι υψηλότερα τώρα απ’ ό,τι το 1970, σε αντίθεση με την πτώση των ποσοστών αλλού στην Ευρώπη και παρά κάποιες πρόσφατες βελτιώσεις. Ειδικότερα, για τον καρκίνο της τραχείας, του πνεύμονα και των βρόγχων, η μείωση στη θνησιμότητα των ανδρών στην υπόλοιπη Ευρώπη σχεδόν δεν υφίσταται στην Ελλάδα, ενώ και στις γυναίκες η Ελλάδα χάνει το προβάδισμά της σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη.

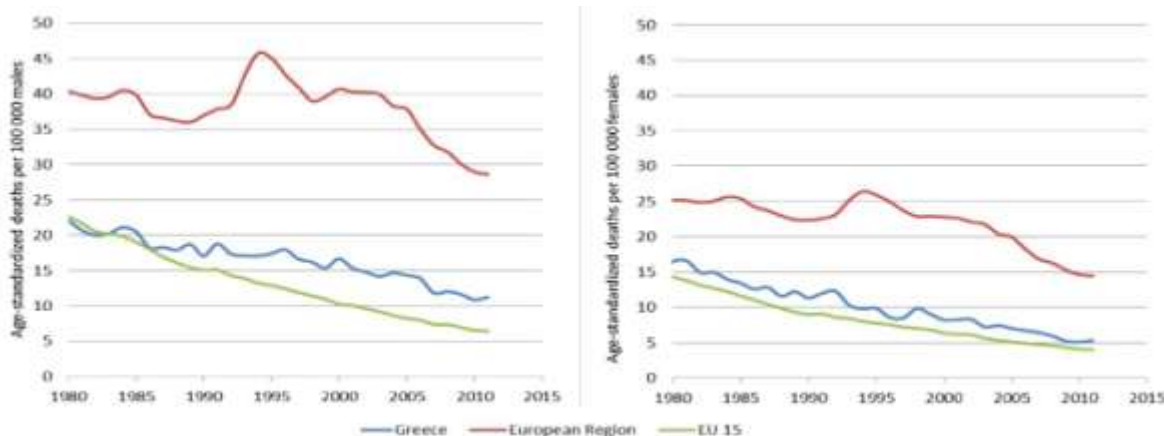
Σχήμα 4. Ηλικιακά τυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο της τραχείας, των πνευμόνων και των βρόγχων (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους)



Οι αποκλίνουσες τάσεις είναι ιδιαίτερα εμφανείς για παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Το 1980 οι Έλληνες άνδρες είχαν τα ίδια επίπεδα θνησιμότητας από νόσους του κυκλοφορικού με την ΕΕ των 15, ενώ, έκτοτε, υπολείπονται σταθερά. Για τις Ελληνίδες οι αντίστοιχες τάσεις δεν αποκλίνουν, αλλά εξακολουθούν να υστερούν ως προς αυτές της ΕΕ των 15.

Σχήμα 5. Ηλικιακά τυποποιημένη θνησιμότητα από εγκεφαλοαγγειακή νόσο

(Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους)

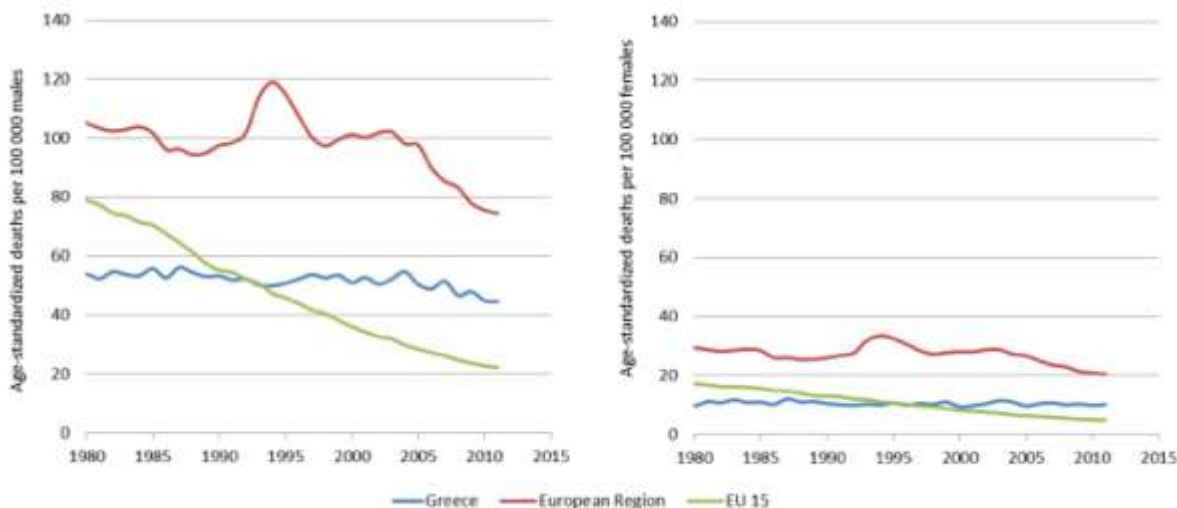


Η αποτύπωση των θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια παρουσιάζει με τον πιο εύγλωττο τρόπο την απόκλιση μεταξύ των τάσεων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη συνολικά. Ενώ



αλλού τα ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται ταχύτατα, στην Ελλάδα διατηρούνται σχεδόν σταθερά.

Σχήμα 6. Ηλικιακά τυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια



Τα παραδείγματα αυτά, μεταξύ πολλών άλλων, υποδηλώνουν ότι η αργή πρόοδος, αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού<sup>2</sup>, οφείλεται αφενός σε έναν συνδυασμό ανθυγιεινών τρόπων ζωής και παραμέλησης της πρόληψης και προαγωγής υγείας, και, αφ' ετέρου, στην αργή συγκριτικά βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Η αποτύπωση αυτή προηγείται της οικονομικής ύφεσης, αλλά η κρίση και η λιτότητα έχουν αναμφίβολα δυσχεράνει τις προσπάθειες για την αναγκαία βελτίωση των συνθηκών υγείας και κατ' επέκταση την σύγκλιση των δεικτών με τις αντίστοιχες ευρωπαϊκές τάσεις.

## 1.2 Ανισορροπίες και στρεβλώσεις στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης

Πριν από την κρίση, το επίπεδο των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μπορούσε να καλύψει τις χρόνιες στρεβλώσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Από τότε που η οικονομική κρίση έπληξε τη χώρα, αυτό δεν είναι πλέον εφικτό και τα διαρθρωτικά προβλήματα του τομέα έγιναν ορατά σε όλους. Η Ελλάδα δαπανά το 9,1% του ΑΕΠ της χώρας για την υγεία, ένα ποσοστό συγκρίσιμο με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ<sup>3</sup>. Σε απόλυτους αριθμούς, ωστόσο, με την ραγδαία μείωση του ΑΕΠ, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν και είναι τώρα σημαντικά χαμηλότερες από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο<sup>4</sup>. Επιπλέον, το ποσοστό δαπάνης που

<sup>2</sup> Σε σύγκριση με την ΕΕ-15. Η Ελλάδα σε σύγκριση με το σύνολο των Κ-Μ της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ έχει ευνοϊκή θέση

<sup>3</sup> Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 9,6%. Η Ελλάδα δαπανά πράγματι υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία από την Αυστρία, τη Νορβηγία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία και την Ιρλανδία.

<sup>4</sup> Τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για το 2011: 2361 US\$ ΜΑΔ (Μονάδες Αγοραστικής Δύναμης): 71% του μέσου όρου (3322) του ΟΟΣΑ (ΟΟΣΑ, Στατιστικές Υγείας 2013).

καταβλήθηκε και συνεχίζει να καταβάλλεται ως «ίδιες πληρωμές» στον τομέα της παροχής είναι εξαιρετικά υψηλό<sup>5</sup>, ενώ οι επίσημες ίδιες πληρωμές – αμοιβές για ιατρικές πράξεις, συμμετοχή σε διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα– επιβαρύνονται από την έντονη παρουσία «άτυπων πληρωμών»<sup>6</sup>. Η κατάσταση αυτή έχει λειτουργήσει ως αποτρεπτικός παράγοντας για την έγκαιρη αναζήτηση περίθαλψης, ιδιαίτερα για τα 2,2 εκατομμύρια ανασφάλιστους Έλληνες.

Οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα αποτελούν ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία: περίπου 36%, σε σύγκριση με το μέσο όρο (24-25%) της ΕΕ. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, επειδή ένα μεγάλο μέρος των εν λόγω δαπανών αποτελούνται από μη ελεγχόμενες «ίδιες πληρωμές». Η υπερκατανάλωση και η υπερχρέωση που συνεπάγεται η προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς συμβάλλουν στη συνολική αναποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας, καθώς και στην παρακώλυση της πρόσβασης για όσους έχουν ανάγκη.

Θέτει, επίσης, υπό πίεση τους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών. Το 2012, οι δαπάνες για την υγεία αποτελούσαν το 3,7% της τελικής κατανάλωσης των νοικοκυριών, ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο απ' ότι σε χώρες όπως η Γερμανία, η Ολλανδία ή η Γαλλία. Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι συνυπάρχουν ταυτόχρονα σημαντικές ανάγκες φροντίδας υγείας που παραμένουν ακάλυπτες με την – σε αρκετές περιπτώσεις - υπερπροσφορά ιατρικού προσωπικού και τεχνολογίας. Μια πρόσφατη μελέτη για τα εμπόδια στην πρόσβαση τεκμηριώνει σαφώς πώς η κρίση και τα μέτρα λιτότητας που συνδέονται με αυτή επιδείνωσαν τα προβλήματα στην πρόσβαση<sup>7</sup> σε υπηρεσίες υγείας. Είναι κοινή πεποίθηση των εμπειρογνομόνων ότι περαιτέρω επιβάρυνση σε «ίδιες δαπάνες» δεν είναι μόνο επιζήμια για την υγεία και την κοινωνική ευημερία, αλλά, επιπλέον, δεν είναι ούτε βιώσιμη ούτε ρεαλιστική. Αυτό αντικατοπτρίζεται και στη σημασία που αποδίδεται για τη μείωση των ιδίων πληρωμών στο Εθνικό Σχέδιο Υγείας της Ελλάδας (2015).

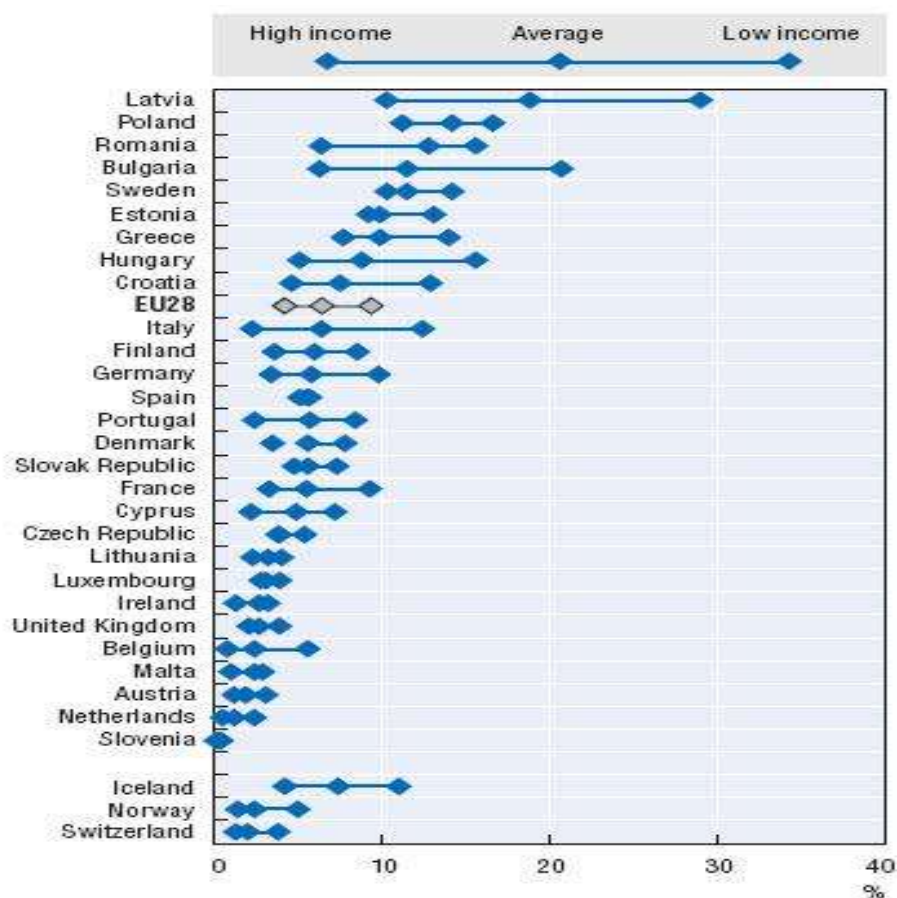
---

<sup>5</sup> 30,5% το 2011: η μόνη χώρα, εκτός από το Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία, που είναι πάνω από το 25% στην ΕΕ. (Στατιστικές Υγείας ΟΟΣΑ 2013).

<sup>6</sup> Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες μητρότητας κοστίζουν στον χρήστη κατά μέσο όρο 701 € ιδιωτικές ίδιες πληρωμές συν 848 € άτυπες πληρωμές. D Kaitelidou et al. *Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece*. Health Policy 109 (2013) 23-30. Βλέπε επίσης Liaropoulos et al. *Informal payments in public hospitals in Greece*. Health Policy 2008;87:72-81.

<sup>7</sup> C Economou. *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. WHO Europe, 2015. <http://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-greece-2015>

Σχήμα 7. Ακάλυπτη ανάγκη για ιατρική εξέταση λόγω οικονομικών ή άλλων λόγων, ανά εισοδηματικό τεταρτημόριο, 2012 (ΟΟΣΑ, Υγεία με μια ματιά)



Note: 2011 data for Austria and Ireland.

Source: Eurostat Statistics Database, based on EU-SILC.

Τα προβλήματα έχουν επιδεινωθεί από τις μειώσεις της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, μειώσεις που υποβαθμίζουν την ποιότητα, περιορίζουν την πρόσβαση και εύλογα υπονομεύουν την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι δημόσιες δαπάνες (τακτικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση) αποτελούν ένα πολύ μικρότερο τμήμα (64%) των συνολικών δαπανών υγείας σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (μέσος όρος 75-76%), ποσοστό που έχει μειωθεί θεαματικά τα τελευταία χρόνια της κρίσης, τόσο σε ονομαστικές τιμές, όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ. Κατά μέσο όρο, οι χώρες της ΕΕ δαπανούν το 6,4% του ΑΕΠ τους για την υγεία ως δημόσιες δαπάνες. Η Ελλάδα βρισκόταν σε αυτό το επίπεδο μέχρι το 2011-12, αλλά πλέον έχει πέσει στο 5,4%<sup>8</sup>. Το ποσοστό αυτό δεν θα ήταν καν επαρκές για να λειτουργήσει ένα καλά οργανωμένο και λειτουργικό σύστημα υγείας. Με τις εντυπωσιακές στρεβλώσεις και ανεπάρκειες που χαρακτηρίζουν το Ελληνικό σύστημα υγείας, η υποχρηματοδότηση οδηγεί σε αργή αλλά

<sup>8</sup> Όπως υπολογίζεται από τις τρέχουσες εκτιμήσεις για το ΑΕΠ και από τον προϋπολογισμό του 2015 που ψηφίστηκε το 2014.

κλιμακούμενη απειλή κατάρρευσης του συστήματος. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από το γεγονός ότι η Ελλάδα δεν έχει ακόμη καταφέρει να συγκεντρώσει τη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ και του κρατικού προϋπολογισμού σε μια προβλέψιμη και ενοποιημένη χρηματοδοτική ροή.

Η συνέχιση του επιπέδου χρηματοδότησης υπό την τρέχουσα τάση δεν είναι βιώσιμη. Εάν τα επίπεδα της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης πάγωναν σε ονομαστικές τιμές στα σημερινά επίπεδα,<sup>9</sup> αυτό θα μείωνε τις συνολικές δαπάνες για την υγεία από το σημερινό ποσοστό 8,5% του ΑΕΠ<sup>10</sup> στο 7,7% έως το 2019<sup>11</sup> (σχήμα 8). Οι δημόσιες δαπάνες (κυβέρνησης και κοινωνικής ασφάλισης) θα έπεφταν από το ήδη μη βιώσιμο χαμηλό 5,4% του ΑΕΠ το 2015 στο 4,8% το 2019, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες θα βρίσκονταν κάτω από τον δείκτη του 3%. Η Ελλάδα θα έπεφτε έτσι σε μεγαλύτερη ύφεση σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες [σε σύγκριση με τα επίπεδα του 8,7% του ΑΕΠ για τις συνολικές και 6,4% για τις δημόσιες δαπάνες (ΕΕ27, 2013)]. Το πάγωμα τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών δαπανών θα ήταν σαφώς μη βιώσιμο, καθώς είναι μη ρεαλιστικό, και από πλευράς υγείας και από κοινωνική άποψη. Η αυξανόμενη εξάρτηση από τις ίδιες δαπάνες είναι μη βιώσιμη, δεν μπορεί να διατηρηθεί και είναι μη επιθυμητή. Απαιτείται μια επανασύγκλιση στα επίπεδα των δημόσιων δαπανών που είναι τα αποδεκτά για μια σύγχρονη Ευρωπαϊκή χώρα.

Εξίσου σημαντικός με το συνολικό επίπεδο χρηματοδότησης, ωστόσο, είναι και ο τρόπος οργάνωσης της χρηματοδότησης, ο οποίος οδηγεί σε αποκλεισμό μεγάλα τμήματα του πληθυσμού (σχήμα 9). Η ανεργία στην Ελλάδα σημαίνει απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης· ο πληθυσμός που στερείται ασφαλιστικής κάλυψης έχει αυξηθεί δραματικά λόγω της κρίσης. Το 2014, περίπου 2,2 εκατ. άνθρωποι στην Ελλάδα δεν διέθεταν κοινωνική ασφαλιστική κάλυψη. Μολονότι πρόσφατα έχει αρχίσει να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα με νομοθετικά μέτρα, απομένουν ακόμη πολλά που πρέπει να γίνουν.

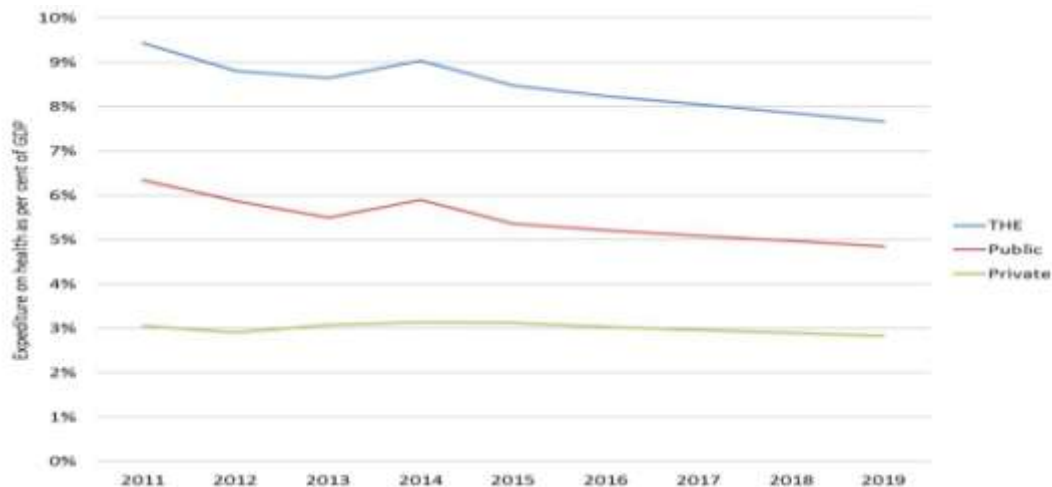
---

<sup>9</sup> Οι ιδιωτικές δαπάνες στα 5.616 δις € / έτος, ως το 2013, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη επίσημη εκτίμηση της ΕΛΣΤΑΤ, και οι δημόσιες δαπάνες σε 9,652 δις €, το 2015, (5,4% του ΑΕΠ).

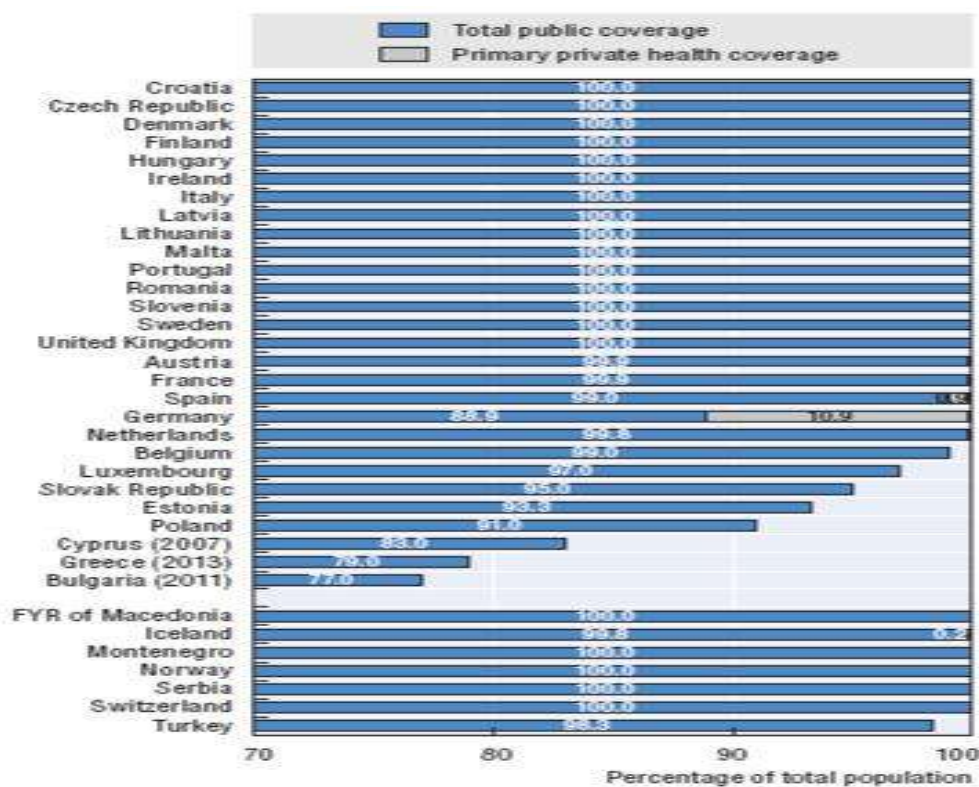
<sup>10</sup> OECD GDP figures up to 2014 (179.1 B), and yearly growth forecasts of 0.5% for 2015, 2.9% for 2016, 2.4% for 2017 and 2018, and 2.5% for 2019. Higher growth forecasts are e.g. in <http://www.statista.com/statistics/263605/gross-domestic-product-gdp-growth-rate-in-greece/>: 3.23 for 2017 and 3.19, 3.04 and 2.62 subsequently.

<sup>11</sup> Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα κυμαίνονταν από 8% έως 9% του ΑΕΠ πριν την κρίση. Το 2012 ανήλθε στο 8.81% και το 2013 στο 8.6% ενός απομειωμένου πλέον ΑΕΠ. (ΕΛΣΤΑΤ, 2015). Χάρη στην υπερβολική συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών υγείας, η συνολική δαπάνη παραμένει και σήμερα συγκρίσιμη με τη μεσοσταθμική δαπάνη των χωρών του ΟΟΣΑ (8.6% - 8.7%), έστω και κάτω από το εύρος 10-11% της Αυστρίας, του Βελγίου, της Δανίας και της Γαλλίας ή του 11%+ της Γερμανίας και της Σουηδίας. Μια πτώση στο 7,7%, θα αποτελέσει για την Ελλάδα μια ακραία τιμή και θα την θέσει στο περιθώριο των ανεπτυγμένων Ευρωπαϊκών χωρών.

Σχήμα 8. Πρόβλεψη των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ υπό την υπόθεση παγώματος των ονομαστικών δαπανών (δημοσίων και ιδιωτικών) στα επίπεδα του 2013 (ιδιωτικές) και 2015 (δημόσιες) (Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α-ΠΟΥ-TSU12)



Σχήμα 9. Ασφαλιστική κάλυψη υγείας για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, 2012 (ή το πλησιέστερο έτος) (ΟΟΣΑ Υγεία με μια ματιά)



Note: The coverage rate for Luxembourg is underestimated since the number of European civil servants and their family's members is unknown.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; European Observatory Health Systems in Transition (HiT) Series for non-OECD countries.

<sup>12</sup> ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU. Ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις των στόχων δημόσιας δαπάνης του Εθνικού Σχεδίου Υγείας «100 σημεία δράσης για την ΚΚ». TSU ενημερωτικό σημείωμα # 30. 2015

Είναι, επίσης, σημαντικό να επισημανθούν οι ανεπάρκειες και τα ανορθολογικά χαρακτηριστικά τόσο του τρόπου που λειτουργεί η αγορά υπηρεσιών υγείας όσο και του τρόπου που αποζημιώνονται οι πάροχοι, με αναποτελεσματικούς ή ανεπαρκώς σχεδιασμένους μηχανισμούς ρύθμισης, με αποτέλεσμα την υπερπροσφορά βαρέως τεχνολογικού εξοπλισμού και ιατρικών ειδικοτήτων, την εμπορευματοποίηση των σχέσεων μεταξύ χρηστών και παρόχων υπηρεσιών υγείας και την εμφάνιση πολυποίκιλων κατεστημένων συμφερόντων στον τομέα της Υγείας.

### **1.3 Στρεβλώσεις στην παροχή υπηρεσιών**

Ως αποτέλεσμα, η υγειονομική περίθαλψη έχει κατακερματιστεί με την πάροδο του χρόνου. Σε ένα μεγάλο βαθμό οδηγείται από την πλευρά της προσφοράς, με στρεβλά οικονομικά κίνητρα και στόχο την υπερκατανάλωση, από την χρήση φαρμακευτικών προϊόντων έως τις υπερβολικά πολυάριθμες καισαρικές τομές (περίπου 70%) ή τον υψηλό αριθμό παραπεμπτικών για αξονική τομογραφία (Σχήμα 11). Η Γενική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει σχεδόν εξαφανιστεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες –η παροχή υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται αποκλειστικά σε νοσοκομειακή και εξειδικευμένη φροντίδα, με ένα πολύ μεγάλο και αρρυθμιστο ιδιωτικό τομέα.<sup>13</sup>

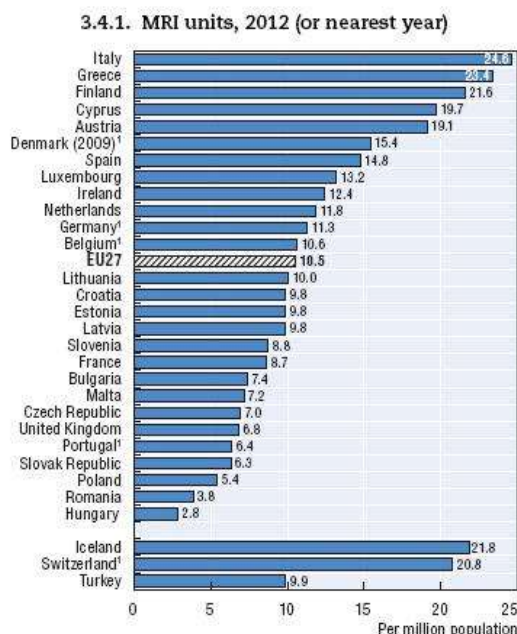
Η κατάσταση αυτή έχει ωθήσει το σύστημα προς την υπερεπένδυση σε εξειδικευμένο και ακριβό τεχνολογικό εξοπλισμό, ο οποίος, με τη σειρά του, οδήγησε σε συγκριτικά υψηλή κατανάλωση. Η περίπτωση των μονάδων μαγνητικής και αξονικής τομογραφίας είναι χαρακτηριστική: η Ελλάδα διαθέτει αντιστοίχως το δεύτερο υψηλότερο και το υψηλότερο ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, (Σχήμα 10), ποσοστό που υπερβαίνει ακόμη και αν συνεκτιμήσει τις αυξημένες ανάγκες μιας νησιωτικής και με έντονο γεωγραφικό διαμελισμό χώρας. Αυτό καταδεικνύεται από τον πέμπτο και τον δεύτερο υψηλότερο αριθμό εξετάσεων ανά ποσοστό πληθυσμού (Σχήμα 11). Ακόμη εντονότερη θα ήταν η καταγραφή σε περιφερειακό επίπεδο για μερικές περιοχές.

---

<sup>13</sup> ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU, Benchmarking GPs and family doctors. TSU Briefing note #2, 2015. ΜΟΗ-WHO-TSU, Specialised ambulatory care. TSU Briefing note #23, 2015 (Συγκριτική αξιολόγηση παθολόγοι και οικογενειακοί γιατροί. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ # 2, 2015. ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU, Εξειδικευμένη Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ # 23, 2015.)



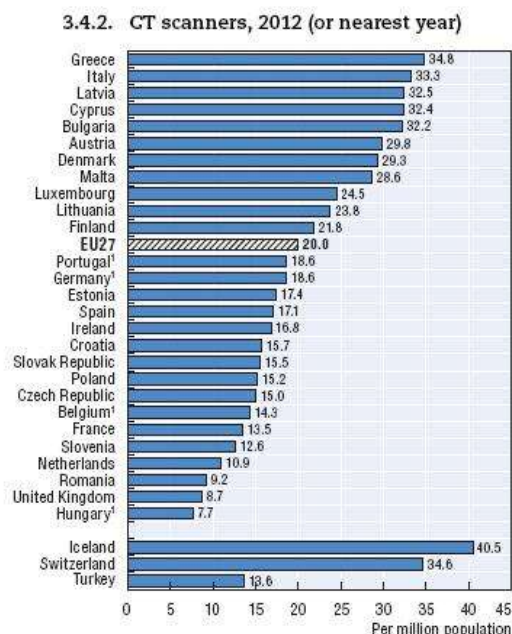
Σχήμα 10. Μαγνητικοί και Αξονικοί Τομογράφοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού, 2012 ή το πλησιέστερο έτος (ΟΟΣΑ, Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014)



Note: The EU average does not include countries which only report equipment in hospital.

1. Equipment outside hospital is not included.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database.

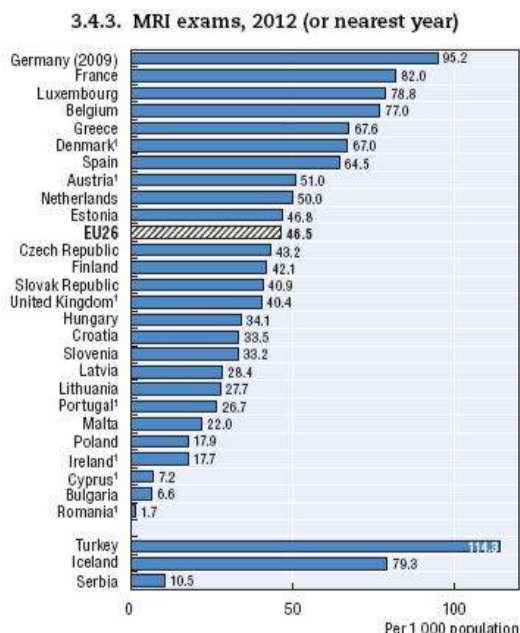


Note: The EU average does not include countries which only report equipment in hospital.

1. Equipment outside hospital is not included.

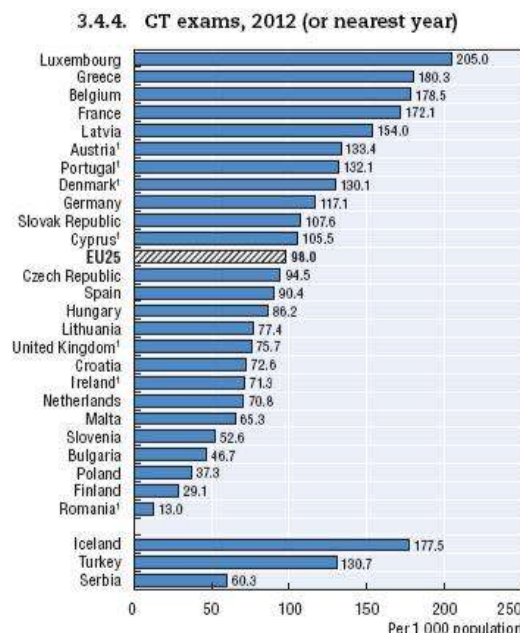
Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database.

Σχήμα 11. Εξετάσεις Μαγνητικής και Αξονικής Τομογραφίας ανά 1.000 κατοίκους



1. Exams outside hospital are not included.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database.



1. Exams outside hospital are not included.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933155582>

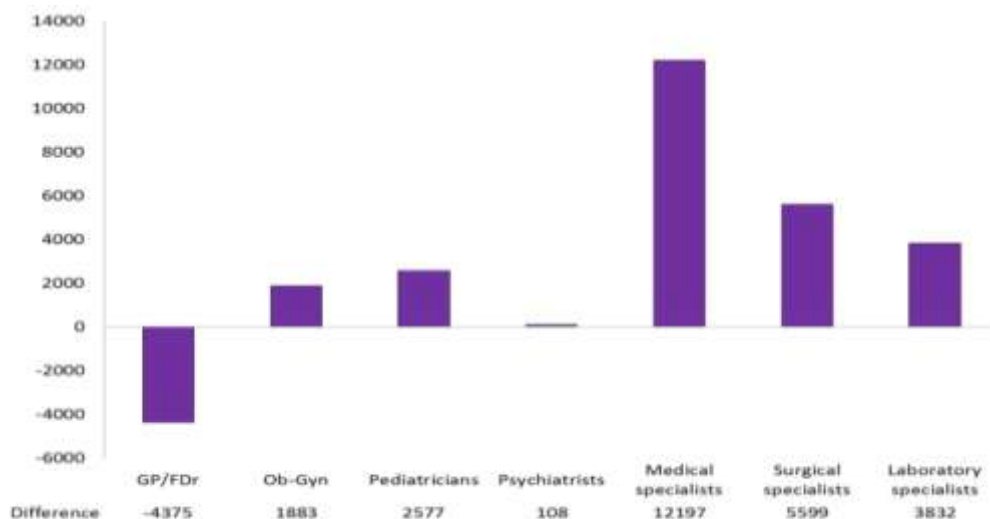
Η ανεξέλεγκτη και επικερδής αγορά εξειδικευμένης φροντίδας έχει τροφοδοτήσει την παραγωγή υπερπροσφοράς ειδικευμένων ιατρών. Αυτό μπορεί να ποσοτικοποιηθεί χρησιμοποιώντας τον μέσο όρο ως προς την πυκνότητα ειδικευμένων ιατρών στις χώρες της ΕΕ για συγκριτική αξιολόγηση<sup>14</sup>. Το Σχήμα 12 δείχνει ότι (ακόμα και με συνυπολογισμό των ιδιαίτερων γεωγραφικών χαρακτηριστικών της χώρας) υπάρχει εμφανής στρέβλωση στο μείγμα των Γενικών/Ειδικευμένων Ιατρών, καθώς και υπερπροσφορά ειδικευμένων σε συνδυασμό με υποπροσφορά γενικών ιατρών.

Ο αριθμός των γενικών ιατρών βρίσκεται πολύ κάτω από το σημείο αναφοράς της ΕΕ, σε αναλογία με το ανθρώπινο δυναμικό και από την άποψη της πυκνότητας και του αριθμού απασχολούμενων. Υπάρχουν 3.766 Γενικοί Ιατροί (στοιχεία από το τελευταίο τρίμηνο του 2014), αντί των 8.141 που θα υπήρχαν εάν η Ελλάδα διέθετε την ίδια πυκνότητα με τη μέση πυκνότητα γενικών γιατρών της Ευρώπης: αυτό σε αριθμούς αποτυπώνει ένα έλλειμμα 4.375 Γενικών ή Οικογενειακών Ιατρών.

Ο αριθμός των ειδικών ιατρών βρίσκεται πολύ πάνω από το σημείο αναφοράς της ΕΕ. Το 2014 υπήρχαν 42.647 ειδικευμένοι κλινικοί ιατροί αντί των 20.283 που θα υπήρχαν εάν η Ελλάδα διέθετε την ίδια πυκνότητα με τον μέσο όρο των χωρών της Ευρώπης, π.χ. 4.492 ειδικευμένοι εργαστηριακοί ιατροί αντί των 600 του σημείου αναφοράς. Συνολικά, λαμβανομένων και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της χώρας, υπολογίζεται ότι υπάρχει ένα πλεόνασμα πάνω

από 20.000 ειδικούς ιατρούς στη χώρα, πλεόνασμα το οποίο συνεχίζει να αυξάνεται κάθε χρόνο.<sup>15</sup>

Σχήμα 12. Διαφορά μεταξύ των διαθέσιμων ιατρών (2014) και των προσδοκώμενων όπως προκύπτουν σύμφωνα με τη μέση πυκνότητα της ΕΕ (πηγή: ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU)



<sup>14</sup> Χρησιμοποιώντας τον διάμεσο των χωρών της ΕΕ το 2012 (Στοιχεία του ΟΟΣΑ 2012 για Αυστρία, Βέλγιο, Δημοκρατία της Τσεχίας, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία (2010), Ιρλανδία (2013), Ιταλία, Λουξεμβούργο (2013) Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία (2011), Ηνωμένο Βασίλειο (2013) ως συγκριτική αξιολόγηση για τη πυκνότητα σε ιατρούς (αριθμός ιατρών ανά 1.000 κατοίκους ή ανά 1000 γεννήσεις στην περίπτωση των γυναικολόγων ή μαιευτήρων) και ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού (% του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού σε ιατρούς και οδοντιάτρους). Να σημειωθεί ότι οι ελληνικές μετρήσεις, πυκνότητες και οι αναλογίες αναλύονται σε δημόσιες και ιδιωτικές (αποκλειστικά ιδιώτες ή μερικής απασχόλησης που συνάπτουν συμβάσεις για περιορισμένο αριθμό επισκέψεων), ενώ οι δείκτες αναφοράς της ΕΕ βασίζονται στο σύνολο του εργατικού δυναμικού, δημόσιου και ιδιωτικού.

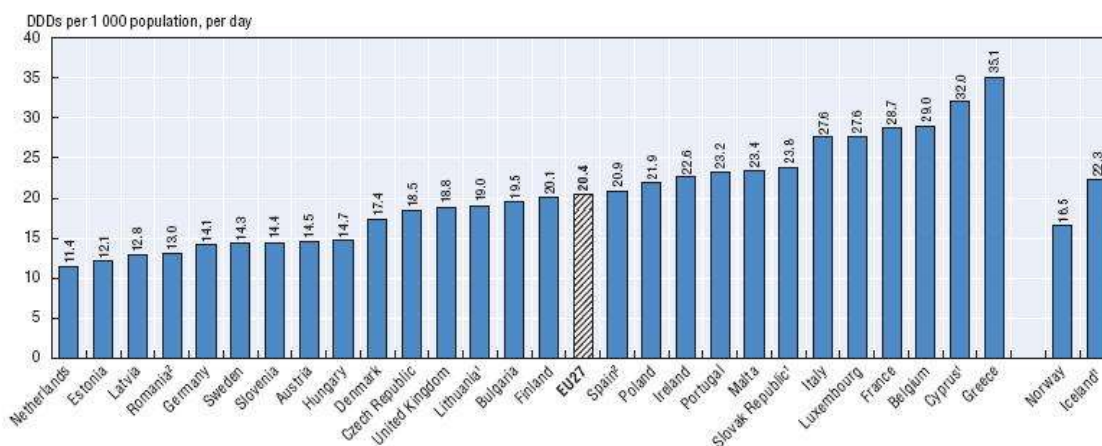
<sup>15</sup> ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU, 2015. Εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. TSU Ενημερωτικό Σημείωμα # 23.



Οι προβλέψιμες επιπτώσεις αυτού του συνδυασμού στρεβλώσεων και υπερπροσφοράς είναι η προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς, με τους ασθενείς να αγοράζουν αφειδώς εξειδικευμένη φροντίδα, με συνέπεια την αλόγιστη προκλητή κατανάλωση, καθώς και ανταγωνισμός για πελάτες, με τους ειδικούς ιατρούς να ανταγωνίζονται στην αγορά πρωτοβάθμιας φροντίδας που κυριαρχείται από έναν αρρυθμιστο ιδιωτικό τομέα. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες επιτείνονται από δομικά εμπόδια στο συντονισμό μεταξύ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Εξειδικευμένης Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, από την «επαγγελματική αντιπαλότητα» και από στρεβλά οικονομικά κίνητρα.

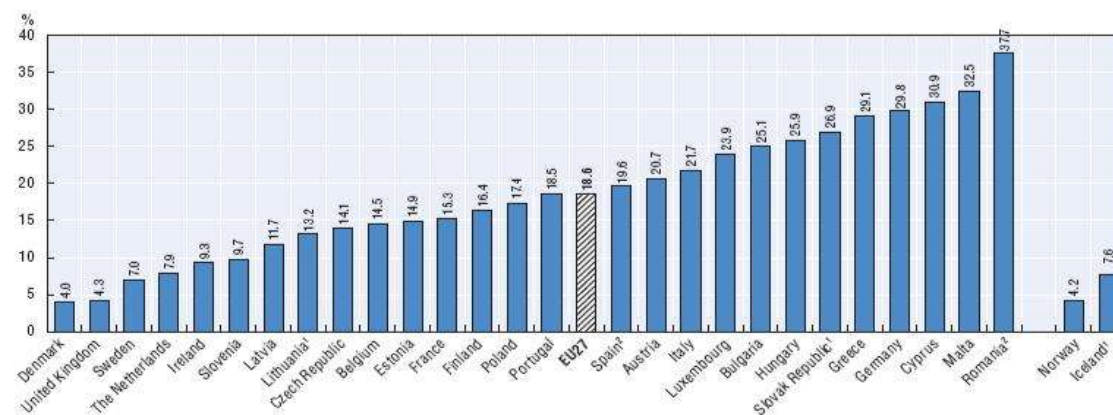
Η έλλειψη κανονιστικού πλαισίου και η απουσία πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν οδηγεί μόνο στην υπερκατανάλωση που προκαλείται από την προκλητή ζήτηση από την πλευρά της προσφοράς, αλλά και επιτρέπει ή διαμορφώνει μια βαθύτατα επηρεασμένη συμπεριφορά του παρόχου. Για παράδειγμα, η Ελλάδα έχει τη μεγαλύτερη κατανάλωση αντιβιοτικών, με το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό ακριβών αντιβιοτικών στην Ευρώπη.

Σχήμα 13. Συνολικός όγκος συνταγογραφημένων αντιβιοτικών, 2011 (ΟΟΣΑ Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014)



1. Data include the hospital sector.
  2. Reimbursement data, i.e. not including consumption without a prescription and other non-reimbursed.
- Source: ECDC (2013), Surveillance of Antimicrobial Consumption in Europe 2011.

Σχήμα 14. Κεφαλοσπορίνες και κινολόνες ως ποσοστό όλων των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών, 2011 (ΟΟΣΑ Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014)



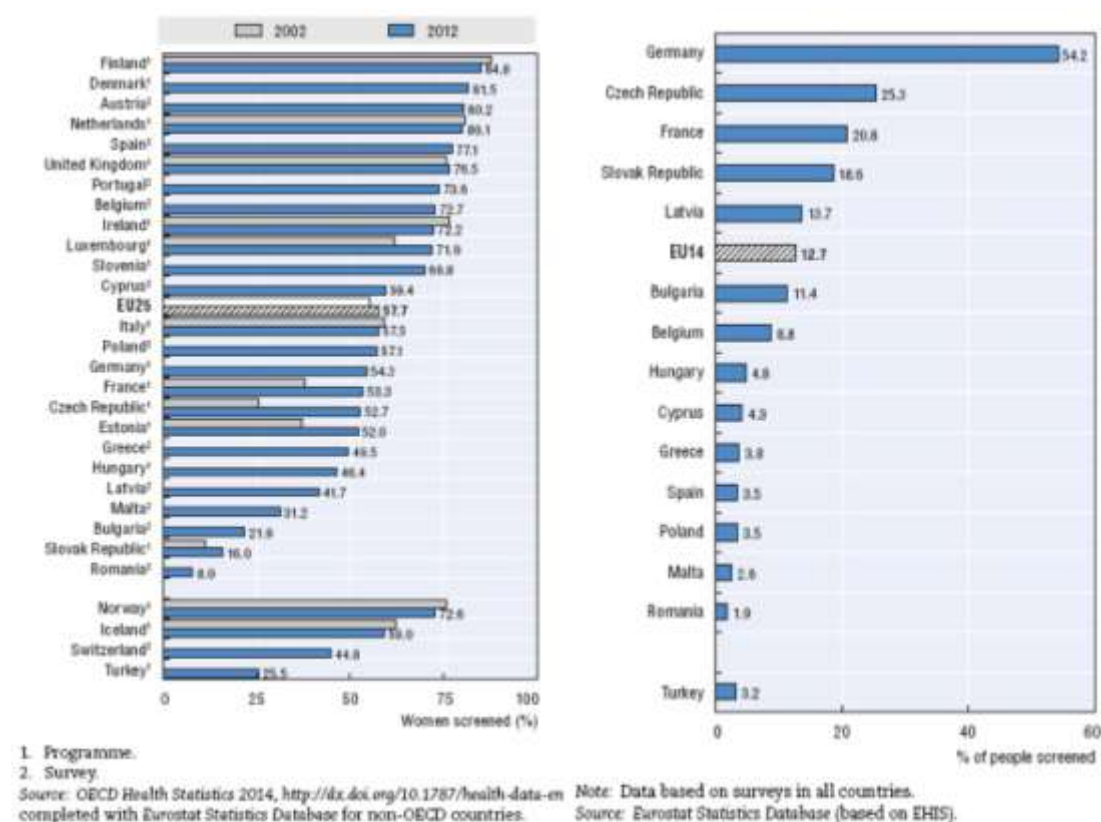
1. Data include the hospital sector.
  2. Reimbursement data, i.e. not including consumption without a prescription and other non-reimbursed.
- Source: ECDC (2013), Surveillance of Antimicrobial Consumption in Europe 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933155679>

Η υπερκατανάλωση και η υπερπροσφορά ειδικών ιατρών έρχεται σε αντίφαση με τη χαμηλή απόδοση. Παρά τις κορυφαίες επιδόσεις σε πληθυσμιακά ποσοστά όσον αφορά στον ακτινολογικό εξοπλισμό, τους ακτινολόγους, τους γυναικολόγους και τους χειρουργούς, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου υστερεί σε σχέση με πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Παρά την υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών στην παθολογία και σε καρδιολόγους, οι μέσοι χρόνοι αναμονής για λήψη ιατρικής εκτίμησης στις υπηρεσίες του ΕΣΥ ήταν αντίστοιχα 35 και 20 ημέρες το 2014, ενώ το 21% των ραντεβού με τους γαστρεντερολόγους δεν πραγματοποιήθηκαν και οι ασθενείς έπρεπε να στραφούν σε ιδιωτικές υπηρεσίες.<sup>16</sup>

Σχήμα 15. Αριστερά: Προσυμπτωματικός έλεγχος μαστογραφίας σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών, 2002 έως 2012 (ή το πλησιέστερο έτος), και δεξιά του παχέος εντέρου σε άτομα ηλικίας 50-74 ετών, το 2008 ή το πλησιέστερο έτος, (ΟΟΣΑ Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014)



Εν τω μεταξύ, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραμένει σε ιδιαίτερα χαμηλή ανάπτυξη. Η Ελλάδα έχει μία από τις χαμηλότερες αναλογίες νοσηλευτών στον ΟΟΣΑ. Παράλληλα, υπάρχουν 0,34 γενικοί ιατροί ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα: με εξαίρεση την Πολωνία, αυτό είναι το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των 17 χωρών της ΕΕ, και κάτω του μέσου όρου (0,74 %) των χωρών της ΕΕ. Όπως έχει ήδη επισημανθεί, σε περίπτωση που η Ελλάδα είχε την ίδια πυκνότητα με τον μέσο όρο των άλλων χωρών της ΕΕ, θα υπήρχαν 8.141 γενικοί

<sup>16</sup> ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU, το 2015. Συγκριτική αξιολόγηση Ιατρικών Ειδικοτήτων. TSU Ενημερωτικό Σημείωμα # 6.

ιατροί, 4.375 περισσότεροι από τους 3.766<sup>17</sup> που είναι σήμερα (σε αντίθεση με την πυκνότητα π.χ. των χειρουργών: 1,1 ‰, το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των 20 χωρών της ΕΕ, και σχεδόν το διπλάσιο του μέσου όρου - 0,62 ‰ - της ΕΕ). Αυτή η υποεπένδυση στην πρωτοβάθμια φροντίδα επηρεάζει όχι μόνο την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη, αλλά, επίσης, σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα της θεραπευτικής φροντίδας, την ικανοποίηση των χρηστών και την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαχείριση των προβλημάτων υγείας είναι κατακερματισμένη και στερείται συνέχειας, ενώ η φροντίδα είναι συχνά αναποτελεσματική και, σε γενικές γραμμές αδικαιολόγητα ακριβή. Τα χρήματα των Ελλήνων πολιτών «δεν πιάνουν τόπο»: συχνά δεν λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται, συχνά λαμβάνουν φροντίδα που δεν χρειάζονται και σε πολλές περιπτώσεις πληρώνουν υπερβολικά πολλά χρήματα. Το άμεσο κόστος για ασθενείς που αναλαμβάνουν την πληρωμή της περίθαλψής τους επιτείνει την οικονομική δυσχέρεια, σε ένα πληθυσμό που ήδη πιέζεται έντονα. Η ποιότητα της περίθαλψης είναι κάτω της βέλτιστης και όλο και περισσότερο θεωρείται ότι δεν αντιστοιχεί στις προσδοκίες του πληθυσμού. Το σύστημα στο σύνολό του είναι ετεροβαρές και αναποτελεσματικό, ενώ οι δυσλειτουργικές σχέσεις μεταξύ πολιτών και παρόχων έχει αλλοιώσει την εμπιστοσύνη στις δημόσιες αρχές και στους παρόχους υπηρεσιών φροντίδας υγείας.<sup>18</sup>

## 1.4 Αδυναμίες στη διακυβέρνηση του συστήματος Υγείας

Η εποπτεία του τομέα της υγείας στην Ελλάδα περιορίζεται από τα προβλήματα διοικητικής ικανότητας του υπουργείου Υγείας και των περιφερειακών δομών του. Οι δομές και οι αρμοδιότητες είναι κατακερματισμένες, περιχαρακωμένες και παρεμποδίζονται από άκαμπτες διαδικασίες, υπερβολική γραφειοκρατία και πολυνομία που δεν εφαρμόζεται. Οι τεχνικές δυνατότητες είναι περιορισμένες, με κακή διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού και με δυσκολίες προσέλκυσης εξειδικευμένου προσωπικού. Παράλληλα, έχουν υπάρξει σημαντικές αλλαγές στο επίπεδο των διευθυντικών στελεχών κατά τα τελευταία έτη, με αποτέλεσμα τη διάρρηξη του συνεκτικού ιστού μεταξύ της πολιτικής ηγεσίας, των υπηρεσιών του Υπουργείου και των περιφερειακών του δομών.

Το υπ. Υγείας διαθέτει μικρή ή καθόλου επιρροή στον ιδιωτικό τομέα υγείας, ο οποίος παραμένει σε μεγάλο βαθμό αρρύθμιστος και κυριαρχείται από ομάδες συμφερόντων. Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί κατά τα τελευταία χρόνια έχουν διαβρώσει περαιτέρω αυτή την επιρροή και, αντιθέτως, έχουν ενισχύσει την επιρροή των επαγγελματιών και των προμηθευτών υγείας. Αυτό εξηγεί - κατά ένα μέρος - την αυξημένη φαρμακευτική δαπάνη: τα φάρμακα αποτελούν ένα υψηλό και αναμφισβήτητα υπερβολικό ποσοστό της δαπάνης φροντίδας υγείας, με υψηλό κόστος ιδίων πληρωμών<sup>19</sup> και με σχετική περιθωριοποίηση των γενοσήμων.

---

<sup>17</sup> ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU, 2015. Η συγκριτική αξιολόγηση Γενικών Ιατρών και Οικογενειακών Ιατρών. TSU Ενημερωτικό Σημείωμα # 2.

<sup>18</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Διαφθορά. Ευρωβαρόμετρο 79.1, 2013.

<sup>19</sup> ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU. Εξάλειψη της αμοιβής του € 1 ανά συνταγή. TSU Ενημερωτικό Σημείωμα # 1, 2015.

Στο υπ. Υγείας, όπως και στο σύνολο του τομέα υγείας, υπάρχει έλλειψη κουλτούρας λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι η αντίφαση του υπερτονισμού ως προς την έλλειψη ιατρικού προσωπικού που δεσπόζει στις ομιλίες των υπευθύνων για τη λήψη αποφάσεων, με την πραγματικότητα της υπερπροσφοράς, η οποία πλέον έχει τεκμηριωθεί επαρκώς.<sup>20</sup>

Η παντελής έλλειψη στρατηγικών πληροφοριών κατά τα τελευταία χρόνια καταδεικνύεται από την απουσία στοιχείων για την Ελλάδα στις βάσεις δεδομένων του ΟΟΣΑ (*Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014*), σχετικά με δείκτες που παρέχουν κρίσιμες πληροφορίες για την απόδοση του συστήματος φροντίδας υγείας, όπως: το ποσοστό χειρουργικών επεμβάσεων καταρράκτη που εκτελούνται ως περιστατικά ημέρας, η εξέλιξη της κατανάλωσης αντιδιαβητικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, το προσδόκιμο επιβίωσης για τον καρκίνο του μαστού, τα ποσοστά θνησιμότητας νοσηλευομένων μετά από καρδιακή προσβολή, οι εισαγωγές στο νοσοκομείο λόγω διαβήτη ή άσθματος, ο εμβολιασμός των ηλικιωμένων κατά της εποχικής γρίπης, οι χρόνοι αναμονής για εγχείρηση καταρράκτη ή για αντικατάσταση ισχίου.

Πρόσφατα έχει σημειωθεί πρόοδος στη χρήση βασικής πληροφόρησης, όπως για παράδειγμα η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, η χαρτογράφηση των υποδομών παροχής υπηρεσιών, ή η χρήση διαγνωστικών και φαρμακευτικών προϊόντων. Η διαμόρφωση ενός Εθνικού Σχεδίου Μεταρρυθμίσεων για τον τομέα, το σχέδιο *"100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη"* (ενισχυμένο και συνδεδεμένο κατά ένα μέρος με μέτρα που συμφωνήθηκαν από το Ελληνικό Κοινοβούλιο με αφορμή την ψήφιση του 3<sup>ου</sup> Μνημονίου) παρέχει ένα πλαίσιο για τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας, το οποίο κινείται πέραν των δημοσιονομικών περιορισμών. Το Εθνικό Σχέδιο Μεταρρυθμίσεων επικεντρώνεται στις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις του μοντέλου παροχής υγειονομικής περίθαλψης, στη χρηματοδότηση και τη διακυβέρνησή του, με σκοπό να κινηθεί προς την Καθολική Κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού. Παρέχει το πλαίσιο για την επιχειρηματολογία και τον κοινωνικό διάλογο αναφορικά με την υιοθέτηση των απολύτως αναγκαίων πολιτικών και των αντίστοιχων στρατηγικών και επιχειρησιακών παρεμβάσεων που αφορούν στον τομέα της Υγείας.

Το Εθνικό Σχέδιο πηγάζει από την σε βάθος κατανόηση και ευαισθητοποίηση σχετικά με τις οργανωτικές δυσλειτουργίες του συστήματος και ωθείται από μια αυξανόμενη κοινωνική συναίνεση ως προς την ανάγκη μεταρρυθμίσεώς του, η οποία ενδυναμώνεται, μεταξύ άλλων, από τις διεργασίες και τη σχετική απόφαση του Κυβερνητικού Συμβουλίου για την Κοινωνική Πολιτική (ΚυΣΚοιΠ), που συντονίζεται από τον Αντιπρόεδρο της Κυβέρνησης και στο οποίο μετέχουν τα Υπουργεία Υγείας, Παιδείας και Εργασίας. Σηματοδοτεί μια μετάβαση από τον παλιό συνδυασμό των «laissez-faire» προσεγγίσεων του ιδιωτικού τομέα και του συγκεντρωτικού τύπου διοίκησης και ελέγχου του ΕΣΥ, προς ένα πλαίσιο διακυβέρνησης που αφορά στον τομέα Υγείας συνολικά, δημόσιο και ιδιωτικό, χωρίς αποκλεισμούς, βασιζόμενο στη διαπραγμάτευση και τη ρύθμιση.

---

<sup>20</sup> ΥΠΥ-ΠΟΥ-TSU. Σπανιότητα και υπερπροσφορά ιατρών στην Ελλάδα. TSU ενημερωτικό σημείωμα # 28, 2015.

## 1.5 SWOT analysis

<b>ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ</b>	<b>ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ</b>
<p><u>Διακυβέρνηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Το Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης Υγείας των «100 σημείων δράσης», που έχει αναπτυχθεί και που αυτή τη στιγμή είναι υπό διαβούλευση</li> <li>• Δέσμευση σε υψηλό επίπεδο και συγκεκριμένα βήματα προς την Καθολική Κάλυψη Υγείας (εξάλειψη ορισμένων χρεώσεων στους χρήστες, αύξηση παροχών)</li> <li>• Κατανόηση και καταγραφή των οργανωτικών δυσλειτουργιών του συστήματος</li> <li>• Κοινωνική συναίνεση για τις μεταρρυθμίσεις</li> <li>• Συναίνεση των περισσότερων επαγγελματιών υγείας</li> <li>• Οι βασικές θέσεις της διοίκησης του τομέα υγείας σε συμφωνία και συναίνεση με τις μεταρρυθμίσεις</li> <li>• Δημιουργία Κυβερνητικού Συμβουλίου Κοινωνικής Πολιτικής (ΚυΣΚοιΠ), που συντονίζεται από την αντιπροεδρία της κυβέρνησης (Υπουργεία Υγείας, Παιδείας, και Εργασίας – 2 συναντήσεις ανά μήνα σε επίπεδο Υπουργών και 2 σε επίπεδο Γενικών Γραμματέων)</li> </ul>	<p><u>Διακυβέρνηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Κατακερματισμός των διοικητικών δομών και μηχανισμών τόσο σε κεντρικό όσο και σε τοπικό επίπεδο</li> <li>• Περιορισμένος αριθμός εθνικών πολιτικών, στρατηγικών και προγραμμάτων</li> <li>• Γραφειοκρατία σε πολύ μεγάλο βαθμό και ανελαστικότητα διαδικασιών</li> <li>• Κακή επικοινωνία εντός του Υπ. Υγείας – μεταξύ των πολιτικών γραφείων και των δημοσίων υπαλλήλων, καθώς και μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών</li> <li>• Χαμηλές δυνατότητες των δημοσίων υπαλλήλων ως προς τη την άσκηση καθηκόντων με αποδοτικό τρόπο</li> <li>• Περιορισμένες δυνατότητες του Υπ. Υγείας να προσλάβει προσωπικό (π.χ. ποσόστωση 1:5 στις προσλήψεις προς αποχωρήσεις)</li> <li>• Κακός συντονισμός μεταξύ των τομέων</li> </ul>
<p><u>Χρηματοδότηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Το Υπ. Υγείας είναι ιδιοκτήτης πολλών υγειονομικών εγκαταστάσεων και δεν δαπανά πόρους για ενοίκιο</li> <li>• Οι νέοι κανονισμοί του Υπ. Οικονομικών για τη διοίκηση των νοσοκομείων έχουν ως στόχο να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα</li> <li>• Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από το Υπ. Οικονομικών αυξήθηκε κατά €150 εκ, η εγγραφή στον προϋπολογισμό κονδυλίων για άτομα χωρίς ασφαλιστική ικανότητα.</li> <li>• Επιπρόσθετη χρηματοδότηση από το Υπ. Οικονομικών για μεταρρυθμίσεις βρίσκεται σε εξέλιξη</li> </ul>	<p><u>Χρηματοδότηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Κατακερματισμός της χρηματοδότησης, χωρίς συγκέντρωση των πόρων</li> <li>• Περιορισμένη κάλυψη του πληθυσμού με κοινωνική ασφάλιση</li> <li>• Υψηλά επίπεδα ιδίων πληρωμών</li> <li>• Απαρχαιωμένοι μηχανισμοί πληρωμής παρόχων του δημοσίου τομέα (βάσει ημερομισθίου) και έλλειψη ρύθμισης για παρόχους ιδιωτικού τομέα</li> <li>• Αναποτελεσματικοί μηχανισμοί προμηθειών και αποπληρωμών, που οδηγούν σε αυξημένες ζημιές</li> <li>• Διαφθορά</li> </ul>

<p><u>Παροχή Υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και δεξιοτήτων του προσωπικού του τομέα υγείας</li> <li>• Καλή πρόσβαση σε σύγχρονες τεχνολογίες και φάρμακα</li> <li>• Καλή και επαρκής υποδομή</li> <li>• Επαρκής κατανομή των δομών υγείας στο μεγαλύτερο μέρος της Επικράτειας</li> <li>• Εμπειρία με κοινωνικούς συνεταιρισμούς</li> <li>• Συνέργειες με εθελοντικές οργανώσεις, επιταχύνθηκαν λόγω της μεταναστευτικής κρίσης             <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> </li> </ul> <p>Η εθνικής εμβέλειας ηλ. εφαρμογές όπως e prescription</p>	<p><u>Παροχή Υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Άνιση κατανομή υπηρεσιών και προσωπικού με θύλακες περιοχών που εξυπηρετούνται ανεπαρκώς και απομονωμένους πληθυσμούς</li> <li>• Σύστημα βασισμένο στα νοσοκομεία, με ελλειμματική ανάπτυξη ΠΦΥ</li> <li>• Μεγάλη εξάρτηση από ιδιωτικούς παρόχους που δεν ρυθμίζονται επαρκώς</li> <li>• Υπερβολική εξάρτηση από ιατρούς με ειδικότητα σε σχέση με τους γενικούς και τους οικογενειακούς ιατρούς</li> <li>• Υπερβολική εξάρτηση από τους ιατρούς σε σχέση με το νοσηλευτικό και το μαιευτικό προσωπικό</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Επικάλυψη των υπηρεσιών σε επίπεδο περιφέρειας και μεμονωμένων θεσμών             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλλειψη επαρκώς καθορισμένων δεσμών υπηρεσιών σε διαφορετικά επίπεδα παροχής</li> </ul> </li> <li>• Ανεπαρκής ανάπτυξη Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων</li> <li>• Παραμέληση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, οι οποίες δεν αποτελούν μέρος του δικτύου υπηρεσιών</li> <li>• Συνέπειες της πρόωρης συνταξιοδότησης             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαρροή προσωπικού κρίσιμης σημασίας σε άλλους δημόσιους φορείς</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ</b></p> <p><u>Διακυβέρνηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πολιτική σταθερότητα μετά τις εκλογές του Σεπτεμβρίου 2015</li> <li>• Σχέδια για αναδιάρθρωση του Υπ. Υγείας και των εποπτευόμενων φορέων του προκειμένου να βελτιωθεί η ανταπόκριση στις τρέχουσες ανάγκες του συστήματος και στις μεταβολές του περιβάλλοντος</li> <li>• Μνημόνιο κατανόησης με τους</li> </ul>	<p><b>ΑΠΕΙΛΕΣ</b></p> <p><u>Διακυβέρνηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντίσταση στις αλλαγές από τους δημοσίους υπαλλήλους</li> <li>• Επιρροή μεγάλων ομάδων επιρροής – επαγγελματικών συλλόγων, παρόχων φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού</li> <li>• Ταχεία ανατροπή του διοικητικού προσωπικού σε όλα τα επίπεδα</li> <li>• Περικοπές προϋπολογισμού για την υποστήριξη της δημόσιας διοίκησης</li> </ul>

<p>         Θεσμούς με καθορισμένες          Προτεραιότητες       </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι ρυθμίσεις του Ν 4368/2016</li> </ul> <p>• Συνεχιζόμενη διαδικασία</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι Θεσμοί ενδέχεται να αρνηθούν δράσεις με τη μορφή «μονομερών ενεργειών»</li> </ul>
--	---

<p>αποκέντρωσης, που θα παραχωρήσει μεγαλύτερη αυτονομία στις περιφέρειες και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνεχιζόμενη πρωτοβουλία για διευκόλυνση της μετακίνησης του προσωπικού υγείας μεταξύ περιφερειών και δομών υγείας</li> <li>• Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση</li> </ul> <p><u>Χρηματοδότηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Το νέο πρόγραμμα των Διαρθρωτικών Ταμείων μπορεί να προσφέρει αξιοσημείωτους πόρους για επενδύσεις στον τομέα υγείας</li> <li>• Συντελείται θεμελιώδης μεταρρύθμιση και αναδιάρθρωση του ΕΟΠΥΥ</li> <li>• Η κεντρική διαχείριση και βελτιστοποίηση ορισμένων υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων (π.χ. μεταγγίσεις αίματος, εργαστήρια)</li> <li>• Συνεχιζόμενη βελτιστοποίηση των μηχανισμών αγοράς υπηρεσιών</li> </ul> <p><u>Παροχή υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έχει ξεκινήσει η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ</li> <li>• Καλές ευκαιρίες για ανταλλαγή εμπειρίας με διοικητικό προσωπικό και παρόχους από άλλες χώρες της ΕΕ</li> <li>• Ισχυρές επαγγελματικές ενώσεις, ικανές να προωθήσουν τα συμφέροντά τους</li> <li>• Λύσεις ηλεκτρονικής υγείας (ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, τηλεϊατρική, κ.λπ.)</li> <li>• Η Κοινή Υπουργική Απόφαση για τους ανασφάλιστους οριστικοποιήθηκε</li> </ul>	<p><u>Χρηματοδότηση</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μπορεί να αναμένονται περικοπές σε κατανομές κονδυλίων για την υγεία λόγω των συνολικών περικοπών του προϋπολογισμού ή λόγω ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων σε άλλους τομείς (κοινωνική προστασία, ενέργεια)</li> <li>• Πιθανή μείωση των Διαρθρωτικών Ταμείων που προορίζονται για τον τομέα υγείας</li> <li>• Υψηλά επίπεδα ανεργίας που οδηγούν σε μείωση των εσόδων του ΕΟΠΥΥ</li> </ul> <p><u>Παροχή υπηρεσιών</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Γήρανση των επαγγελματιών υγείας</li> <li>• Μετανάστευση επαγγελματιών υγείας στο εξωτερικό</li> <li>• Αντίσταση στις αλλαγές από την πλευρά των ειδικών</li> <li>• Υπερβολική επιβάρυνση του συστήματος υγείας λόγω της μεταναστευτικής/προσφυγικής κρίσης</li> <li>• Αυξανόμενη δυσπιστία των χρηστών προς τους παρόχους φροντίδας υγείας</li> </ul>
---	--



## 2 Η Εθνική Στρατηγική του τομέα Υγείας & το ΕΣΠΑ 2014-2020

### 2.1 Η Εθνική Πολιτική Υγείας

#### 2.1.1 Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης Υγείας των «100 σημείων δράσης»

Η στρατηγική αφορά στην **τριπλή πρόκληση** η οποία προκύπτει από την περιγραφή του πλαισίου αναφοράς και από την ανάλυση SWOT:

Η διάβρωση της οικονομικής προστασίας της Υγείας σε ένα πλαίσιο φτωχοποίησης και οικονομικής κρίσης: πολύ πρόσφατα, μόλις το 2013, λιγότεροι από το 80% των Ελλήνων πολιτών διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη υγείας. Οι ίδιες δαπάνες είναι ιδιαίτερα υψηλές, ένα πρόβλημα που επιδεινώνεται από το γεγονός ότι οι περισσότερες από αυτές τις ίδιες πληρωμές παραμένουν αρρυθμιστες, ενώ ένα υψηλό ποσοστό τους αποτελείται από (παρ)άτυπες πληρωμές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αρκετοί άνθρωποι να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση, αλλά και οικονομική αφαίμαξη όταν κατορθώνουν να εξασφαλίσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Ένα επίμονο και επαρκώς τεκμηριωμένο πρόβλημα ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας:

κατακερματισμός, ασυνέχεια, υπερκατανάλωση λόγω προκλητής ζήτησης από την πλευρά της προσφοράς, αποτελεσματικότητα κάτω από το βέλτιστο επίπεδο και προβληματισμοί αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η ανεξέλεγκτη και χωρίς κανόνες εμπορευματοποίηση της φροντίδας υγείας έχει διαβρώσει την εμπιστοσύνη των πολιτών προς το σύστημα υγείας, αλλά και προς τις υγειονομικές αρχές.

Ανεπαρκής διακυβέρνηση του τομέα υγείας: Η επίβλεψη των υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων του δημόσιου τομέα Υγείας ακολουθεί ένα αναποτελεσματικό υπόδειγμα κεντρικής λήψης αποφάσεων και ελέγχου, με μικρή συμμετοχή των χρηστών, πολύ περιορισμένη διοικητική αυτονομία και αποκέντρωση, ιδιαίτερα περιορισμένη στρατηγική πληροφόρηση και απαρχαιωμένες διοικητικές προσεγγίσεις. Για τον ιδιωτικό τομέα, έχει επικρατήσει η προσέγγιση των κανόνων της αγοράς κατά τις τελευταίες δεκαετίες, με διάχυτη επιρροή ειδικών συμφερόντων.

Η κρίση παρόξυνε συγκεκριμένες πλευρές αυτής της αρνητικής κατάστασης. Παράλληλα, δεν έχει σημειωθεί επαρκής πρόοδος έως τώρα σε ό,τι αφορά στη βελτίωση της διανεμητικής και παραγωγικής αποτελεσματικότητας του τομέα Υγείας, καθώς επίσης στη ρύθμιση του εκτεταμένου, με έντονες ανισορροπίες και αναποτελεσματικού ιδιωτικού τομέα. Είναι απαραίτητη η δέσμευση της πολιτικής ηγεσίας προκειμένου να διατηρηθεί το σύστημα Υγείας στη γραμμή της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού.

Μετά από χρόνια οριζόντιων περικοπών στις δημόσιες δαπάνες για την Υγεία, η ελληνική κυβέρνηση ξεκινά ένα φιλόδοξο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα των δομών του συστήματος Υγείας, προκειμένου να εξασφαλιστεί αφενός μια υγιέστερη και περισσότερο βιώσιμη ισορροπία μεταξύ συγκεντρωποιημένων δημόσιων πόρων και ιδιωτικών δαπανών, και,

αφετέρου, η καθολική πρόσβαση του πληθυσμού, οργανωμένη γύρω από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Επιπροσθέτως, η κυβέρνηση επιθυμεί να δώσει την προτεραιότητα που αναλογεί στις παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας που τα τελευταία χρόνια έχουν απαξιωθεί. Με αυτές τις μεταρρυθμίσεις, η Υγεία και η υγειονομική περίθαλψη δεν αποτελούν πλέον αγαθό πολυτελείας, αλλά επένδυση στο μέλλον και δικαίωμα για όλους τους πολίτες.

Το 2015 τα παραπάνω αποτέλεσαν το σκεπτικό με το οποίο αναπτύχθηκε το Εθνικό Σχέδιο για τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη», το οποίο και ευθυγραμμίζεται με τις προγραμματικές δηλώσεις της κυβέρνησης στη Βουλή στις 7 Οκτωβρίου 2015. Το κλειδί για αυτές τις μεταρρυθμίσεις είναι η αναζωογόνηση του κατακεραματισμένου και αποδυναμωμένου συστήματος υγείας: η Κυβέρνηση επιθυμεί να χτίσει ένα σύστημα υγείας σύγχρονο και ανασυγκροτημένο· που κοιτάζει μπροστά, αντιμετωπίζει τις προκλήσεις ενός ταχέως μεταβαλλόμενου κόσμου· που έχει κέντρο τον άνθρωπο και που λογοδοτεί στους πολίτες· που παρέχει καθολική κάλυψη, ποιοτική φροντίδα υγείας και ποιοτική δημόσια υγεία· και που είναι βιώσιμο, σταθεροποιώντας τη συνολική δαπάνη υγείας, αλλά με μία μετάβαση από τις ίδιες δαπάνες προς τη συγκεντρωποιημένη δημόσια δαπάνη.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της εθνικής στρατηγικής της κυβέρνησης είναι η δημόσια δέσμευση **για καθολική υγειονομική κάλυψη:**

- **Καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας** -προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης - αναδιοργανωμένες γύρω από ένα σύγχρονο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποτελούμενο από τοπικά δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας και ομάδες οικογενειακής ιατρικής. Αυτά θα φέρουν την ευθύνη και την αρμοδιότητα για ένα ολοκληρωμένο φάσμα φροντίδας με κέντρο τον άνθρωπο και σε συντονισμό τόσο με νοσοκομεία όσο και με εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή φροντίδα (κλινικές ειδικότητες, υπηρεσίες παραπομπής για ψυχική, επαγγελματική και δημόσια υγεία). Οι ρυθμίσεις του Ν 4368/2016 συμβάλλουν θετικά στην παραπάνω κατεύθυνση.
- **Οικονομική προστασία των χρηστών υπηρεσιών** (περιλαμβάνει προοδευτική εξάλειψη των ιδίων πληρωμών στο σημείο παροχής υπηρεσιών, ειδικά σε ότι αφορά τις απαράδεκτες άτυπες πληρωμές)
- **Συντονισμός από ένα ισχυρό υπ. Υγείας που χρησιμοποιεί στρατηγική πληροφόρηση σε πραγματικό χρόνο** για τη διαχείριση του συνόλου του τομέα Υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού, με τρόπο βιώσιμο, συμμετοχικό και διαφανή.

#### **2.1.1.1 Εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα (Άξονας 1)**

Το υπουργείο Υγείας μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια θα επιδιώξει την επίτευξη 10 στόχων που εντάσσονται σε αυτόν τον άξονα. Όλοι μαζί αποτελούν ένα μεταρρυθμιστικό πακέτο που θα βελτιώσει την ισότητα στην υγεία και την αποτελεσματικότητα του συστήματος, παρέχοντας βιώσιμη πρόοδο προς την καθολική κάλυψη. Κεντρικός πυρήνας αυτού του άξονα είναι οι κύριοι στόχοι 1.2, 1.3 & 1.4, η ανάπτυξη, δηλαδή, ενός εθνικού δικτύου

ποιοτικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γειτονιάς, οι οποίες θα αποτελέσουν το σημείο εισόδου για τη διαχείριση των ασθενών και τον συντονισμό της φροντίδας και γύρω από τις οποίες θα οργανωθεί εκ νέου ολόκληρο το σύστημα υγείας της εξειδικευμένης και νοσοκομειακής φροντίδας. Αναμένεται ότι **κάθε περιφέρεια θα επενδύσει σε τουλάχιστον αυτούς τους τρεις κεντρικούς στόχους**, οι οποίοι είναι κομβικοί για την εφαρμογή του εθνικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου υγείας. Αυτοί οι στόχοι απαιτούν επίσης μείζονα αρχική οικονομική επένδυση.

**Πίνακας 1. Στρατηγικοί στόχοι υπό τον**

**Άξονα 1: Εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα**

**Άξονας 1 – 10 Στόχοι- 55 Δράσεις**

- |   |
|---|
| <p>1.1 Μείωση ή εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση</p> <p><b>1.2 (Κεντρικός): Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υψηλής ποιότητας, μέσω μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας</b></p> <p><b>1.3 (Κεντρικός): Βελτίωση της ποιότητας της εξειδικευμένης περίθαλψης εξωτερικών ασθενών και των διαγνωστικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένου του μετασχηματισμού των υφιστάμενων μονάδων ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ σε εξειδικευμένες μονάδες παραπομπής εξωτερικών ασθενών</b></p> <p><b>1.4 (Κεντρικός): Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης</b></p> <p>1.5 Αναβάθμιση της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας</p> <p>1.6 Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης</p> <p>1.7 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο</p> <p>1.8 Βελτίωση της εμπειρίας και ενίσχυση της φωνής των ασθενών</p> <p>1.9 Βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας σε όλα τα επίπεδα</p> <p>1.10 Βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων</p> |
|---|

Το σχέδιο του Υπουργείου Υγείας για την καθολική κάλυψη έχει προγραμματίσει 55 δράσεις υπό αυτούς τους 10 στόχους, 27 εκ των οποίων εμπίπτουν εντός των τριών κεντρικών στόχων. (Σε επόμενο Κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η επιλεξιμότητα στο ΕΣΠΑ 16 δράσεων μέσω ΠΕΠ και 12 μέσω Τομεακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων).

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται συνοπτικά οι **συσχετιζόμενες Δράσεις ανά στόχο στον Άξονα 1:**

### **1.1 Μέτρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση**

Δράση 1. Σύσταση Επιτροπής που θα χαρτογραφήσει τα εμπόδια στην πρόσβαση και θα ανιχνεύσει τους υπο-εξυπηρετούμενους πληθυσμούς, ανά κατηγορία και ανά περιοχή

Δράση 2. Εξάλειψη οικονομικών εμποδίων

Δράση 3. Εξάλειψη γραφειοκρατικών εμποδίων

Δράση 4. Εξάλειψη εμποδίων στην ενημέρωση: ενημέρωση όλων των πολιτών και των κατοίκων για τα δικαιώματά τους (συμπεριλαμβανομένου του κόστους, των τιμών αναφοράς, των μέγιστων χρόνων αναμονής)

Δράση 5. Μείωση οργανωτικών εμποδίων

Δράση 6. Μείωση πολιτισμικών εμποδίων

### **1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας**

Δράση 7. Σταδιακή ανάπτυξη Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY) με μία κρίσιμη μάζα από ομάδες επαγγελματιών οικογενειακής ιατρικής (ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαίες, διοικητικό προσωπικό)

Δράση 8. Προετοιμασία αναλυτικού και κοστολογημένου χρονοδιαγράμματος για την πλήρη ανάπτυξη των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY) σε όλη τη χώρα.

Δράση 9. Μετά από διαβούλευση όλων των ενδιαφερόμενων φορέων, αναζήτηση κοινωνικής συναίνεσης αναφορικά με τη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών, το πλαίσιο ποιότητας, τους όρους αναφοράς και τους συμβατικούς όρους

Δράση 10. Μετά από διαβούλευση όλων των ενδιαφερόμενων φορέων, εξειδίκευση των υποχρεώσεων για την προάσπιση της δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο από τους παρόχους ΠΦΥ /ToMY

Δράση 11. Δημιουργία ενός Ενιαίου Ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, που θα ενσωματώνει την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και θα καλύπτει την πρωτοβάθμια, την ειδική εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη

Δράση 12. Δημιουργία των όρων για το σύνολο των Γενικών Ιατρών που υπηρετούν τώρα σε επίπεδο Κέντρων Υγείας και ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ ώστε να λειτουργήσουν ως Τοπικές Μονάδες Υγείας

Δράση 13. Υλοποίηση του σχεδίου ανάπτυξης με χρήση των ΠΕΠ και πόρων των Διαρθρωτικών Ταμείων ως εργαλείων εφαρμογής

### **1.3 Βελτίωση της ποιότητας της εξειδικευμένης εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των διαγνωστικών υπηρεσιών (μετασχηματισμός των πρώην αστικών μονάδων ΕΟΠΥΥ /ΠΕΔΥ)**

Δράση 14. Αξιολόγηση των ειδικευμένων στελεχών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών για τη στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ/ΤοΜΥ ώστε να προσεγγισθεί το επίπεδο του Ευρωπαϊκού μέσου όρου

Δράση 15. Καθιέρωση κατευθυντηρίων οδηγιών για τη διαχείριση περιστατικών / πρωτόκολλα ασθενών

Δράση 16. Καθορισμός προτύπων για το εύρος των ειδικοτήτων, του εξοπλισμού και της περίθαλψης που εμπίπτει στην εγγυημένη δέσμη υπηρεσιών

Δράση 17. Καθορισμός του πλαισίου αναφοράς για την εξωνοσοκομειακή εξειδικευμένη περίθαλψη στα ΠΕΔΥ και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων

Δράση 18. Προσδιορισμός της υποχρεωτικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τα στελέχη της ΠΦΥ/ΤοΜΥ

Δράση 19. Μείωση της εξάρτησης από τους συμβεβλημένους ειδικούς ιατρούς (αρχή της επικουρικότητας)

#### **1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης**

Δράση 20. Προώθηση εναλλακτικών επιλογών στη νοσοκομειακή περίθαλψη (ημερήσια περίθαλψη, κατ' οίκον φροντίδα)

Δράση 21. Παροχή οδηγιών για Στρατηγικό και Επιχειρησιακό Σχεδιασμό και προϋπολογισμό στα δημόσια νοσοκομεία

Δράση 22. Ανασχεδιασμός Κλινικών και Διοικητικών Διαδικασιών στα δημόσια νοσοκομεία

Δράση 23. Εισαγωγή της τεχνολογίας γραμμικού κώδικα (barcode) για τον εκσυγχρονισμό της υλικοτεχνικής μέριμνας των νοσοκομείων (ακρίβεια αποθεμάτων, συνολική επιχειρησιακή απόδοση, ιχνηλασιμότητα και ορατότητα υλικών και φαρμάκων άμεσης ανάλωσης)

Δράση 24. Εξορθολογισμός διαδικασιών προγραμματισμού Προμηθειών για Φάρμακα και Αναλώσιμα στα δημόσια νοσοκομεία

Δράση 25. Δημιουργία προγράμματος για την Ασφάλεια των Ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία

Δράση 26. Συγκριτική αξιολόγηση των Κύριων Δεικτών Απόδοσης (KPIs) των νοσοκομείων

Δράση 27. Καθιέρωση προγράμματος παρακολούθησης, πρόληψης και περιορισμού της αντιμικροβιακής αντοχής

Δράση 28. Δημιουργία συστήματος κινήτρων /αντικινήτρων για τη μείωση της ευρείας εμπιστοσύνης στις καισαρικές τομές

Δράση 29. Θέσπιση νέων ρόλων των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία προκειμένου να βελτιωθεί η κλινική διακυβέρνηση

Δράση 30. Σύναψη συμφωνιών επιπέδου υποστήριξης (συμπεριλαμβανόμενων Γραφείων Πληροφορικής Υποστήριξης και Συντήρησης πληροφοριακών συστημάτων) σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία

Δράση 31. Ανάπτυξη ενός επενδυτικού σχεδίου για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού τουρισμού μακροχρόνιας φροντίδας υγείας

Δράση 32. Ευθυγράμμιση των πληρωμών της νοσοκομειακής φροντίδας από τη συγκεντρωποιημένη χρηματοδότηση με κίνητρα για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα

Δράση 33. Επέκταση υφιστάμενων δυνατοτήτων πιστοποίησης και προοδευτική κάλυψη όλων των δημοσίων υποδομών φροντίδας υγείας

### **1.5 Αναβάθμιση της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας**

Δράση 34. Βασική αξιολόγηση της ικανότητας διασφάλισης της υγείας και διαχείρισης κρίσεων του τομέα επείγουσας φροντίδας

Δράση 35. Επένδυση στη δημιουργία εθνικών και περιφερειακών επιχειρησιακών σχεδίων ετοιμότητας αντιμετώπισης επειγουσών καταστάσεων και έκδοση οδηγιών για τη διαχείρισή τους

Δράση 36. Δημιουργία και εκπαίδευση ομάδας ετοιμότητας επείγουσας φροντίδας σε κάθε Περιφέρεια

Δράση 37. Δημιουργία συστήματος ετήσιας αξιολόγησης της ετοιμότητας σε περιφερειακό επίπεδο για αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων

### **1.6 Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης**

Δράση 38. Τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Δράση 39. Ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης των χρονίως ψυχικά πασχόντων στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη, με μεταφορά σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα

Δράση 40. Ένταξη της οξείας ψυχιατρικής περίθαλψης στα γενικά νοσοκομεία

Δράση 41. Σύσταση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κάθε Τομέα

Δράση 42. Αξιολόγηση της ανάγκης για ψυχιατροδικαστική φροντίδα και ανάπτυξη στρατηγικής για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και ψυχικής υγείας στις φυλακές

Δράση 43. Ανάπτυξη κοινωνικών συνεταιρισμών σε κάθε Τομέα

Δράση 44. Επέκταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους

### **1.7 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο**

Δράση 45. Σχεδιασμός και εφαρμογή μηχανισμών λογοδοσίας στην ΠΦΥ και τις Υ.ΠΕ., όσον αφορά στην ιεράρχηση των αναγκών και στην κάλυψη των προγραμμάτων δημόσιας υγείας

Δράση 46. Ενσωμάτωση μέτρων για τη Δημόσια Υγεία στη δέσμη παρεχομένων υπηρεσιών των παρόχων ΠΦΥ/ΤοΜΥ

### **1.8 Βελτίωση της εμπειρίας και ενίσχυση της φωνής των ασθενών**

Δράση 47. Σύσταση περιφερειακών κοινών επιτροπών χρηστών - παρόχων υπηρεσιών για τη παρακολούθηση της ποιότητας φροντίδας

Δράση 48. Σύσταση κοινών επιτροπών αναφορικά με τις λίστες αναμονής στο σύνολο των μονάδων υγείας (ΠΦΥ – Νοσοκομείο) σε τοπικό επίπεδο

Δράση 49. Καθιέρωση γραφείων διαχείρισης παραπόνων με ανοιχτή πρόσβαση στα αποτελέσματα

Δράση 50. Διεξαγωγή ετησίων ερευνών ικανοποίησης ασθενών σε όλες τις δημόσιες μονάδες ΠΦΥ και τα Νοσοκομεία, με ανοιχτή πρόσβαση στα αποτελέσματα

Δράση 51. Διοργάνωση συστηματικών αξιολογήσεων από ομάδες ομοτίμων των μονάδων εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των νοσοκομείων

### **1.9 Λήψη μέτρων για τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας σε όλα τα επίπεδα**

Δράση 52. Δημιουργία μηχανισμών συντονισμού της φροντίδας των ασθενών και ανάθεση αρμοδιοτήτων σε κάθε δημόσια μονάδα

### **1.10 Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων**

Δράση 53. Γενίκευση της χρήσης συνταγών και οδηγιών διαχείρισης περιστατικού, ενσωματωμένων στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο

Δράση 54. Αύξηση της εμπιστοσύνης στα γενόσημα

Δράση 55. Υλοποίηση του προγράμματος εξορθολογισμού των διαγνωστικών εξετάσεων με βελτιωμένη στόχευση, με στόχο μείωση κατά 20%

**2.1.1.2 Διαφανής, χωρίς αποκλεισμούς, εκσυγχρονισμένη διακυβέρνηση υγείας μέσω αποτελεσματικής και αποδοτικής δημόσιας διοίκησης (Άξονας 2)**

Η κυβέρνηση θα θεσπίσει τους θεσμικούς μηχανισμούς και τις διαδικασίες που απαιτούνται για τη σύγχρονη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς διακυβέρνηση του τομέα υγείας από το Υπ. Υγείας, τις Υ.ΠΕ. και τους κύριους συστημικούς εμπλεκόμενους φορείς. Θα αντικαταστήσει το υπάρχον μείγμα αναποτελεσματικής συγκεντρωτικής λήψης αποφάσεων και ελέγχου με την ακολουθία του μοντέλου της αγοράς, με μια υπεύθυνη, χωρίς αποκλεισμούς, διαπραγματευτική προσέγγιση που θα εκμεταλλεύεται στο έπακρο τα πλεονεκτήματα της εποχής της πληροφορίας. Μεταξύ των τομέων κλειδιά στους οποίους πρέπει να σημειωθεί πρόοδος περιλαμβάνονται: η άμεση ανταπόκριση της οργάνωσης του τομέα υγείας στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών, δίνοντας τη δυνατότητα στους χρήστες υπηρεσιών και τους επαγγελματίες υγείας να εκφράσουν τη γνώμη τους και, παράλληλα, ενισχύοντας τις περιφερειακές δομές να διοικήσουν τα επιμέρους συστήματα παροχής υπηρεσιών· υποστήριξη των παραπάνω με μια φαρμακευτική πολιτική που εξασφαλίζει προστιθέμενη αξία και βελτιώνει την ποιότητα και την πρόσβαση· μεταρρύθμιση των πολιτικών που αφορούν το υγειονομικό προσωπικό, προκειμένου να προετοιμαστεί το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας για το μέλλον· σημαντική επένδυση σε στρατηγική πληροφόρηση, μέσω της ανασυγκρότησης των πληροφοριακών συστημάτων υγείας και της αναθεώρησης της αρχιτεκτονικής της πληροφορίας, αξιοποιώντας τις δυνατότητες της συστηματικής χρήσης πληροφοριακών συστημάτων, προκειμένου να γίνει η πληροφορία διαθέσιμη σε πραγματικό χρόνο, προσβάσιμη στις υγειονομικές αρχές, στην κοινωνία των πολιτών και σε όλους τους πολίτες. Στο πλαίσιο του Άξονα 2, η κυβέρνηση θα επιδιώξει μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια μια σειρά 5 στρατηγικών στόχων (

Πίνακας ):

**Πίνακας 2. Στρατηγικοί στόχοι που εντάσσονται υπό τον**

**Άξονα 2: Διαφανής, χωρίς αποκλεισμούς και εκσυγχρονισμένη διακυβέρνηση υγείας, μέσω αποτελεσματικής και αποδοτικής δημόσιας διοίκησης**

**Άξονας 2 – 5 Στόχοι - 25 Δράσεις**

- |  |
|--|
| <p>2.1 Διασφάλιση της διαφάνειας και της λογοδοσίας</p> <p>2.2 Βελτίωση της διαθεσιμότητας της στρατηγικής ευφυΐας και πληροφορίας για τη διακυβέρνηση του τομέα υγείας</p> <p>2.3 Ενθάρρυνση και διαχείριση της καινοτομίας</p> <p>2.4 Διατύπωση σαφών πολιτικών, συνοδευόμενων από κοστολογημένα σχέδια με σαφείς στόχους και χρονοδιαγράμματα σε τομείς πολιτικής που είναι στρατηγικοί για τη βιωσιμότητα και την πρόοδο προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης</p> <p>2.5 Μετασχηματισμός της ιατρικής εκπαίδευσης</p> |
|--|

Στον ακόλουθο πίνακα αποτυπώνονται συνοπτικά οι **συσχετιζόμενες Δράσεις ανά στόχο στον Άξονα 2:**



## 2.1 Διασφάλιση της διαφάνειας και της λογοδοσίας

Δράση 56. Εξορθολογισμός του οργανισμού του υπουργείου Υγείας (οργανόγραμμα, περιγράμματα θέσεων εργασίας)

Δράση 57. Παράδοση μιας ετήσιας αναφοράς στο Κοινοβούλιο, μέσω ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας με ανεξάρτητη εκπροσώπηση από το Δημόσιο/ την κοινωνία των πολιτών, τους εργαζόμενους στην Υγεία, την ακαδημαϊκή κοινότητα και τις αρχές, σχετικά με την ποιότητα, την απόδοση και τη διαφάνεια των υγειονομικών αρχών στη διακυβέρνηση του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας σύμφωνα με το βέλτιστο κοινό συμφέρον

Δράση 58. Παράδοση μιας ετήσιας αναφοράς στο Κοινοβούλιο, μέσω ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας με ανεξάρτητη εκπροσώπηση από το Δημόσιο/ την κοινωνία των πολιτών, τους εργαζόμενους στην υγεία, την ακαδημαϊκή κοινότητα και τις αρχές, σχετικά με την ποιότητα, την απόδοση και τη διαφάνεια των υγειονομικών αρχών στην αντιμετώπιση προκλήσεων Δημόσιας Υγείας και διατομεακών ζητημάτων δημόσιας υγείας (καπνός, οδική ασφάλεια, διατροφή, ατμοσφαιρική ρύπανση κ.λπ.)

Δράση 59. Σύναξη και διάθεση με ηλεκτρονική άμεση πρόσβαση των 13 Περιφερειακών σχεδίων κάλυψης αναγκών υγείας, που αναπτύχθηκαν μετά από διαπραγμάτευση με τις περιφερειακές αρχές και τους ενδιαφερόμενους φορείς, όπου η τομεοποίηση και η εγγραφή σε μητρώα θα καταστήσει εφικτή την ευθύνη λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών Υγείας (ΠΦΥ, Νοσοκομεία και Υ.ΠΕ.) για την ενεργοποίηση πόρων, τις εκροές και τα αποτελέσματα προς τους καθορισμένους πληθυσμούς για τους οποίους είναι υπεύθυνοι

Δράση 60. Συγκριτική αξιολόγηση της κατανομής και χρήσης του εξειδικευμένου τεχνολογικού εξοπλισμού

Δράση 61. Συγκριτική αξιολόγηση και παρακολούθηση των εκβάσεων των νοσοκομείων (δημόσιων και ιδιωτικών) και διαθεσιμότητα των αποτελεσμάτων με άμεσο ηλεκτρονικό τρόπο

Δράση 62. Καθιέρωση διαδικασιών διαβούλευσης για τις πολιτικές υγείας που βρίσκονται υπό ανάπτυξη

## 2.2 Βελτίωση της διαθεσιμότητας της στρατηγικής ευφυΐας και πληροφορίας για τη διακυβέρνηση του τομέα υγείας

Δράση 63. Ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και τεκμηρίωσης των συστημικών και υγειονομικών επιδράσεων από την πρόοδο των μεταρρυθμίσεων

## 2.3 Ενθάρρυνση και διαχείριση της καινοτομίας

Δράση 64. Ανάπτυξη Κέντρου Γνώσης και Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας (HTA) για τη δημιουργία οδηγιών και πληροφόρησης όσον αφορά στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών, συμπεριλαμβανομένης της σχετικής έρευνας υπηρεσιών υγείας και της ανάπτυξης σεναρίων

Δράση 65. Εκπόνηση θεσμικού πλαισίου για τις Κλινικές Δοκιμές /Μελέτες

Δράση 66. Οριστικοποίηση των προτύπων διαλειτουργικότητας για την ηλεκτρονική υγεία (e-health)

Δράση 67. Δημιουργία ενός μικρού αποθεματικού από επιχορηγήσεις για την προώθηση της διερεύνησης, της δοκιμής και της διάχυσης εφαρμογών και σχετικών τεχνολογιών σχεδιασμένων για τη βελτίωση της αυτονομίας των ασθενών και της εξωνοσοκομειακής φροντίδας

#### **2.4 Διατύπωση σαφών πολιτικών, συνοδευόμενων από κοστολογημένα σχέδια με σαφείς στόχους και χρονοδιαγράμματα σε τομείς πολιτικής που είναι στρατηγικοί για τη βιωσιμότητα και την πρόοδο προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης**

Δράση 68. Διατύπωση πολιτικής και κοστολογημένου σχεδίου για τη χρηματοδότηση, την ανάπτυξη προϋπολογισμού και τον καθορισμό προτεραιοτήτων στον τομέα υγείας

Δράση 69. Διατύπωση πολιτικής και κοστολογημένου σχεδίου για το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας

Δράση 70. Διατύπωση πολιτικής και κοστολογημένου σχεδίου για τη φαρμακευτική πολιτική

Δράση 71. Διατύπωση πολιτικής και κοστολογημένου σχεδίου για το δίκτυο Νοσοκομείων του μέλλοντος

Δράση 72. Διατύπωση πολιτικής και κοστολογημένου σχεδίου για τη Δημόσια Υγεία (προστασία/ ετοιμότητα, προαγωγή και πρόληψη), διαρθρωμένου πάνω στην προσέγγιση 0 – 5 – 30 (0 τσιγάρα, 5 φρούτα και λαχανικά, 30 λεπτά άσκηση) και στην διατομεακή συνεργασία για την οδική ασφάλεια

Δράση 73. Ευθύνη λογοδοσίας και συμμετοχή των πολιτών (συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης παραπόνων, των ακρόασεων, του καθορισμού προτεραιοτήτων, της παρακολούθησης των προσδοκιών) με μια πολιτική και έναν καταστατικό χάρτη για τα δικαιώματα του ασθενούς και το δικαίωμα στην υγεία

Δράση 74. Ανάπτυξη ικανοτήτων οργάνωσης και σύναψης συμβάσεων παροχής υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο

Δράση 75. Εισαγωγή μεθοδολογιών αξιολόγησης της υγείας και των επιδράσεων του συστήματος υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς

#### **2.5 Μετασχηματισμός της ιατρικής εκπαίδευσης**

Δράση 76. Διαμόρφωση σεναρίων για το μέλλον του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας στην Ελλάδα

Δράση 77. Αναπροσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας από τομείς με υπερβάλλουσα προσφορά σε τομείς με ανάγκες και κενά (γήρανση, κατ' οίκον φροντίδα, μακροχρόνια φροντίδα, γηριατρική, καρκίνος, ιατρική της εργασίας, υγιεινή περιβάλλοντος, κοινωνική ενσωμάτωση)

Δράση 78. Ορισμός ανωτάτου ορίου εισαγωγής στα προγράμματα άσκησης ειδικοτήτων, που εμφανίζουν σημαντική υπερ-προσφορά

Δράση 79. Δημιουργία δικτύου διεπιστημονικής εξ αποστάσεως μάθησης με ένα δίκτυο διεθνούς συνεργασίας

Δράση 80. Ανάλυση της αγοράς εργασίας αναφορικά με τους ειδικούς περιορισμούς του τομέα υγείας και με τη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης του ανθρώπινου δυναμικού

### 2.1.1.3 Δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (Άξονας 3)

Η κυβέρνηση θα θεσπίσει τους θεσμικούς μηχανισμούς και τις διαδικασίες που απαιτούνται για δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση της καθολικής προστασίας Υγείας. Θα εξαλείψει τις «καταστροφικές» και απαράδεκτες άτυπες πληρωμές και τα αδικαιολόγητα οικονομικά εμπόδια στη λήψη φροντίδας, ενώ θα διορθώσει τις συστημικές δυσλειτουργίες και θα περιορίσει το κόστος. Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης θα συγκεντρώσει τους πόρους από την κοινωνική ασφάλιση και τη φορολογία, αντικαθιστώντας τις ίδιες πληρωμές με μία ενιαία πηγή χρηματοδότησης, ενώ θα συγκρατήσει τη συνολική δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Σημεία-κλειδιά είναι η μείωση των ιδίων πληρωμών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, η μεταρρύθμιση της συλλογής των πόρων και η συγκέντρωση της χρηματοδότησης, η μεταρρύθμιση των στρατηγικών αγοράς και αποπληρωμής των υπηρεσιών, μέσω της εισαγωγής κινήτρων συνδεδεμένων με την αποδοτικότητα, προκειμένου να προωθηθεί η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η προστασία του καταναλωτή, μέσω διαφανούς πλαισίου τιμολόγησης για τον ιδιωτικό τομέα. Η κυβέρνηση θα οργανώσει τα έργα που εντάσσονται σε αυτό τον άξονα σε 5 στόχους μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3. Στρατηγικοί στόχοι που εντάσσονται υπό τον  
Άξονα 3: Δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας  
Άξονας 3 – 5 Στόχοι - 20 Δράσεις**

3.1 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της πάσχουσας Υγείας, (ILL-HEALTH), μείωση των ιδίων πληρωμών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης Υγείας κάτω από τον μέσο όρο της Ε.Ε.

3.2 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της πάσχουσας Υγείας, επαναφορά της ισορροπίας μεταξύ των ιδίων πληρωμών και της συγκεντρωποιημένης

δημόσιας δαπάνης Υγείας, επαναφέροντας προοδευτικά τη δημόσια δαπάνη στα μέσα επίπεδα της Ε.Ε.

3.3 Διαφανής χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας

3.4 Βελτίωση της ικανότητας για διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές, τη φαρμακοβιομηχανία και άλλους παρόχους υπηρεσιών

3.5 Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, με τη διασφάλιση ότι ενισχύεται και δεν υπονομεύεται η καθολική κάλυψη του πληθυσμού

Στον ακόλουθο πίνακα αποτυπώνονται συνοπτικά **οι συσχετιζόμενες Δράσεις ανά στόχο στον Άξονα 3:**

### **3.1 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της πάσχουσας Υγείας (ILL-HEALTH), μείωση των ιδίων πληρωμών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης Υγείας κάτω από τον μέσο όρο της Ε.Ε.**

Δράση 81. Μείωση των ιδίων πληρωμών στο πλαίσιο ρυθμισμένων πληρωμών, με επαναδιαπραγμάτευση της τιμολόγησης αγαθών και υπηρεσιών Υγείας

Δράση 82. Μείωση των ιδίων πληρωμών στο πλαίσιο τυπικών μη ρυθμισμένων πληρωμών (γνωστοποίηση των τιμών αναφοράς, συνεργασία με οργανώσεις χρηστών, διάλογος για κώδικα δεοντολογίας με επαγγελματικές οργανώσεις)

Δράση 83. Εξάλειψη άτυπων πληρωμών (διαφάνεια στη λίστα αναμονής, μηχανισμός παραπόνων, κοινωνικός διάλογος/ εκστρατεία επικοινωνίας, πίεση από ομάδες ομοτίμων, μηχανισμοί παρακολούθησης από την κοινότητα, μηχανισμός κυρώσεων)

### **3.2 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της πάσχουσας Υγείας, επαναφορά της ισορροπίας μεταξύ των ιδίων πληρωμών και της συγκεντρωποιημένης δημόσιας δαπάνης Υγείας, επαναφέροντας προοδευτικά τη δημόσια δαπάνη στα μέσα επίπεδα της Ε.Ε.**

Δράση 84. Αναχρηματοδότηση της δημόσιας και της ρυθμισμένης από δημόσιους φορείς φροντίδας Υγείας, με την επαναφορά του επιπέδου των συγκεντρωποιημένων πόρων για την υγεία ξανά στο 6,4% του ΑΕΠ μέχρι το 2019

Δράση 85. Επανεπένδυση στην πρόληψη μέσω της Δημόσιας Υγείας, αυξάνοντας τον προϋπολογισμό της (κάτω του 1%) τουλάχιστον στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (2,8% ) της δημόσιας δαπάνης Υγείας

### **3.3 Διαφανής χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας**

Δράση 86. Συλλογή στρατηγικών πληροφοριών για τη διάρθρωση τιμών και κόστους όσον αφορά στη μακροχρόνια φροντίδα, τη νοσηλεία, την ψυχική υγεία, τα ειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία και τις διαγνωστικές εξετάσεις

Δράση 87. Ανάθεση αρμοδιότητας για την παρακολούθηση της διάρθρωσης τιμών και κόστους και για συγκριτική αξιολόγηση κόστους και τιμών στην κοινωνία των πολιτών, μέσα από διαφανείς και άμεσες ηλεκτρονικοποιημένες διαδικασίες

### **3.4 Βελτίωση της ικανότητας για διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές, τη φαρμακοβιομηχανία και άλλους παρόχους υπηρεσιών**

Δράση 88. Καθιέρωση αποτελεσματικών και λειτουργικών επιτροπών διαπραγμάτευσης και οικοδόμηση των τεχνικών τους ικανοτήτων

Δράση 89. Αναθεώρηση του συστήματος προμηθειών (αποδοτικότητα, διαφάνεια, ταχύτητα), διευθέτηση των τεχνικών και μη τεχνικών τρωτών σημείων που οδηγούν σε οικονομικές απώλειες

Δράση 90. Δημιουργία δικτύων μεταξύ Ελληνικών επιτροπών διαπραγμάτευσης και αντίστοιχων Ευρωπαϊκών οντοτήτων, προκειμένου να αντλήσουν γνώση, εμπειρία και πληροφορίες

### **3.5 Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, με τη διασφάλιση ότι ενισχύεται και δεν υπονομεύεται η καθολική κάλυψη του πληθυσμού.**

Δράση 91. Αναθεώρηση του ρόλου του νέου ΕΟΠΥΥ (νομικό καθεστώς, βαθμός αυτονομίας, συμβατική σχέση) στις σχέσεις του με (α) Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Οικονομικών, Υ.Π.Ε., (β) δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας και (γ) χρήστες

Δράση 92. Καθορισμός του ρόλου των Υγειονομικών Περιφερειών και των περιφερειακών γραφείων του ΕΟΠΥΥ, συμπεριλαμβανομένων των δυνατοτήτων για εξορθολογισμό και συγχωνεύσεις

Δράση 93. Διαχείριση του χρέους του παρελθόντος κατά τρόπο που να καθιστά δυνατή την οικοδόμηση ενός βιώσιμου νέου ΕΟΠΥΥ

Δράση 94. Καθιέρωση της δημόσιας προτίμησης και της αρχής της επικουρικότητας για την αγορά περίθαλψης από τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας

Δράση 95. Διασφάλιση της προβλεψιμότητας των χρηματοδοτικών ροών από την κοινωνική ασφάλιση και τη φορολογία

Δράση 96. Πλήρης συγκέντρωση των διαφορετικών ροών εσόδων σε μία πολλαπλών πηγών χρηματοδοτική γραμμή, με έναν κλειστό 3ετή προϋπολογισμό που θα αποτελέσει αντικείμενο διαπραγμάτευσης σε μία σύμβαση-πλαίσιο μεταξύ του νέου ΕΟΠΥΥ και της Κυβέρνησης, εξειδικεύοντας τη συμμετοχή του προϋπολογισμού στους συγκεντρωμένους πόρους, τις ελάχιστες κατανομές στην ΠΦΥ, τη Δημόσια υγεία και τα Νοσοκομεία, σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα

Δράση 97. Εναρμόνιση των εισφορών και των πακέτων παροχών για όλους τους ασφαλισμένους και τους ανασφάλιστους υπό τον νέο ΕΟΠΥΥ

Δράση 98. Οικοδόμηση ικανοτήτων για εξορθολογισμό των πληρωμών, με την εισαγωγή στοιχείων μέτρησης απόδοσης των πληρωμών, μέσω ατομικών και μεικτών συμβολαίων και με ενίσχυση του ρόλου της ΥΠΕΔΥΦΚΑ

Δράση 99. Διασφάλιση της διασύνδεσης μεταξύ του ασφαλιστικού φακέλου του ΕΟΠΥΥ, της συνοπτικής εικόνας ασθενούς της ΗΔΙΚΑ και των βάσεων δεδομένων του ατομικού ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου σε ένα Μοναδικό Λογαριασμό Υγείας για όλους τους κατοίκους (συνεισφέροντες στην κοινωνική ασφάλιση και ανασφάλιστους)

Δράση 100. Εκσυγχρονισμός των διαδικασιών και διεργασιών του ΕΟΠΥΥ με στόχο την αποδοτικότητα, τη διαφάνεια, τη φιλικότητα προς τον χρήστη (συμπεριλαμβανομένης της βελτιωμένης επικοινωνίας / πληροφόρησης για τα δικαιώματα των ασθενών, της ανταπόκρισης στις ανάγκες των πολιτών και της διαχείρισης παραπόνων)

---

## 2.1.2 Η πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

### 2.1.2.1 Οι Στρεβλώσεις Του Συστήματος Υγείας

Η έλλειψη ενός οργανωμένου Δημόσιου Συστήματος υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη χώρα μας αποτέλεσε κρίσιμο παράγοντα για την δημιουργία των περισσότερων από τις παθογένειες και στρεβλώσεις του Συστήματος Υγείας. Οι στρεβλώσεις αυτές όχι μόνο εντάθηκαν με την κρίση αλλά και την ανατροφοδότησαν. Η ανάγκη όμως για ανάπτυξη της ΠΦΥ προϋπήρχε της κρίσης.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, οι Έλληνες δεν επωφελήθηκαν από την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση των συνθηκών ζωής αλλά και της υγειονομικής περίθαλψης στον ίδιο βαθμό με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που οδήγησε σε *αυξανόμενη απόκλιση από τα πρότυπα προόδου των υγειονομικών δεικτών της ΕΕ*. Τα ποσοστά θνησιμότητας στην ΕΕ μειώνονται ταχύτατα ενώ στην Ελλάδα μόλις που μεταβάλλονται. Η απογοητευτικά αργή πρόοδος αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού οφείλεται περισσότερο στο συνδυασμό ανθυγιεινού τρόπου ζωής (αλλαγή διατροφικού προτύπου, παραμέληση φυσικής άσκησης κλπ) και ανυπαρξίας εθνικής πολιτικής πρόληψης και προαγωγής υγείας, παρά σε υστέρηση σε υποδομές, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και υπηρεσίες εξειδικευμένης νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η φροντίδα είναι πολλές φορές αναποτελεσματική, είναι πολύ συχνή η *συνταγογραφική αντιμετώπιση* των νοσημάτων, δεν υπάρχει συστηματική *καταγραφή του ιατρικού ιστορικού και ηλεκτρονικός φάκελος υγείας του πολίτη*, έχει απαξιωθεί ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας, οι ασθενείς συχνά δεν λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται ή λαμβάνουν φροντίδα που δεν χρειάζονται και σχεδόν πάντα πληρώνουν υπερβολικά πολλά χρήματα, μεγάλο μέρος εκ των οποίων "άτυπα". Αυτό οφείλεται στο ότι ο τρόπος που λειτουργεί η αγορά της υγειονομικής περίθαλψης και η αποζημίωση των παρόχων, δίχως αποτελεσματικούς μηχανισμούς *ρύθμισης και ελέγχου*, έχουν προκαλέσει την *ανεξέλεγκτη δραστηριοποίηση του επιχειρηματικού ιδιωτικού τομέα*, την *υπερπροσφορά σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού και ιατρικών εξειδικεύσεων*, την *εμπορευματοποίηση των σχέσεων μεταξύ χρηστών και παρόχων υπηρεσιών υγείας* και την *εμφάνιση πολυάριθμων κερδοσκοπικών συμφερόντων*.

Η υπέρμετρη αυτή **προκλητή ζήτηση** δημιούργησε μηχανισμούς που *ανακατευθύνουν* τον ασθενή από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε αυτές του ιδιωτικού τομέα, με συνέπεια το κόστος να μετακυλιέται στους πολίτες, χωρίς να μεταφράζεται πάντα σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Έτσι ανακυκλώνονται τα προβλήματα υγείας και επανέρχεται ο πληθυσμός στην αναζήτηση -ακριβότερων συνήθως τη δεύτερη φορά - υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο αυτό *αυξάνει* την ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, μειώνοντας παράλληλα το υπόλοιπο ποσοστό που αντιστοιχεί στη δημόσια δαπάνη (64% των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 76%), η οποία ούτως ή άλλως έχει μειωθεί σε απόλυτα μεγέθη λόγω της γενικότερης πτώσης του ΑΕΠ. Παράλληλα, όπως έχει ήδη επισημανθεί, η ανεξέλεγκτη και επικερδής αγορά *εξειδικευμένης φροντίδας* έχει τροφοδοτήσει την υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών,

χωρίς απαραίτητα αυτό να συνοδεύεται με βελτιωμένο επίπεδο υπηρεσιών και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη φροντίδα.

### 2.1.2.2 Υπερκορεσμός από Ειδικούς Ιατρούς

Ο αριθμός των γενικών ιατρών στη χώρα βρίσκεται πολύ κάτω από το σημείο αναφοράς της ΕΕ, ενώ είναι γνωστό ότι όλες οι χώρες που ανέπτυξαν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και βελτίωσαν αποδεδειγμένα τους δείκτες δημόσιας υγείας, επένδυσαν στην αυξημένη «παραγωγή» και αξιοποίηση των γενικών –οικογενειακών ιατρών. Στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τον μέσο Ευρωπαϊκό δείκτη αναφοράς υπάρχει έλλειψη 4.375 Γενικών Ιατρών, ή 6.073 γιατρών σε όλη την Πρωτοβάθμια Φροντίδα αν επρόκειτο αυτή η φροντίδα να παρέχεται αποκλειστικά από Γενικούς Ιατρούς.

Με την υφιστάμενη κατάσταση ως προς την παραγωγή Γενικών Ιατρών (2014), που το 2014 ανήλθε στους 196 (ένα ποσοστό της τάξης του 10% από τους νέους ειδικευμένους), θα χρειαστούν αναλογικά 22 με 34 χρόνια για να αναπληρωθεί το έλλειμμα, υπό την παραδοχή ότι δεν θα υπάρξει καμιά εκροή λόγω συνταξιοδότησης, θανάτου ή μετανάστευσης. Υπάρχει ανάγκη για πιο ενεργή διαχείριση της παραγωγής ιατρών ανά ειδικότητα, με μία στροφή στην παραγωγή ειδικοτήτων με χαμηλή προσφορά (γενικής ιατρικής, γηριατρικής, δημόσιας υγείας, ιατρικής της εργασίας, ψυχιατρικής), με παράλληλη μείωση εκείνων των ειδικοτήτων που είναι σε υπερπροσφορά.

Δεν αμφισβητείται ότι η εξειδικευμένη περιπατητική φροντίδα είναι απαραίτητη. Στην πραγματικότητα, όσο η τεχνολογία εξελίσσεται, αρκετή από την φροντίδα που παρέχεται στα νοσοκομεία θα μεταφερθεί στο μέλλον σε επίπεδο περιπατητικής. Ακόμα και σε αυτή την περίπτωση, η πρώτη επαφή και φροντίδα από τις αντίστοιχες δομές και ειδικεύμενα στελέχη δεν μπορεί να υποκαταστήσει την υψηλής ποιότητας, ολοκληρωμένη ανθρωποκεντρική φροντίδα, γεγονός το οποίο απαιτεί την ύπαρξη εξειδικευμένων διασυνδεδεμένων ομάδων, όπου οι οικογενειακοί - γενικοί ιατροί έχουν κεντρικό ρόλο.

Η παροχή υπηρεσιών των εν λόγω στελεχών συσχετισμένη με την εξειδίκευσή τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι κρίσιμη. Η εξάρτηση από ειδικούς ιατρούς συνδέεται με υψηλότερες δαπάνες και λειψή φροντίδα, ενώ οι ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη μπορεί να προέρχονται από ανεπαρκή παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συγκριτικά με την περιπατητική φροντίδα, οι οικογενειακοί γιατροί διευκολύνουν την κατάλληλη συνέχεια της φροντίδας και αυξάνουν την ισότιμη παροχή ενός μεγάλου φάσματος υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής φροντίδας.

Χώρες με υψηλότερες αναλογίες γενικών ιατρών που εργάζονται σε περιπατητικές δομές σημειώνουν *χαμηλότερο* συνολικό κόστος και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας. Χώρες που εξαρτώνται όλο και περισσότερο σε ειδικούς ιατρούς έχουν *στάσιμα* ή *φθίνοντα* αποτελέσματα στην υγεία όταν αυτά προσμετρώνται σε πληθυσμιακό επίπεδο, ενώ ο κατακερματισμός της φροντίδας εντείνει την δυσφορία του χρήστη και συμβάλλει στον διαχωρισμό μεταξύ των υγειονομικών και των κοινωνικών υπηρεσιών. Η φροντίδα εκτός νοσοκομειακού πλαισίου, τείνει να είναι πιο ανθρωποκεντρική και αποτελεσματική, καθώς επίσης οικονομικότερη και λιγότερο επιρρεπής στην υπερσυνταγογράφηση.



### 2.1.2.3 Επένδυση στην ΠΦΥ

Η συζήτηση για την οργάνωση της παροχής υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα είναι αρκετά μπερδεμένη εξαιτίας της ευρείας σύγχυσης μεταξύ των εννοιών περιπατητικής ή προνοσοκομειακής φροντίδας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πολλοί θεωρούν κάθε περιπατητική φροντίδα – είτε παρέχεται από ιατρούς ειδικότητας ή υπο-ειδικότητας, ανειδίκευτους ιατρούς ή παραϊατρικό προσωπικό – ως πρωτοβάθμια φροντίδα. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες των πρώην ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ με τους άμεσα προσβάσιμους ειδικούς ιατρούς, συχνά παρερμηνεύονται ως πρωτοβάθμια φροντίδα. Το ίδιο ισχύει και για τις υπηρεσίες από ιδιώτες γιατρούς. Αυτό είναι «πρωτοβάθμια» μόνο με την έννοια της πρώτης επαφής (συχνά επίσης και σταθμός για ασθενείς που απλά «ψωνίζουν» υπηρεσίες).

Η ορθή πρωτοβάθμια φροντίδα αφορά ένα ευρύτερο πλαίσιο δράσεων ολιστικής προσέγγισης στην φροντίδα, από την προαγωγή και την πρόληψη, έως την θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανένταξη.

Πρόθεση είναι η αντικατάσταση ενός ιατροκεντρικού με ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα, η μετακίνηση από δομές φροντίδας που έχουν στο επίκεντρο τους ειδικούς ιατρούς και τα νοσοκομεία, σε αυτές που είναι δομημένες γύρω από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτό θα παίξει σημαντικό ρόλο στην άμβλυνση των συνεπειών που προκαλούνται από τις ανισότητες και την κοινωνική απομόνωση.

Ο *ακρογωνιαίος λίθος* της στρατηγικής αντιμετώπισης όλων αυτών των προκλήσεων, είναι η αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας γύρω από ένα σύγχρονο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας με βασικούς άξονες:

- Την **καθολική και ισότιμη πρόσβαση** σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης)
- Την **διαφανή και δημοκρατική διακυβέρνηση** από ένα αναδιοργανωμένο Υπουργείο Υγείας που αξιοποιεί στρατηγικές πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο και διαχειρίζεται συνολικά τον τομέα υγείας, δημόσιο και ιδιωτικό, με τρόπο οικονομικά βιώσιμο, διαφανή και κοινωνικά ανταποδοτικό.
- Την **βιώσιμη χρηματοδότηση** του δημόσιου συστήματος υγείας με στόχο την πλήρη κάλυψη των αναγκών και την εξάλειψη των ιδιωτικών πληρωμών, ειδικά των κοινωνικά αδύναμων στρωμάτων.

Ο πρώτος άξονας αφορά στη σταδιακή ανάπτυξη ενός εθνικού δικτύου **Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.)**, στελεχωμένες με διεπιστημονικές ομάδες (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.) και οι οποίες θα αποτελούν την **πρώτη βαθμίδα** της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το δίκτυο αυτό, με την αποκέντρωση των δομών και την εγγύτητα στον χρήστη, θα αντιμετωπίζει άμεσα τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού, θα δραστηριοποιείται ενεργά μέσα στη κοινότητα και τις γειτονιές.

Η ποιότητα της φροντίδας μεγιστοποιείται όταν οι υπηρεσίες οργανώνονται σαν ένα μικρό εντατικό δίκτυο, με κοντινά στον χρήστη σημεία παροχής και συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Μικρές ομάδες γνωρίζουν καλύτερα τις κοινότητές τους και αναγνωρίζονται από αυτές, αλλά είναι και αρκετά σταθερές για να εδραιώσουν μια σχέση διαρκείας. Οι ομάδες

αυτές απαιτούν σχεσιακές, οργανωτικές όσο και τεχνικές ικανότητες για να λύσουν το μεγαλύτερο μέρος των προβλημάτων υγείας σε τοπικό επίπεδο.

Οι υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ΠΕΔΥ-ΚΥ) θα αποτελέσουν τις μονάδες αναφοράς του κάθε τομέα, δηλαδή την εξειδικευμένη και διαγνωστική βαθμίδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (**δεύτερη βαθμίδα**), θα ενισχυθούν και θα ενιαιοποιηθούν λειτουργικά.

### 2.1.2.4 Τοπική Μονάδα Υγείας

Η Το.Μ.Υ. είναι η βασική μονάδα στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα και οικογένειες και ο πυρήνας του νέου συστήματος υγείας. Οι δύο λέξεις κλειδιά είναι **εγγύτητα** και **δικτύωση**. Εγγύτητα επειδή αυτή καθορίζει την προσβασιμότητα, την συνέχεια και την ισότητα. Δικτύωση επειδή οι οικογενειακές μονάδες δεν μπορούν και δεν θα έπρεπε να λειτουργούν σε απομόνωση· πρέπει να συνεργάζονται εντός του τομέα τους και χρειάζονται την ενίσχυση και άλλων στοιχείων του συστήματος υγείας και πιο συγκεκριμένα τις δομές αναφοράς: τις μονάδες ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας και τα νοσοκομεία.

Οι μονάδες έχουν την ευθύνη - με την εποπτεία της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας - για την παροχή προσβάσιμης, κατάλληλης, αποτελεσματικής, αποδοτικής και ποιοτικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Οι μονάδες λειτουργούν με δυναμικό πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, το οποίο ιδανικά διαμένει στην κοινότητα που εξυπηρετεί ή κοντά. Τέτοιου είδους μονάδες είναι πιο πιθανό να επιτύχουν συνέχεια στην φροντίδα και μια στενή σχέση με την κοινότητα.

Η κάθε μονάδα ξεχωριστά, διεξάγει ετήσια επίσημη αυτο-αξιολόγηση, σε συνεργασία με τις άλλες ομότιμες μονάδες στο δίκτυο του τομέα, καθώς και με τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές και γνωστοποιεί τα αποτελέσματα στην κοινότητα. Η συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του τομέα (peer to peer), καθιστά δυνατή την επιστημονική αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας του πληθυσμού τους και αναπτύσσει έμμεσα τον αυτοέλεγχο.

Η Το.Μ.Υ. εξασφαλίζει πρόσβαση τις καθημερινές μεταξύ 8πμ και 8μμ. και σύμφωνα με τα γεωγραφικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά της περιοχής, την εποχή και τη διαμόρφωση των ομάδων, οι ώρες λειτουργίας μπορεί να υπόκεινται σε μείωση ή διεύρυνση. Στο επίπεδο του τομέα, διοργανώνεται τηλεφωνική διαλογή, δηλαδή συμβουλευτικό κέντρο ή συνεργασία ώστε να εξασφαλίσει 24ωρη εκτός ωραρίου φροντίδα ή ανακατεύθυνση του ασθενή και με αυτό τον τρόπο βοηθάει στη διαχείριση και του κόστους, αλλά και του φόρτου εργασίας.

Είναι ο μόνος τρόπος για να ξεκινήσει μια διαρθρωτική αντίδραση στις συσσωρευμένες στρεβλώσεις του Ελληνικού συστήματος υγείας. Η μετατόπιση του σημείου εισόδου στο σύστημα υγείας από το εξειδικευμένο νοσοκομείο στην γενική περιπατητική φροντίδα δημιουργεί τις συνθήκες για περισσότερο ολοκληρωμένη φροντίδα, συνέχεια και ανθρωποκεντρικότητα, τομείς όπου οι οικογενειακοί ιατροί τα καταφέρνουν καλύτερα.

Επίσης, όσον αφορά στις κοινές ασθένειες, παρέχουν υπηρεσίες τουλάχιστον ισάξιες με αυτές που παρέχονται από τους εξειδικευμένους στα νοσοκομεία.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από την διεπιστημονική ομάδα στην ΤΟΜΥ αφορούν άτομα και οικογένειες, πληθυσμό και κοινότητα, φυσικό και δομημένο περιβάλλον:

#### **Άτομα και οικογένειες**

- ✓ Συστηματική παρακολούθηση της υγείας
- ✓ Κλινική αντιμετώπιση – διαχείριση περιστατικών (επειγόντων, εκτάκτων, χρόνιων προβλημάτων υγείας, ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές, αναπτυξιακών διαταραχών)
- ✓ Κοινωνική φροντίδα
- ✓ Φροντίδα κατ' οίκον
- ✓ Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού επιπολασμού
- ✓ Φυσική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη
- ✓ Αγωγή υγείας
- ✓ Υγεία μητέρας και παιδιού (νεογνική, παιδική και εφηβική υγεία)

#### **Πληθυσμός και κοινότητα**

- ✓ Εκτίμηση των αναγκών υγείας της κοινότητας
- ✓ Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων (πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής της υγείας)

#### **Φυσικό και δομημένο περιβάλλον**

- ✓ Εκτίμηση και παρέμβαση σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής διαβίωσης στο σπίτι, τη γειτονιά, την εργασία, το σχολείο.

### **2.1.2.5 Συνεχόμενη και Ολοκληρωμένη Φροντίδα**

Η δυναμική οργάνωση και προώθηση της συνέχειας της φροντίδας, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό μιας ισχυρής ανθρωποκεντρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας, για την οποία η μονάδα υγείας είναι υπεύθυνη. Η συνέχεια της περίθαλψης είναι σημαντική για την ποιότητα της φροντίδας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς και για την ικανοποίηση των ασθενών. Αλλά η καλύτερη συνέχεια της φροντίδας έχει κάποιες αντικειμενικές διαφορές:

#### **Μειώνει:**

- ✓ Τις νοσηλείες
- ✓ Την εισροή στα Επείγοντα και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- ✓ Τα λάθη στη διάγνωση και τη θεραπεία
- ✓ Την κατανάλωση των πόρων

#### **Βελτιώνει:**

- ✓ Την αφομοίωση των υπηρεσιών πρόληψης και μειώνει τις ασθένειες
- ✓ Την ποιότητα της φροντίδας για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις
- ✓ Την συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία

#### **Εξασφαλίζει:**

- ✓ Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών
- ✓ Εξοικονόμηση χρόνου στο πλαίσιο της εξέτασης
- ✓ Μικρότερη χρήση των εργαστηριακών εξετάσεων
- ✓ Λιγότερες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη

### Σχετίζεται με:

- ✓ την **καλύτερη υγεία** του πληθυσμού
- ✓ μειωμένους συντελεστές θνησιμότητας
- ✓ μείωση θανάτων που σχετίζονται με την υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια και καρκίνο του πνεύμονα
- ✓ χαμηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας

Μια σημαντική διαφορά μεταξύ της ανθρωποκεντρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας και της κατακερματισμένης περιπατητικής φροντίδας που προσφέρεται σήμερα στην Ελλάδα είναι η **ολοκληρωμένη φροντίδα**. Κάθε μονάδα θα πρέπει να εξασφαλίσει την πρόσβαση και την κάλυψη με βασικές ιατρικές υπηρεσίες του εγγεγραμμένου σε αυτή πληθυσμό. Το σύνολο των υπηρεσιών αυτών περιλαμβάνει:

- Μέριμνα για οξέα νοσήματα
- Παρακολούθηση, προαγωγή της υγείας και διαρκής πρόληψη νοσημάτων
- Παρακολούθηση ιατρικών περιπτώσεων χρόνιων παθήσεων και πολυνοσηρότητας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα ανταποκρίνεται στα προβλήματα όπως εμφανίζονται: αναγνωρίσιμα ή όχι, ασαφή ή ακριβή, τετριμμένα ή ζωτικής σημασίας. Το εύρος των αντιδράσεων - προαγωγικών, προληπτικών, ιατρικών, ψυχολογικών, παραπομπές, παρακολούθηση - πρέπει να είναι εξίσου ολοκληρωμένο.

### 2.1.2.6 Κοινωνική διάγνωση, κοινωνική δικτύωση και επισκέψεις κατ' οίκον

Το έργο της Το.Μ.Υ. έχει κοινωνική διάσταση - σε σχέση με τον πληθυσμό που απαρτίζει τους καταλόγους των εγγεγραμμένων, την γειτονιά στην οποία κατοικούν και τον τομέα στον οποίο δραστηριοποιούνται.

- Προσδιορισμός των ειδικών αναγκών υγείας των ατόμων ή οικογενειών (συμπεριλαμβανομένης της υγείας των γυναικών, την υγεία των νεογνών, των παιδιών και των εφήβων, την υγεία ενηλίκων και ηλικιωμένων)
- Αξιολόγηση των συγκεκριμένων κινδύνων για την υγεία της κοινότητας και του κάθε νοικοκυριού ξεχωριστά
- Παρέμβαση, με εξατομικευμένες πληροφορίες και εκπαίδευση σε θέματα υγείας σε συγκεκριμένους τομείς που σχετίζονται με την προώθηση και την προστασία της υγείας και την πρόληψη των επικίνδυνων για την υγεία συνηθειών σε διάφορα στάδια της ζωής
- Πρώτα μέτρα για την καταπολέμηση επιδημιών και τα σημεία εντοπισμού σε περίπτωση εκδήλωσης
- Διασφάλιση συμμόρφωσης με το Εθνικό σχέδιο εμβολιασμού και την εφαρμογή των επιλεγμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου
- Προαγωγή της υγείας σε καταστάσεις ιδιαίτερης δεκτικότητας σε μηνύματα για την υγεία συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων-στόχων

- Κατ' οίκον επισκέψεις για ασθενείς με φυσική και λειτουργική εξάρτηση σε τελικά στάδια, που απαιτούν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και οι οποίοι δεν μπορούν να επισκεφθούν την Μονάδα
- Κατ' οίκον επισκέψεις με αίτηση των ασθενών ή των οικογενειών τους σε περιπτώσεις δυσκολίας πρόσβασης στην Μονάδα, ιδίως όταν υπάρχει φυσική και λειτουργική ανικανότητα του ασθενή
- Συντονισμός με την περιπατητική εξειδικευμένη φροντίδα και την νοσοκομειακή περίθαλψη, ιδίως σε περιπτώσεις παραπομπής, πριν, κατά τη διάρκεια ή και μετά τη νοσηλεία, εξασφαλίζοντας την καλύτερη δυνατή συνέχιση της περίθαλψης και την αποφυγή προβλημάτων που οφείλονται στην κακή επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών
- Επικοινωνία και συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις αρχές της υγείας, τόσο σε περιπτώσεις ασθενειών υποχρεωτικής δήλωσης, όπως και σε όλες τις περιπτώσεις όπου οι πληροφορίες που κατέχονται από τους επαγγελματίες υγείας της Μονάδας είναι σχετικές με την προστασία της δημόσιας υγείας
- Επικοινωνία και συντονισμός με τις κοινωνικές υπηρεσίες και άλλους φορείς σχετικά με το έργο της Μονάδας

#### **2.1.2.7 Πρόσθετες Υπηρεσίες**

Χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η επίτευξη του βασικού πυρήνα των υπηρεσιών, η ΥΠΕ θα μπορεί να προχωρεί σε σύμβαση για την παροχή επιπλέον υπηρεσιών και όπου υπάρχει αποδεδειγμένη ανάγκη. Η προτεινόμενη δραστηριότητα πρέπει να κατευθύνεται σε άτομα, οικογένειες ή κοινότητες στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ΥΠΕ μπορεί να καλέσει την Μονάδα να υποβάλει προτάσεις για δραστηριότητες που πρέπει να αναληφθούν ως μέρος των πρόσθετων υπηρεσιών.

Οι πρόσθετες υπηρεσίες θα πρέπει να περιγράφονται και να αιτιολογούνται σε μια πρόταση η οποία θα περιλαμβάνει:

- Το σκεπτικό
- Αντικείμενα, στόχους και την περίοδο εφαρμογής
- Τον πληθυσμό αναφοράς
- Τους δείκτες απόδοσης που θα επιτρέπουν την μέτρηση του φόρτου εργασίας και πως αυτός επηρεάζει το έργο της Μονάδας
- Δραστηριότητες και μηνιαία ομάδα *φόρτου εργασίας* από επαγγελματία
- Χαρακτηρισμός των επαγγελματιών που εμπλέκονται, υποδεικνύοντας συγκεκριμένες ανάγκες κατάρτισης για την αντίστοιχη δραστηριότητα
- Προβλεπόμενη χρηματοδότηση της δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών ανταμοιβών για την ομάδα

Οι πρόσθετες υπηρεσίες υπόκεινται στην έγκριση της τεκμηριωμένης πρότασης και της χρηματοδότησης. Μπορεί να περιλαμβάνουν, για παράδειγμα:

- Την σχολική υγεία
- Στοματική υγεία
- Εργασιακή υγεία
- Σχέδια που απευθύνονται σε όσους κινδυνεύουν από κοινωνικό αποκλεισμό
- Σχέδια με στόχο τους εφήβους και τους νέους
- Έργα που απευθύνονται σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών

- Σχέδια με στόχο τους μετανάστες/πρόσφυγες
- Φυματίωση
- Άλλα

### 2.1.2.8 Ιατρικές Παραπομπές

Αρκετές μελέτες σε ενήλικες και παιδιά αναφέρουν ότι οι ασθενείς και οι ειδικοί προτιμούν κοινή φροντίδα μεταξύ γενικού και ειδικού και υπάρχουν συχνά πραγματικές κλινικές ενδείξεις για τον βαθμό συμμετοχής του ειδικού στην διαχείριση των προβλημάτων συγκεκριμένων ασθενών:

- Σε κάποιες περιπτώσεις τα αποτελέσματα ως προς την υγεία και η εμπειρία του ασθενούς επιδέχονται βελτιώσεων μέσα από μία κοινοτική δράση των ειδικών ως τμήμα της συνεργασίας μεταξύ της Το.Μ.Υ. και άλλων δομών στον τομέα της υγείας (ειδικές κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, νοσοκομείο, κοινοτική ψυχική υγεία κλπ)
- Σε άλλες περιπτώσεις η παραπομπή απαιτείται. Η παραπομπή από έναν οικογενειακό γιατρό οδηγεί σε πιο κατάλληλη παρέμβαση με λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και επεισόδια, από ό,τι συμβαίνει όταν οι ασθενείς αυτοπαραπέμπονται στους ειδικούς. Ο βελτιωμένος συντονισμός της φροντίδας υγείας ενισχύει την συνέχεια της φροντίδας, τα αποτελέσματα ως προς το επίπεδο υγείας και την ικανοποίηση του ασθενή, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις.
- Τα συστήματα φροντίδας υγείας στα οποία οι ιατροί της πρωτοβάθμιας λειτουργούν ως "gatekeepers", ελέγχουν δηλαδή τις παραπομπές σε ειδικούς ιατρούς και την εισροή στο δευτεροβάθμιο επίπεδο υγείας, είναι γενικά πιο αποδοτικά από ό,τι τα αντίστοιχα στα οποία απουσιάζει ο συγκεκριμένος ρόλος. Γενικά ο έλεγχος της πρόσβασης εκτιμάται από τους ασθενείς, εάν και εφόσον είναι σε θέση να διαλέξουν τον οικογενειακό τους γιατρό, αλλά υπάρχουν ηπιότερες ρυθμίσεις όπως διάφορες τακτικές προτεραιότητας, αναφορικά με την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα ή οικονομικές κυρώσεις στην περίπτωση άμεσης πρόσβασης που θα μπορούσαν να αποτελέσουν μία εναλλακτική λύση για την ελληνική πραγματικότητα.
- Η σύγκυση ενός κατακερματισμένου συστήματος με πολυάριθμες υπηρεσίες και δομές μπορεί να γίνει πιο διαχειρίσιμη μέσα από σαφή, λογική και εύκολα κατανοητή πλοήγηση. Αυτό απαιτεί από την ομάδα οικογενειακής υγείας να διαχειρίζεται την μετακίνηση μεταξύ διαφόρων ειδικών και υπηρεσιών. Δεν προκαλεί εντύπωση ότι στις χώρες με τον υψηλότερο βαθμό κατακερματισμού, όπως στις ΗΠΑ, οι προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση έχουν ενταθεί τα τελευταία χρόνια.

Σε όλες τις περιπτώσεις, όμως, θα πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα ώστε να εξασφαλιστεί ο συντονισμός των παραπομπών, ιδιαίτερα όταν εμπλέκονται ποικίλες κλινικές και κοινωνικές υπηρεσίες, όπως στην περίπτωση των ασθενών με πολυνοσηρότητα.

- Η Το.Μ.Υ. προγραμματίζει χρόνο για τακτικό (μηνιαίο) πρακτικό διάλογο επί τεχνικών θεμάτων και τον συντονισμό με τις ειδικές υποστηρικτικές υπηρεσίες (νοσοκομείο, μονάδες περιπατητικής φροντίδας, ομάδες κοινοτικής ψυχικής υγείας), με προτεραιότητα στις συζητήσεις για τους ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας (ανοσοκαταστολή, ασταθές άσθμα, διαβητικό έλκος, ιατρογενή ατυχήματα).
- Η Το.Μ.Υ. όπως και γενικότερα το νοσοκομείο αναφοράς του τομέα της ΠΦΥ και οι μονάδες περιπατητικής φροντίδας, χρησιμοποιούν τον ίδιο ηλεκτρονικό φάκελο, με την

Το.Μ.Υ. να είναι υπεύθυνη για τη σύνθεση και την καταγραφή όλων των τεχνικών δεδομένων.

- Η Το.Μ.Υ. κατευθύνει τους παραπεμπόμενους ασθενείς σε γραφεία Συντονισμού και Προσανατολισμού στα νοσοκομεία ή σε μονάδες περιπατητικής φροντίδας, που είναι υπεύθυνα για την πρακτική οργάνωση του συντονισμού και της καθοδήγησης του ασθενούς μεταξύ των δομών παραπομπής και υποδοχής.
- Η Μονάδα επικοινωνεί, τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση, με τα γραφεία Συντονισμού και Προσανατολισμού για να εντοπίσει προβλήματα πρόσβασης, παρατεταμένο χρόνο αναμονής ή άλλα ζητήματα αναφερόμενα από τους ασθενείς.

Ας υποθέσουμε ότι για τους εγγεγραμμένους στις ΤοΜΥ οι επισκέψεις τους στα ΠΕΔΥ, τα εξωτερικά ιατρεία και τους συμβεβλημένους γιατρούς θα μειωθούν κατά 75% και το 25% θα διατηρηθούν ως παραπομπές. Ο αριθμός των επισκέψεων στα ΠΕΔΥ, σε συμβεβλημένους γιατρούς και σε εξωτερικά ιατρεία θα μειωθεί κατά το σύνολο του αστικού πληθυσμού που καλύπτεται, επί τον σημερινό αριθμό των επισκέψεών τους, επί 75%. Το 2014 πραγματοποιήθηκαν 27.314.899 επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, μονάδες ΠΕΔΥ και συμβεβλημένους γιατρούς.

Για τους υπολογισμούς μας θα θεωρήσουμε ότι όλες οι επισκέψεις αφορούν τον αστικό πληθυσμό. Κάτι τέτοιο αντιστοιχεί σε 3,3 επισκέψεις ανά άτομο ετησίως. Θα υποθέσουμε ότι οι εγγεγραμμένοι στις ΤοΜΥ δεν θα επισκέπτονται πλέον μονάδες ΠΕΔΥ, εξωτερικά ιατρεία ή συμβεβλημένους γιατρούς με τον ίδιο ρυθμό αλλά με ρυθμό 0,82 επισκέψεων ετησίως, καθώς οι περισσότερες ανάγκες θα καλύπτονται από τις ίδιες τις ΤοΜΥ.

**Πίνακας 1.Μείωση επισκέψεων σε ΠΕΔΥ, Εξωτ. ιατρεία και Συμβεβλημένους ιδιώτες μέσω της αυξημένης κάλυψης από τις ΤοΜΥ**

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Σύνολο καλυπτόμ. πληθυσμού</b>	500.000	1.250.000	2.250.000	3.250.000	4.250.000
<b>% των 8,285εκ. καλυπτ. αστικού πληθυσμού</b>	6%	15,2%	27,2%	39,2%	51,3%
<b>% μείωσης φόρτου εργασίας σε ΠΕΔΥ, εξωτερικά ιατρεία και συμβεβλημένους</b>	4,5%	11,3%	20,4%	29,4%	38,5%
<b>Μείωση επισκέψεων - από σύνολο 27.314.899</b>	1.229.000	3.091.000	5.572.000	8.031.000	10.401.000

**2.1.2.9 Τομεοποίηση**

Στη συμβατική εξωνοσοκομειακή (περιπατητική) περίθαλψη, ο πάροχος αναλαμβάνει την ευθύνη για τον πολίτη, ο οποίος δέχεται την φροντίδα για όσο χρόνο διαρκεί η παροχή αυτής. Στην καλύτερη των περιπτώσεων, η ευθύνη του ιατρού επεκτείνεται στην εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας.

Αυτή η παθητική προσέγγιση δεν είναι επαρκής για την αντιμετώπιση όλων των αναγκών του. Παράλληλα υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι, είτε αισθάνονται αποκλεισμένοι, είτε ακόμη χειρότερα είναι πράγματι αποκλεισμένοι από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Κάποιοι καθυστερούν ή δεν εξασφαλίζεται η ιατρική παρακολούθησή τους, ακόμη και όταν



βρίσκονται σε ανάγκη. Άλλοι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου ή πρόληψης (π.χ. για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ή για την παιδική παχυσαρκία), αλλά δεν έχουν τη δυνατότητα να ζητήσουν συμβουλευτικές υπηρεσίες. Άλλωστε έχει παρατηρηθεί το γεγονός ότι προληπτικές υπηρεσίες που περιορίζονται σε χρήστες υπηρεσιών υγείας, συχνά αφήνουν εκτός εκείνους που τις έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

Η παθητική προσέγγιση-απάντηση στη ζήτηση έχει και μία δεύτερη ατυχή επίπτωση: Δεν δίδει τη δυνατότητα να εμπεριέχονται στη ζήτηση τοπικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας-ασθένειας (κοινωνικοί προσδιοριστές, περιβαλλοντικοί προσδιοριστές ή προσδιοριστές σχετιζόμενοι με την εργασία). Όλα τα ανωτέρω αντανakλούν χαμένες ευκαιρίες για την βελτίωση της υγείας: Πάροχοι που αναλαμβάνουν την ευθύνη μόνο για τους "πελάτες" τους και επικεντρώνονται στην αποκατάσταση μετά από κάποια ασθένεια και όχι στη διατήρηση και στην προαγωγή της υγείας.

**Η εναλλακτική λύση είναι να αποδοθεί ρητή ευθύνη στους ιατρούς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας για σαφώς καθορισμένες κοινότητες ή πληθυσμούς, καθιστώντας το τοπικό σύστημα υγείας υπεύθυνο (υπόλογο) για την παροχή ολοκληρωμένης, συνεχούς και προσωποκεντρικής φροντίδας για δεδομένο πληθυσμό. Αυτό είναι το σκεπτικό της τομεοποίησης: Ο καθορισμός του πληθυσμού για τον οποίο ένα τοπικό δίκτυο υγειονομικής περίθαλψης είναι υπεύθυνο.**

Το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκτείνεται σε όλο το εύρος, από την προαγωγή υγείας μέχρι την παρηγορητική φροντίδα. Κρίσιμο σημείο αποτελεί η διασφάλιση της πρόσβασης όλου του πληθυσμού χωρίς κανέναν αποκλεισμό όχι μόνο από την Π.Φ.Υ. αλλά και από τις 24/7 υπηρεσίες, από τα προγράμματα πρόληψης, από τις εξειδικευμένες υπηρεσίες, από την φροντίδα ειδικότητας όταν χρειάζεται. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι **η τομεοποίηση θέτει την Π.Φ.Υ. στο επίκεντρο του συστήματος και όχι στη βάση της πυραμίδας.** Αυτό είναι σύμφωνο με την τρέχουσα σκέψη για τα σύγχρονα συστήματα Π.Φ.Υ.

Οι Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν μονάδες σχεδιασμού στις οποίες αποδίδονται ευθύνες και αρμοδιότητες σε συγκεκριμένα δίκτυα υγείας. Για την υγειονομική περίθαλψη του συγκεκριμένου πληθυσμού το δίκτυο οφείλει να λογοδοτεί. Η τομεοποίηση είναι το εργαλείο μέσω του οποίου καθίσταται δυνατή η ανάθεση της ευθύνης της παροχής φροντίδας υγείας ενός ορισμένου πληθυσμού σε ένα τοπικό υγειονομικό δίκτυο.

### **ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥΣ**

Η αποτελεσματική και ποιοτική πρωτοβάθμια φροντίδα αφορά τους ανθρώπους. Το να έχει κάποιος έναν τακτικό, αξιόπιστο και προσωπικό πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας ως σημείο εισόδου στέκεται από μόνο του χωρίς υποστήριξη. Είναι επίσης προϋπόθεση για την πληρότητα, τη συνέχεια, και την ανθρωποκεντρικότητα. Όλα αυτά εξαρτώνται από τις σταθερές, μακροχρόνιες, διαπροσωπικές σχέσεις με τον προσωπικό γιατρό που είναι το σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας και αυτό έχει καλά τεκμηριωμένα πλεονεκτήματα σε σύγκριση με το να απευθύνεται κάποιος σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο ή άλλη δομή

υγείας όπου δεν έχει καθόλου σταθερό πάροχο. Για παράδειγμα, ηλικιωμένοι που παρουσιάζουν συχνά πολυνοσηρότητα, είναι λιγότερο πιθανό να τους συνταγογραφηθούν πολλά φάρμακα αν έχουν τον σταθερό γιατρό τους. Οι γιατροί που γνωρίζουν τους ασθενείς τους για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο, είναι σε καλύτερη θέση να αναγνωρίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα που επηρεάζουν την υγεία του ασθενή. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι φθάνουν σε υψηλότερες "ανθρωποκεντρικές βαθμολογίες" από τις συμβατικές περιπατητικές μονάδες ή εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Οι βραχυπρόθεσμες σχέσεις με γιατρούς σχετίζονται με προβλήματα, όπως τα υψηλά ποσοστά επανεισαγωγής. Μια μακροχρόνια σχέση συνδέεται με χαμηλότερο συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης μετά τον έλεγχο, για διάφορα κοινωνικο-δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηρότητας. Τουλάχιστον δύο χρόνια επαφής απαιτούνται γενικά για τους ασθενείς και τους επαγγελματίες να γνωρίσουν ο ένας τον άλλον αρκετά καλά, για να παρέχει ο γιατρός την βέλτιστη πρόσωποκεντρική φροντίδα. Όσο περισσότερο διαρκεί η σχέση ασθενούς-παρόχου, τόσο περισσότερη γνώση συσσωρεύει ο ασθενής από τον γιατρό του και τόσο περισσότερο εμπιστοσύνη του έχουν. Για το λόγο αυτό η εγγραφή στους καταλόγους των ασθενών ευνοεί την μακροπρόθεσμη εξατομικευμένη σχέση και βελτιώνει τις παραπομπές, την πρόσβαση στην ψυχική υγεία, την συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας.

Η σημασία της μακροπρόθεσμης και εξατομικευμένης σχέσης, έχει πληγεί σημαντικά από τον κατακερματισμό και την εμπορευματοποίηση της υγείας στην Ελλάδα. Ένας συνδυασμός της τομεοποίησης και της εγγραφής - που φέρνει ένα στοιχείο επιλογής, σύμφωνα με τις προσδοκίες του πληθυσμού - μπορεί να το καταστήσει δυνατό. Η σημασία του στοιχείου της επιλογής δεν πρέπει να υποτιμάται. Η ελεύθερη επιλογή παρόχου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, διασφαλίζει περισσότερο μια καλή σχέση απ' ότι η ανάθεση ενός επαγγελματία. Αν οι ασθενείς έχουν την ελευθερία επιλογής για το είδος του παρόχου πρωτοβάθμιας, αξιολογούν τις οργανωτικές πτυχές των υπηρεσιών πιο θετικά. Ωστόσο, αναγνωρίζοντας τη σημασία της ελεύθερης επιλογής, δεν είναι το ίδιο με την επιδοκμασία του να "ψωνίζεις υπηρεσίες υγείας". Αυτός είναι και ο λόγος τομεοποίησης σε συνδυασμό με την εγγραφή, όπου μέσα σε ένα τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να επιλέξει κάποιος σε ποια ομάδα και σε ποια μονάδα υγείας θα καταχωρηθούν. Τελικά είναι αναμενόμενο όλοι οι κάτοικοι του τομέα να εγγραφούν στον κατάλογο μιας από τις ομάδες υγείας.

Το δίκτυο των ΤΟ.Μ.Υ. ενθαρρύνει, μέσω της ενεργητικής προσέγγισης και επικοινωνίας με τον πληθυσμό στον τομέα, την εγγραφή του συνόλου του πληθυσμού του τομέα, σε μία μονάδα του τομέα (κατά κανόνα αυτή θα είναι στη γειτονιά του). Η εγγραφή στους καταλόγους καθιστά δυνατή την εισαγωγή μιας σημαντικής καινοτομίας στον τρόπο παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα: **λογοδοσία**, όχι για έναν συγκεκριμένο όγκο εργασίας, αλλά για την περίθαλψη που παρέχεται σε έναν ορισμένο πληθυσμό (και ως εκ τούτου κατά κεφαλήν).

### 2.1.2.10 Στελέχωση

Σε αστικές περιοχές ένα λογικό μέγεθος καταλόγου ασθενών είναι 2000 ενήλικες για ένα οικογενειακό γιατρό, 1000 παιδιά για έναν παιδίατρο, ως εκ τούτου, μία μονάδα αποτελούμενη από 16 άτομα (4 Οικογ. Γιατρ., 2 Οικογ. Παιδ., 6 νοσηλευτικό και 6 βοηθητικό προσωπικό) μπορεί να ανταποκριθεί σε ένα αστικό πληθυσμό 10,000 ατόμων. Ο αστικός πληθυσμός των 7,8 εκατ. θα απαιτούσε περίπου **830 μονάδες** με 3,300 Οικογ. Γιατρούς, 1,600 Οικογ. Παιδίατρους και περίπου 5,000 λοιπό υγειονομικό-διοικητικό προσωπικό.

Το δίκτυο αυτό θα απορροφήσει το ισοδύναμο του 1/4 του τρέχοντος αποθέματος των περίπου 20,000 ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων. Η δημιουργία των μονάδων γειτονιάς μπορεί άνετα να επεκταθεί προσδευτικά με την πάροδο του χρόνου και χωρίς διακοπή στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στο σύνολο του πληθυσμού.

### 2.1.2.11 Χρονοδιάγραμμα

Η ανάπτυξη του δικτύου των ΤΟΜΥ θα ξεκινήσει αρχικά σε 4 σημεία της Ελλάδας. Η επιλογή των σημείων έγινε με πολυπαραγοντικά κριτήρια (δημογραφικά, υπάρχουσες δομές, φυσικά όρια, προσβασιμότητα κ.α.). Είναι ζωτικής σημασίας τα αρχικά σημεία να λειτουργήσουν σε πλήρη ανάπτυξη και με ολοκληρωμένη διασύνδεση με τις λοιπές δομές, ώστε να καταγραφούν με λεπτομέρεια οι δυσκολίες λειτουργίας, πρόσβασης, η άποψη των ληπτών των υπηρεσιών υγείας αλλά και οι γνώμες των εργαζομένων στις μονάδες.

#### Βραχυπρόθεσμα (2016 - 2017)

Αρχική εφαρμογή / Ανάπτυξη 40-50 μονάδων (Κάλυψη 5% του συνολικού πληθυσμού)

##### Milestones

1. Νομοσχέδιο ΠΦΥ (Μάιος 2016)
2. Ενιαιοποίηση δομών ΠΦΥ (Σεπτέμβριος 2016)
3. Έναρξη πρώτων 20 Μονάδων Γειτονιάς σε 4 σημεία πιλοτικής εφαρμογής (Νοέμβριος 2016)
4. Ανάπτυξη 20 έως 30 νέων μονάδων (Σεπτέμβριος 2017)

#### Μεσοπρόθεσμα (2018 - 2020)

Ανάπτυξη δικτύου σε αστικές και ημι-αστικές περιοχές

Στόχος: 5 μονάδες γειτονιάς κάθε μήνα (Κάλυψη 25% του συνολικού πληθυσμού)

##### Milestones

1. Ενιαιοποίηση με δομές υγείας άλλων φορέων (Περιφερειών, ΟΤΑ κλπ) (2018-2019)
2. Διασύνδεση με δομές ψυχικής υγείας (2019-2020)
3. Ανάπτυξη οργανωμένου δικτύου Πρωτοβάθμιας και Προνοσοκομειακής Φροντίδας - Διασύνδεση με ΕΚΑΒ και ΤΕΠ (2019)

4. Ανάπτυξη 180 επιπλέον μονάδων (Deadline 2020)

### **Μακροπρόθεσμα (2021 - 2027)**

Στόχος : Πλήρης κάλυψη αστικού πληθυσμού (80% του συνολικού πληθυσμού)

#### **Milestones**

1. Χρηματοδότηση πλήρους ανάπτυξης του δικτύου με τα ΕΣΠΑ 2021-2027 (2022)
2. Ανάπτυξη 660 επιπλέον μονάδων (Deadline 2027)



### 2.1.3 Η πολιτική για την Ψυχική Υγεία

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτέλεσε κατά τα τελευταία 35 χρόνια την κορωνίδα των δράσεων στον τομέα της Ψυχικής Υγείας με σαφή στήριξη όλων των αρμόδιων φορέων, συγχρηματοδότηση πλήθους δράσεων από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους και με τη περαιτέρω στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τα 2 Σύμφωνα Συνεργασίας «Spidla-Αβραμόπουλου» και «Andor – Λυκουρέντζου». Σήμερα οι δράσεις ολοκλήρωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνεχίζονται με αρκετές ενέργειες να έχουν προγραμματιστεί ήδη, οι οποίες συμβαδίζουν αλλά δεν περιορίζονται στο περιεχόμενο του Συμφώνου «Andor – Λυκουρέντζου», ενώ η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτελεί και Στρατηγικό Στόχο στην Εθνική Πολιτική Υγείας, στο πλαίσιο του Άξονα 1 της Εξασφάλισης Καθολικής Πρόσβασης σε Ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό το όραμα και οι βασικοί στόχοι του Υπουργείου Υγείας στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας είναι η εξής:

- Αναζωπύρωση του οράματος της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, η περαιτέρω ανάπτυξη και εμπέδωση του Κοινοτικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η καθολική εγκατάλειψη της Ασυλικής Ψυχιατρικής.
- Δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα παρέχονται στην κοινότητα και η ταυτόχρονη αποδυνάμωση του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων ως παρόχων ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις εκθέσεις αξιολόγησης, τα πορίσματα όλων των αρμοδίων ομάδων εργασίας αλλά και την υπάρχουσα εμπειρία, οι σχεδιαζόμενες δράσεις του Υπουργείου Υγείας, οι οποίες εκτιμάται ότι θα πραγματώσουν την επίτευξη των στόχων του στρατηγικού σχεδιασμού αφορούν στους εξής τομείς:

#### i. Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

##### 1. Τομεοποίηση

Επανασχεδιασμός και αναδιοργάνωση ΤοΨΥ και των υπηρεσιών εντός αυτών. Ενίσχυση με προσωπικό μέσω προσλήψεων που έχουν προγραμματιστεί άμεσα για συγκεκριμένες ψυχιατρικές δομές της περιφέρειας που είναι στα πρόθυρα της κατάρρευσης λόγω έλλειψης του απαραίτητου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

##### 2. Διοικητική Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Στη βάση του νέου Νομοσχεδίου για την Διοικητική Ανασυγκρότηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας καταργούνται οι ΤΕΨΥ/ΤΕΨΥΠΕ και αντικαθίστανται από ενδιάμεσο φορέα με έδρα τις Υγειονομικές Περιφέρειες. Επίσης στο νέο διοικητικό σχήμα συστήνονται Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.) ενώ σε κάθε τομέα συστήνεται ακόμη Τομεακή Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ενώ διατηρείται η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας με επιτελικό πλέον ρόλο.

##### 3. Το μέλλον των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων

Η διαδικασία μετάβασης των χρονίως πασχόντων από τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία σε κενές θέσεις των στεγαστικών μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και η συνακόλουθη πορεία προς τη κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων βρίσκεται σε εξέλιξη. Το Υπουργείο Υγείας παραμένει σταθερό στη διαχρονική δέσμευση της χώρας για κατάργηση κάθε μορφής ασυλκής ψυχιατρικής, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων και εντείνονται οι προσπάθειες προς αυτό το σκοπό μέσω και του νέου επιχειρησιακού πλάνου στη βάση της νέας διοικητικής οργάνωσης της ψυχικής υγείας.

## **ii. Κοινοτικές Δομές**

### **1. Εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος Ψυχικής Υγείας με έμφαση στα ΝΠΙΔ**

Η επιχορήγηση των μονάδων ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση η βιωσιμότητα του συνόλου του συστήματος ψυχικής υγείας έχει εξασφαλιστεί με πόρους του Τακτικού Προϋπολογισμού παρά την κρίση, συνυπολογίζοντας και το πόρους που προέρχονται από την καταβολή 2% από τις προμήθειες των νοσοκομείων και τα νοσήλια.

### **2. Αξιολόγηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

Ως προτεραιότητα της πολιτικής για την Ψυχική Υγεία τίθεται η ποιοτική και οικονομική παρακολούθηση και αξιολόγηση όλων των μονάδων ψυχικής υγείας. Παράλληλα βρίσκεται υπό επεξεργασία ένα επικαιροποιημένο και ενιαίο σύστημα εθνικής καταγραφής δεικτών έκβασης και ποιότητας, το οποίο θα βρίσκεται σε άμεση συνέργεια με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς για την παροχή ολοκληρωμένων στοιχείων των παρεχομένων υπηρεσιών.

### **3. Ανάπτυξη Κοινοτικών Δομών – Χωρικός σχεδιασμός με βάση τις ανάγκες – Ανάπτυξη τμημάτων Οξέων στις Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων.**

Γίνεται εκ νέου σχεδιασμός των αναγκών για μονάδες ψυχικής υγείας εντός κάθε ΤΟΨΥ και ΠΕΔΙΤΟΨΥ, στο πλαίσιο του Ν.4272/2014, καθώς ως στόχος παραμένει η ανακοπή της ροής των ασθενών προς το Γενικό Νοσοκομείο. Για το σκοπό αυτό σε δευτεροβάθμιο επίπεδο ενισχύονται με νέες προσλήψεις υπολειπορούντα οργανωμένα τμήματα οξέων σε Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων ενώ δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη νέων τμημάτων οξέων.

### **4. Ψυχική Υγεία και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Τομεοποίηση – Διασύνδεση / Ενσωμάτωση Δομών Ψυχικής Υγείας & ΠΦΥ – Κινητές Μονάδες**

Οι υπάρχοντες Το.Ψ.Υ. μπορούν να αποτελέσουν τον βασικό καμβά που πάνω του θα συναρμολογούνται οι αντίστοιχοι Τομείς της ΠΦΥ, με την έννοια ότι ένας αριθμός Τομέων της ΠΦΥ θα αντιστοιχεί γεωγραφικά και πληθυσμιακά με τα όρια του Το.Ψ.Υ. που αντιστοιχεί στις περιοχές κάλυψης των ν Τομέων της ΠΦΥ της συγκεκριμένης περιοχής. Η νέα μορφή διοικητικής οργάνωσης της Ψυχικής Υγείας με τις Περιφερειακές Διοικήσεις στις Υ.Πε. καθιστά την εφαρμογή του μοντέλου εφαρμόσιμη, καθώς σχεδιάζεται οι Τομείς της ΠΦΥ να έχουν και αυτές Περιφερειακή Διοίκηση στις Υ.Πε. Το σύστημα βασίζεται στη συνεργατική

φροντίδα (collaborative care), η οποία αποτελεί διεθνή πρακτική. Σε κάθε περίπτωση, πύλη εισόδου του ψυχικά ασθενούς στο σύστημα αποτελεί η Μονάδα Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς και τα Περιφερειακά Ιατρεία της ΠΦΥ που ανήκουν στον εκάστοτε Τομέα ΠΦΥ και στον ευρύτερο αυτού Το.Ψ.Υ. Σε συνεργασία με τους Δήμους μελετάται η διασύνδεση των Κινητών Μονάδων με τα προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι (ΒοΣ).

5. Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με τη νοσηλεία των οξέων περιστατικών, τον τρόπο νοσηλείας και φροντίδας των ασθενών που νοσηλεύονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας, του άρθρου 69 και τη συνέχεια στη φροντίδα.

Σχεδιάζεται η εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών που θα διασφαλίζουν την ενιαία αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών και όσων βρίσκονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας και του άρθρου 69 με βάση τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής και για την διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα μετά τη νοσηλεία καθώς και υποστηρικτικές ενέργειες εφαρμογής προτύπων ποιότητας στη βάση των κλινικών οδηγιών με ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακές κλινικές για την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην εφαρμογή των κλινικών αυτών οδηγιών.

### **iii. Ιδιωτικός Τομέας**

Το Υπουργείο Υγείας αναγνωρίζει πως ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην ψυχική υγεία και ιδιαίτερα εκείνος των ψυχιατρικών κλινικών χρήζει περαιτέρω προσοχής και ως εκ τούτου στη νέα διοικητική αναδιοργάνωση της ψυχικής υγείας τα ΝΠΙΔ κερδοσκοπικού χαρακτήρα συμμετέχουν στα Περιφερειακά Συμβούλια και στη λήψη αποφάσεων. Κατόπιν τούτου, μελετάται η σύναψη προγραμματικών συμφωνιών με τις ιδιωτικές κλινικές, ώστε να παρέχουν μέρος των υπηρεσιών τους ενταγμένες στο σύστημα ψυχικής υγείας και φυσικά να υπόκεινται στον ίδιο έλεγχο και αξιολόγηση που υπόκεινται όλες οι μονάδες ψυχικής υγείας. Μελετώνται επίσης οι συνθήκες υπό τις οποίες θα ήταν δυνατόν να ακολουθηθούν οι απαραίτητες εκείνες διεργασίες που θα οδηγούσαν στην επανένταξη μέρους των χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται στις ιδιωτικές κλινικές.

### **iv. Ενσωμάτωση ΛΥΨΥ στην Εργασία – Απασχόληση**

1. Ανάπτυξη συνεταιριστικών Δραστηριοτήτων – Θέματα ΚΟΙΣΠΕ. Η συμβολή της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην παραγωγική ανασυγκρότηση

Αν και υπάρχει αυξητική τάση στη δημιουργία νέων ΚΟΙΣΠΕ, σε αρκετές περιοχές της χώρας ο θεσμός αυτός δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί ιδιαίτερα. Εκπονείται σχέδιο περαιτέρω ανάπτυξης των ΚΟΙΣΠΕ με στόχο την υποστήριξη του θεσμού, την περαιτέρω ανάπτυξή του και την προβολή του. Οι Συνεταιριστικές Δραστηριότητες αποτελούν για το Υπουργείο Υγείας δράση πρώτης προτεραιότητας, η οποία απαντά στις ανάγκες σε δυο επίπεδα: στο θεραπευτικό-αποκαταστασιακό και στο αναπτυξιακό. Ο σχεδιασμός του Υπουργείου αφορά στην επέκταση του θεσμού και στους επονομαζόμενους "νέους χρόνιους" ασθενείς. Το



πνεύμα της κοινοτικής ψυχιατρικής θεωρεί κρίσιμο τον παράγοντα "επαγγελματική αποκατάσταση" και στη βάση αυτή εργάζεται το Υπουργείο Υγείας.

v. Δικαιώματα ασθενών – Θεσμικές και Νομοθετικές Παρεμβάσεις

1. Συμμετοχή των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στη λήψη αποφάσεων
2. Εγκαθίδρυση Επιτροπών Ελέγχου και Προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας.
3. Αναθεώρηση του Νόμου για την ακούσια νοσηλεία.
4. Πιλοτική εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων για την ακούσια νοσηλεία.
5. Ενεργοποίηση ένταξης του Ψυχιατρείου Κρατουμένων Κορυδαλλού στο ΕΣΥ και Μετασηματισμός του - Παρατηρητήριο Μεταθεραπευτικής Παρακολούθησης - Φροντίδα κρατουμένων ασθενών σε άλλα καταστήματα κράτησης -Συνέχεια στη Φροντίδα των αποφυλακιζόμενων ασθενών
6. Αναθεώρηση του Νόμου για τη νοσηλεία όσων νοσηλεύονται υπό το καθεστώς του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα.

vi. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, Ηλικιωμένων και Ειδικών Ομάδων

Οι υπηρεσίες παιδιών και εφήβων εξακολουθούν να υπολείπονται σε ανάπτυξη, σε σχέση με εκείνες των ενηλίκων. Εκπονείται ολοκληρωμένο σχέδιο για την καλύτερη οργάνωση των υφιστάμενων υπηρεσιών και για την ανάπτυξη νέων μονάδων ή την ενεργοποίηση μονάδων εκεί όπου υπάρχει η δυνατότητα με δεδομένο τους περιορισμένους πόρους. Για την ενίσχυση των υπαρχόντων δομών και εκείνων που μπορούν άμεσα να λειτουργήσουν έχουν προβλεφθεί άμεσες προσλήψεις προσωπικού. Υπό επεξεργασία βρίσκεται επίσης σχέδιο για την ανάπτυξη του θεσμού των αναδόχων οικογενειών και αξιοποίησή του για την κατάργηση της ιδρυματικής φροντίδας (σε συμπληρωματική λειτουργία με ξενώνες και άλλες δομές) και οργάνωση Προγραμμάτων Πρωτογενούς Πρόληψης με τη συνεργασία Τοπικών Φορέων και Υπηρεσιών (Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Τοπική Αυτοδιοίκηση, κ.ά.). Προωθούνται παράλληλα ρυθμίσεις για τη νομική θωράκιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών παιδιών και εφήβων, θέμα το οποίο συχνά παραμελείται αλλά κρίνεται ιδιαίτερης σημασίας.

Με εξασφαλισμένη ήδη τη χρηματοδότηση του υπάρχοντος συστήματος ψυχικής υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, γεγονός που συμβαίνει για πρώτη φορά, στόχος του Υπουργείου είναι οι διαθέσιμοι πόροι να κατευθυνθούν με γνώμονα την υλοποίηση των ευρύτερων στόχων της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Για το σκοπό αυτό οι προτάσεις χρηματοδότησης του Υπουργείου εστιάζουν σε δύο κύριους άξονες: α) υποστηρικτικές ενέργειες για την διοικητική και οργανωτική υποστήριξη των νέων Περιφερειακών Διοικήσεων των Τομέων Ψυχικής Υγείας στις ΥΠΕ και την υποστήριξη των Τομεακών Επιτροπών Ελέγχου και Προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών και β) ανάπτυξη νέων ΚΟΙΣΠΕ ή περαιτέρω ανάπτυξη υφιστάμενων και άλλων επιχειρηματικών συνεταιριστικών δραστηριοτήτων εργασίας και επανένταξης. Επιπλέον προτάσεις για χρηματοδότηση

αφορούν στην ενίσχυση του δικτύου έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση και στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων συνεργασίας – διασύνδεσης των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με την ΠΦΥ, στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων – κατευθυντήριων οδηγιών για τη νοσηλεία των οξέων περιστατικών και όσων νοσηλεύονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας/αρθρο 69, στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων δικτύωσης των ενδιάμεσων δομών τόσο εντός του φορέα (πχ τμήματα συμβουλευτικής-διασυνδετικής ψυχιατρικής) όσο και με άλλες δομές αλλά και μεταξύ τους, στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και σε συναφείς υποστηρικτικές δράσεις (ανάπτυξη εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας - εκβάσεις), και στην έρευνα, ενώ παράλληλα σχεδιάζεται η υποστήριξη υποδομών που αφορούν κυρίως κτηριακές καλύψεις και επισκευές/μετατροπές κτηριακών εγκαταστάσεων.

#### 2.1.4 Η Πολιτική για την Δημόσια Υγεία (Αγωγή - Προαγωγή Υγείας)

Όπως είναι γνωστό η πολιτική της Ε.Ε. για την Υγεία, στηρίζει την ευρύτερη στρατηγική «Ευρώπη 2020» καθώς βάσει της ιδρυτικής της συνθήκης, υποχρεούται να εξασφαλίζει την προστασία της υγείας στο πλαίσιο όλων των πολιτικών της (*Health in All policies*) και να συνεργάζεται με τα κράτη μέλη για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας και την αποτροπή των πηγών κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Οι σύγχρονες τάσεις των συστημάτων Δημόσιας Υγείας αλλά και οι «καλές πρακτικές» που έχουν αναπτυχθεί διεθνώς, τόσο σε ότι αφορά την οργάνωση των πολιτικών Δημόσιας Υγείας ορίζουν τους ακόλουθους κύριους τομείς οργάνωσης:

1. Χάραξη Εθνικών Πολιτικών Δημόσιας Υγείας με στόχους
2. Προώθηση της διατομεακής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία
3. Περιφερειακή οργάνωση και δράση
4. Ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης της υγείας
5. Οργάνωση εθνικών επιστημονικών οργανισμών Δημόσιας Υγείας
6. Ανάπτυξη πολιτικών ποιότητας για τη Δημόσια Υγεία
7. Ανάπτυξη συστημάτων επιστημονικής τεκμηρίωσης και διαδικασιών best practice
8. Ανάπτυξη μηχανισμών ταχείας αντίδρασης και αντιμετώπισης απειλών για τη

Δημόσια Υγεία Στο πλαίσιο του ανωτέρω συστήματος οργάνωσης οι προτεραιότητες των πολιτικών δημόσιας υγείας είναι οι ακόλουθες:

1. Επιτήρηση της υγείας και των παραγόντων που την καθορίζουν
2. Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων
3. Μείωση παραγόντων κινδύνου για χρόνια νοσήματα
4. Πρόληψη καρκίνου
5. Πρόληψη αγγειακών παθήσεων
6. Πρόληψη ατυχημάτων
7. Αντιμετώπιση έκτακτων απειλών
8. Μείωση ανισοτήτων
9. Μείωση των εξαρτήσεων

Για την κάλυψη των ανωτέρω προτεραιοτήτων οι σχεδιαζόμενες δράσεις σε εθνικό επίπεδο στο τομέα της βελτίωσης και προάσπισης της Δημόσιας Υγείας είναι οι εξής:

- Η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων κινδύνου που την επηρεάζουν και την επιβαρύνουν.
- Η επιδημιολογική καταγραφή και αξιολόγηση των σημαντικότερων ασθενειών που εμφανίζονται στον ελληνικό πληθυσμό.

- Η καταγραφή και βελτίωση του τρόπου ζωής του πληθυσμού, με στόχο την υγιεινή διαβίωση.
- Η συνεχής ενημέρωση του πληθυσμού για θέματα υγείας και υγιεινής.
- Ο ανασχεδιασμός, ο συντονισμός και η αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.
- Η καταγραφή, αξιολόγηση και κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- Η παρακολούθηση και ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών και η παρεμπόδιση εξάπλωσής τους.
- Ο έλεγχος των φυσικών πόρων, των αποβλήτων, της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, κ.λπ., με στόχο την περιβαλλοντική υγεία.
- Ο αυξημένος υγειονομικός έλεγχος στις πύλες εισόδου της χώρας.
- Η δικτύωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (κεντρικών και περιφερειακών) με τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τις αντίστοιχες νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ και ΠΕΔΥ, ώστε να καλύπτονται αποτελεσματικά όλα τα ανωτέρω.
- Πρόληψη και μείωση των εξαρτήσεων

Στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Σχεδιασμού των Δράσεων Δημόσιας Υγείας οι παρεμβάσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας κατηγοριοποιούνται ως εξής:

**i. Εφαρμογή της Στρατηγικής και Καθορισμός Εθνικών Στόχων για τη Δημόσια Υγεία**

1. Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση της υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας για τη εφαρμογή της Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας και τον καθορισμό Εθνικών Στόχων.
2. Διατομεακή συνεργασία πολιτικών δημόσιας υγείας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
3. Ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού.
4. Κωδικοποίηση διατάξεων για τη Δημόσια Υγεία.

**ii. Λειτουργική Αναδιοργάνωση του Συστήματος Παρακολούθησης της Υγείας του Πληθυσμού**

1. Αναδιοργάνωση του εθνικού μηχανισμού συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών για την υγεία.

2. Σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης νοσημάτων
3. Ενίσχυση των δράσεων για την επιδημιολογική επιτήρηση, πρόληψη και αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων στις μονάδες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές).
4. Ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης των πλοίων.
5. Δημιουργία περιφερειακού μηχανισμού παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
6. Παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο
7. Παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο.

**iii. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη Δημόσια Υγεία**

1. Εκπόνηση σχεδίου εκπαίδευσης στελεχών Δημόσιας Υγείας Υπουργείου Υγείας και Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
2. Κατάρτιση των στελεχών Δημόσιας Υγείας των δημόσιων υπηρεσιών
3. Κατάρτιση προσωπικού των μονάδων υγείας σε θέματα διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας μέσα στις μονάδες τους.
4. Προγράμματα ευαισθητοποίησης - επιμόρφωσης εκπαιδευτικών σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
5. Εξειδίκευση άνεργων Νοσηλευτών στην Κοινωνική Νοσηλευτική

**iv. Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα υπηρεσιών δημόσιας υγείας**

1. Αναβάθμιση υποδομών και εξοπλισμού των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
2. Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
3. Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση των εποπτευομένων φορέων της Γενικής Δ/νσης Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας
4. Λειτουργική αναβάθμιση και εκσυγχρονισμός των υποδομών των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.

**v. Αποτελεσματικότητα των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απειλών**

1. Διαμόρφωση χώρων και προμήθεια εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στις πύλες εισόδου της χώρας και στα διεθνή αεροδρόμια
2. Διαμόρφωση χώρων και προμήθεια εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στα λιμάνια

**vi. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας**

1. Ανάπτυξη πρωτοβουλιών και δικτύωση για την ασφαλή διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων Υγειονομικών Μονάδων.
2. Αναβάθμιση υποδομών και εγκαταστάσεων για την διαχείριση των αποβλήτων στις μονάδες υγείας
3. Εκπόνηση κατευθυντηρίων οδηγιών και εφαρμογή πιστοποιημένων διαδικασιών για την διαχείριση των μολυσματικών αποβλήτων στις μονάδες υγείας του ιδιωτικού τομέα.
4. Δημιουργία κατευθυντηρίων οδηγιών και συστημάτων παρακολούθησης της ποιότητας του πόσιμου ύδατος.
5. Εκπόνηση Εθνικών Οδηγών διασφάλισης της περιβαλλοντικής υγείας.
6. Ενίσχυση του εξοπλισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας για την παρακολούθηση παραγόντων περιβαλλοντικής υγείας.

**vii. Δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες**

1. Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης
2. Προγράμματα και δράσεις κατά του καπνίσματος.
3. Προγράμματα και δράσεις για την υγιεινή διατροφή.
4. Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
5. Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη του καρκίνου.
6. Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη των καρδιοπαθειών και των μεταβολικών νοσημάτων
7. Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη των ατυχημάτων.
8. Προγράμματα προστασίας της μητρότητας και της υγείας του παιδιού.
9. Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας σε ειδικούς

πληθυσμούς.

10. Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας στο μαθητικό πληθυσμό.
11. Ενίσχυση της Αγωγής Υγείας στα σχολεία.
12. Δημιουργία συστήματος εποπτείας του σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων Δημόσιας Υγείας
13. Δημιουργία συμπράξεων φορέων για παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και κοινωνικής φροντίδας

viii. Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

1. Διαπίστευση εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.
2. Εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας
3. Εκπόνηση κανονισμών και οδηγιών προστασίας της Δημόσιας Υγείας στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

ix. Πληροφορική οργάνωση για τη Δημόσια Υγεία

1. Πληροφορική αναβάθμιση των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του ΥΥ, ως φορέα άσκησης πολιτικής.
2. Πληροφορική αναβάθμιση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
3. Λειτουργική διασύνδεση κεντρικών, περιφερειακών, νομαρχιακών υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας με τις κεντρικές υπηρεσίες του Υ.Υ.
4. Δημιουργία Εθνικής Βάσης Δεδομένων
5. Μετεξέλιξη του «Υγειονομικού Χάρτη» σε «ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
6. Δημιουργία Εθνικών Αρχείων για τα Νοσήματα
7. Δημιουργία λογισμικών εργαλείων για παροχή υπηρεσιών από απόσταση (e-health, e-inclusion, telemedicine και home care)
8. Ψηφιοποίηση Εθνικών Οδηγών, Κατευθυντήριων Οδηγιών και Πρωτοκόλλων Θεραπείας και Φροντίδας

### 2.1.5 Η πολιτική για τις Εξαρτήσεις

Αν και η ευρύτερη πολιτική για τις εξαρτήσεις τίθεται επιστημονικά υπό το πλαίσιο και τη σκέψη των πολιτικών για την Δημόσια Υγεία, λόγω της βαρύτητας των δράσεων αυτών για το Υπουργείο Υγείας, παρατίθενται σε ξεχωριστό κεφάλαιο. Με κύρια προτεραιότητα την πρόληψη και μείωση των εξαρτήσεων, οι δράσεις που σχεδιάζονται για το σκοπό αυτό και ανά κατηγορία εξαρτήσεων είναι οι ακόλουθες:

#### **i. ΑΛΚΟΟΛ**

i.1 Πρόληψη και μείωση των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία

i.2 Θεραπεία – Απεξάρτηση

#### **ii. ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

ii.1 Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών

ii.2 Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία

ii.3 Παροχή υγιεινών γευμάτων στα δημοτικά σχολεία

#### **iii. ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

iii.1 Ενέργειες Πρόληψης

iii.2 Θεραπεία – Απεξάρτηση

#### **iv. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ**

iv.1 Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση των αναγνωρισμένων φορέων κατά των ναρκωτικών

iv.2 Αναβάθμιση υποδομών και εξοπλισμού των αναγνωρισμένων φορέων κατά των Ναρκωτικών

iv.3 Ενέργειες Πρόληψης

iv.4 Εφαρμογή προγραμμάτων και δράσεων Άμεσης Παρέμβαση

iv.5 Θεραπεία

iv.6 Αναβάθμιση και λειτουργία Κέντρων Διπλής Διάγνωσης

iv.7 Αποτοξίνωση

iv.8 Μείωση της Βλάβης

iv.9 Εφαρμογή Ολοκληρωμένων προγραμμάτων Στήριξης

iv.10 Προγράμματα Απεξάρτησης στις Φυλακές

iv.11 Πρόγραμμα εναλλακτικό της φυλάκισης για ανήλικους παραβάτες

iv.12 Κινητές Μονάδες Βοήθειας

iv.13 Πιστοποίηση Θεραπευτικών Προγραμμάτων



**v. ΟΡΙΖΟΝΤΙΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ**

v.1 Εκστρατείες Ενημέρωσης και Ευαισθητοποίησης

v.2 Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης και Ψυχοκοινωνικής Υγείας

v.3 Λειτουργική αναβάθμιση και εκσυγχρονισμός των υποδομών των Κέντρων Πρόληψης

v.4 Αγωγή Υγείας στα Σχολεία

v.5 Πρόγραμμα Τηλεσυμβουλευτικής

---

### 2.1.6 Η πολιτική για την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση του τομέα Υγείας

Ο τομέας της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης μπορεί να αποτελέσει, με δεδομένη την ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογικής προόδου στους τομείς της πληροφορικής και των επικοινωνιών (ΤΠΕ), εξαιρετικά σημαντικό εργαλείο για εφαρμογή των σχεδιαζόμενων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της Υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο στοχεύει να διασφαλίσει την αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΣΗΥ), στα πλαίσια σταδιακής εφαρμογής μιας συνεκτικής στρατηγικής που συμπεριλαμβάνει την υποστήριξη της διαλειτουργικότητας, την ηλεκτρονική διακυβέρνηση και την δημιουργία κεντρικού σημείου αναφοράς για e-health platform:

**1<sup>ο</sup> Στάδιο:** Κωδικοποιήσεις, Μελέτη Προτύπων και σύνθεση Ηλεκτρονικού Μητρώου Υπουργείου Υγείας. Στο στάδιο αυτό, εντάσσεται, η συνολική μελέτη και σύνθεση κοινών μηχανισμών κωδικοποίησης και ονοματολογίας τύπων δεδομένων και κατηγοριών πληροφορίας. Βάσει των κωδικοποιήσεων θα προδιαγραφεί η τελική μορφή της υπηρεσίας Ενιαίου Ψηφιακού Μητρώου του Υπουργείου για τις ακόλουθες κατηγορίες:

- Μητρώο Δομών Φροντίδας Υγείας (Νοσοκομεία, ΠΕΔΥ, ΤΙ, ΠΙ, ΠΠΙ, ΕΙ, Κέντρα Υγείας, Εθελοντικά Ιατρεία, Κοινωνικά Ιατρεία, Δομές Δημόσιας Υγείας Τοπικής Αυτοδιοίκησης)
- Μητρώο προσωπικού του Υπουργείου Υγείας και εποπτευόμενων φορέων
- Μητρώο Επαγγελματιών Υγείας
- Μητρώο Επαγγελματιών Υγείας
- Μητρώο Προμηθευτών
- Μητρώο Έργων Υπουργείου (ΤΠΕ) και υποστήριξης της λειτουργίας των μονάδων υγείας και υπηρεσιών.
- Μητρώο Ομάδων Χρόνιων Νοσημάτων
- Μητρώο Φαρμάκων
- Μητρώο κλινικών μελετών/δοκιμών-πειραματικών θεραπειών και ειδικών πρωτόκολλων
- Μητρώο Περιουσιολόγιου του Υπουργείου Υγείας και εποπτευόμενων φορέων (ακίνητα, διαμερίσματα, οικόπεδα, κληροδοτήματα, κυλικεία κ.α)
- Εθνικό Μητρώο αιμοδοσίας.
- Μητρώο Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού Δομών Φροντίδας Υγείας
- Μητρώο Υγειονομικών Υπαλλήλων (ΚΕΔΕ, Νομαρχιών κ.α)

Το ενιαίο Μητρώο του Υπουργείου θα διαχειρίζεται και θα επικαιροποιείται από την Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου και θα επιτρέπει την παρακολούθηση, τον έλεγχο και την υποστήριξη εφαρμογών και διοικητικών πράξεων, καθώς και την άσκηση πολιτικής.

**2<sup>ο</sup> Στάδιο:** ΟΠΣΥ Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Α΄βάθμιας και Β΄βάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Με την ολοκλήρωση της πλήρους καταγραφής του επιπέδου ωρίμανσης και δημιουργίας των υπάρχοντων πληροφοριακών συστημάτων, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη, θα διαπιστωθούν οι συνολικές ελλείψεις σε επίπεδο ψηφιακών υπηρεσιών, εφαρμογών και

εξοπλισμού στα ΠΕΔΥ και στα Νοσοκομεία όλης της χώρας. **Στόχος είναι η κοινή βάση λειτουργίας και η ομογενοποίηση ψηφιακών λειτουργιών και υπηρεσιών.** Βασικές εντοπισμένες ελλείψεις είναι:

- Η μη ύπαρξη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος (ΟΠΣ) στα ΠΕΔΥ.
- Η μη ύπαρξη σε μικρό αριθμό Νοσοκομείων (έξι) ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος υγείας.

Για την κάλυψη και των δύο παραπάνω αναγκών, προτείνεται η σχεδίαση και ανάπτυξη εφαρμογής με τη μορφή διαδικτυακής πλατφόρμας διαχείρισης (web manager platform) από την ΗΔΙΚΑ ΑΕ. Αυτή θα περιλαμβάνει:

1. Πλήρες Διοικητικό – Οικονομικό Υποσύστημα
  2. Υποσύστημα διαχείρισης ασθενών
  3. Υποσύστημα τεχνικής υπηρεσίας / Βιομετρικής τεχνολογίας
  4. Υποσύστημα επιχειρηματικής ευφυΐας - διοικητικής πληροφόρησης
- Σε επίπεδο ΟΠΣΥ Νοσοκομείων δεν υπάρχει η πλήρης καταγραφή όλων των κλινικών πράξεων που αφορούν στη φροντίδα του ασθενή, οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ολοκλήρωση εφαρμογών ελέγχου κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ) και πλήρους ηλεκτρονικού φακέλου Υγείας (ΗΦΥ). Προτείνεται, ο καθορισμός του συνόλου των παραμέτρων του ΗΦΥ, και η υποστήριξή τους από τα ΟΠΣΥ των Νοσοκομείων, με τη λειτουργική αναβάθμιση των υπαρχόντων ΟΠΣΥ των Νοσοκομείων.
  - Υποστήριξη των απαραίτητων μηχανισμών και μοντέλων Διαλειτουργικότητας
    - Διασύνδεση μεταξύ των ΟΠΣΥ των Νοσοκομείων ακόμα και σε επίπεδο υποσυστημάτων (ενοποιημένο πληροφοριακό σύστημα φαρμακείων κτλ)
    - Διασύνδεση μεταξύ των ΟΠΣΥ των Νοσοκομείων και του ΟΠΣ των ΠΕΔΥΔ
    - Διασύνδεση μεταξύ των ΟΠΣΥ Δομών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας με το κέντρο δεδομένων του Υπουργείου Υγείας (Έργο ΕΔΕΤ) για τη μεταφορά και αποθήκευση της πληροφορίας ΗΦΥ και των ψηφιακών Ιατρικών Εικόνων
    - Διασύνδεση μεταξύ του κέντρου δεδομένων του Υπουργείου και της ΗΔΙΚΑ η οποία θα ενσωματώσει στο σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (ΗΣ) το Συνοπτικό Ιστορικό Υγείας (ΣΙΥ) αντλώντας με κατάλληλους μηχανισμούς διαλειτουργικότητας τα απαραίτητα δεδομένα ΗΦΥ του χρήστη
    - Διασύνδεση όλων των επιπέδων φροντίδας υγείας (Γιατρός της Γειτονιάς, ΠΕΔΥ, Νοσοκομεία) για την άντληση των στοιχείων ΗΦΥ του χρήστη, τη διαχείριση και την ενημέρωσή του.
  - Η απουσία συστημάτων PACS από αρκετά Νοσοκομεία και όλα τα ΠΕΔΥ της χώρας. Προτείνεται η εγκατάσταση τοπικών συστημάτων διαχείρισης και αρχειοθέτησης ιατρικών εικόνων (Local Pacs) στο σύνολο των νοσοκομείων και των ΠΕΔΥ της χώρας που δε διαθέτουν μέχρι σήμερα τέτοιου τύπου συστήματα. Η εγκατάσταση τοπικών συστημάτων PACS θα προσφέρει τη δυνατότητα πλήρους εκμετάλλευσης του νεφροϋπολογιστικού κέντρου δεδομένων του Υπουργείου Υγείας, το οποίο βρίσκεται στη τελική φάση ανάπτυξης από την ΕΔΕΤ. Στο συγκεκριμένο κέντρο θα καταχωρούνται οι απεικονιστικές εξετάσεις των χρηστών και από τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, ενώ παράλληλα θα συμβάλλει αποφασιστικά στην ολοκλήρωση υπηρεσιών ΗΦΥ με στη συμπλήρωση των ιατρικών εικόνων.

- Η επιλεκτική ψηφιοποίηση αρχείων Νοσοκομείων στα πλαίσια υπηρεσίας ΗΦΥ για τη βαθμιαία αντικατάσταση του έντυπου υλικού αρχείου φακέλου ασθενών, με σκοπό την υποστήριξη υπηρεσιών ΗΦΥ παρελθόντων ετών. Σκοπός του έργου θα είναι ο εμπλουτισμός του ιατρικού φακέλου των χρηστών με ιστορικά στοιχεία περίθαλψης και φροντίδας από τα Νοσοκομεία και η κατάργηση του χρονικού περιορισμού εικοσαετούς διατήρησης του φυσικού φακέλου ασθενούς.
- Έναρξη εφαρμογής του συνοπτικού φακέλου ασθενούς σε εθνικό και ευρωπαϊκό πλαίσιο. Διεύρυνση λειτουργικής υποστήριξης συνοπτικού ιατρικού φακέλου από την πιλοτική του μορφή στην πλήρη επέκτασή του σε όλα τα Νοσοκομεία και ΠΕΔΥ της χώρας και υποστήριξη της διασυννοριακής φροντίδας υγείας.
- Αντίστοιχα, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε επίπεδο ευρωπαϊκής διαλειτουργικότητας.

**3<sup>ο</sup> Στάδιο:** Τελικές Υπηρεσίες προς τους χρήστες υγείας. Περιλαμβάνει την υποστήριξη του συνοπτικού ιστορικού υγείας (ΣΙΥ), του ασφαλιστικού φακέλου, του φακέλου πρωτοβάθμιας φροντίδας, και όλων των μορφών περιεχομένου ΗΦΥ. Τα επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν τον ΗΦΥ θα καταχωρούνται στο κεντρικό νεφοϋπολογιστικό σύστημα του Υπουργείου Υγείας, με τις απαραίτητες διαλειτουργικές γεφυρώσεις των δημόσιων και ιδιωτικών δομών υγείας.

Η υπηρεσία ολοκληρώνεται με την κατάλληλη διαδικτυακή εφαρμογή διαχείρισης και προβολής των δεδομένων με τους απαραίτητους μηχανισμούς ασφαλείας και ταυτοποίησης, όπου ο χρήστης – πολίτης, θα έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει πρόσβαση και γνώση των ιατρικών του δεδομένων.

- Υπηρεσίες ενημέρωσης και εξυπηρέτησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας.

Δημιουργία υπηρεσιών call centre για την ολοκλήρωση της διαδικασίας των τηλεφωνικών ραντεβού με τα ΠΕΔΥ και τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων με τη χρήση του ηλεκτρονικού συστήματος e- ραντεβού της ΗΔΙΚΑ ΑΕ. Διαχείριση ροών χρηστών υπηρεσιών υγείας και ενημέρωσή τους με ειδοποίηση SMS (επιβεβαίωση, ακύρωση και επαναπρογραμματισμός ραντεβού).

- Ενημέρωση μέσω SMS των πολιτών για την έκδοση συνταγογραφήσεων και παραπεμπτικών εξετάσεων καθώς και για την εκτέλεση αυτών που σχετίζονται με το ΑΜΚΑ τους.
- Ενημέρωση μέσω SMS των πολιτών για τη δυνατότητα εκτέλεσης εξετάσεων /ιατρική οδηγία στο πλαίσιο προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Υπηρεσίες αυτόματης ενημέρωσης ειδικών κατηγοριών μακροχρόνιων ασθενών για θέματα που σχετίζονται με την ασθένειά τους.
- Κατάργηση του έντυπου συνταγογράφησης και παραπομπής και ολοκλήρωση του συνολικού κύκλου εργασιών (ασθενή, ιατρού, φαρμακοποιού, εξεταστικού κέντρου) μόνο με τη χρήση κωδικού συνταγογράφησης.
- Σύστημα διαχείρισης εργασιών συντήρησης, εκτίμησης γήρανσης ακριβών ιατροτεχνολογικών εξοπλισμών. Με την ανάπτυξη του Μητρώου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού των δομών φροντίδας υγείας του Υπουργείου, είναι δυνατή η ανάπτυξη εφαρμογών CMMS για την ορθή παρακολούθηση της κατάστασης λειτουργίας του εξοπλισμού, της ανάγκης προγραμματισμένης συντήρησης του για την αποφυγή βλαβών και της προγραμματισμένης αντικατάστασής τους όποτε αυτό διαπιστωμένα κρίνεται απαραίτητο.

- Ψηφιακή Δημόσια Υγεία. Η Δημόσια Ψηφιακή Υγεία θα αποδίδεται από ένα σύνθετο πληροφοριακό σύστημα το οποίο θα αποτελείται από τις επιμέρους υπηρεσίες:
  - Σύστημα Διαχείρισης Υγειονομικών Ελέγχων και Παρακολούθησης Εξέλιξης Εκτελούμενων Εργασιών (Εμπλεκόμενοι Φορείς ΓΓΔΥ – Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας – ΚΕΕΛΠΝΟ – ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΕΛΕΓΚΤΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ)
  - Σύστημα Ελέγχου Τμημάτων Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΦΕΚ 733 Β'/2001) (ΓΓΔΥ, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, Τμήματα Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Εκπαιδευτές Νοσηλευτές)
  - Σύστημα Διαχείρισης, Παρακολούθησης και Ελέγχου Νοσοκομειακών Αποβλήτων (ΓΓΔΥ, ΔΥΠΕ, Νοσοκομείο, Συμβασιούχος)
  - Σύστημα Παρακολούθησης της Υγείας του Γενικού Πληθυσμού (Μεταδιδόμενων και μη Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, Δείκτες)
  - Σύστημα Αυτοματοποιημένων Ενημερώσεων Πρόληψης και Ενεργειών Αντιμετώπισης και Καταπολέμησης Νοσημάτων Γενικού Πληθυσμού. Αποδέκτες Ιατρονοσηλευτικό και Διοικητικό Προσωπικό και Πολίτες
  - Σύστημα Διαχείρισης Προαγωγής Υγείας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΓΓΔΥ, ΔΥΠΕ, Επισκέπτες Υγείας ΕΣΥ και ΚΕΔΕ, Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό)
  - Γενικό Σύστημα Αυτοματοποιημένης Διαχείρισης Θεμάτων Δημόσιας Υγείας όλων των φορέων της χώρας Εποπτευόμενων Φορέων και μη.
  - Σύστημα Διαχείρισης Εθνικού Εμβολιασμού και Ενημέρωσης Φορέων και Πολιτών (αυτόματη ενημέρωση γονέων SMS/Email)
  - Ενοποίηση όλων των επιμέρους συστημάτων με το κεντρικό σύστημα παρακολούθησης του Υγειονομικού Χάρτη.
  - Συστήματα Παρακολούθησης και Διασφάλισης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Εργαστηρίων, Διαχείρισης Αποβλήτων, Ιατρο-τεχνολογικού Εξοπλισμού, Διαχείρισης Ασθενών κ.α.)

Με τα παραπάνω θα επιτευχθούν:

- Η Διαμόρφωση του Εθνικού Πλαισίου Διαλειτουργικότητας με τις κατευθύνσεις του Εθνικού Συμβουλίου Διακυβέρνησης Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΣΔΗΥ)
- Η Εφαρμογή ενιαίων προτύπων κωδικοποίησης, ενιαίων προτύπων διαλειτουργικότητας και συντήρησης.
- Η Βέλτιστη χρήση ιδίων αναπτυξιακών πόρων για την κάλυψη των αναγκών του Υπουργείου, όπως ήδη επιτελείται κατά τη νέα έκδοση του Υγειονομικού Χάρτη με τη βοήθεια επιστημόνων πληροφορικής του ΕΟΠΥΥ.
- Η Βέλτιστη και συνεργατική χρήση της αναπτυξιακής και υποστηρικτικής επάρκειας της ΗΔΙΚΑ για τη δημιουργία ενός κεντρικού μηχανισμού πιστοποίησης εφαρμογών ηλεκτρονική υγείας βάσει διεθνών επιστημονικών προτύπων.
- Περιορισμός των αυτόνομων έργων πληροφορικής και παράλληλα η σταδιακή ένταξη παλαιότερων στη λογική εφαρμογής ενός κεντρικού σχεδίου ολοκλήρωσης σύγχρονων υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας.

### 2.1.7 Η Διασυνοριακή Πολιτική του τομέα Υγείας (Διασυνοριακή – Διακρατική Συνεργασία Υγείας)

Οι πολιτικές και τα συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση συνδέονται όλο και περισσότερο μεταξύ τους λόγω διαφόρων παραγόντων όπως είναι η δυνατότητα των ασθενών να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη σε όλη την Ένωση, η δυνατότητα των επαγγελματιών του κλάδου της υγείας να εργάζονται σε διάφορες χώρες της Ένωσης, οι υψηλότερες προσδοκίες για υγειονομική περίθαλψη, αλλά και οι νέες εξελίξεις στις τεχνολογίες υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό και υπό τη σκοπιά του δράσεων υγείας, το Υπουργείο Υγείας στηρίζει έμπρακτα τις προσπάθειες των όμορων χωρών για την προώθηση δράσεων διασυνοριακής παροχής υπηρεσιών υγείας, ενίσχυσης των υπαρχόντων αλλά και ανάπτυξης δομών παροχής υγείας σε ακριτικές περιοχές που παρουσιάζονται ακάλυπτες ανάγκες, αντιμετωπίζουν ισχυρές προκλήσεις και σοβαρά προβλήματα. Τέτοιες περιοχές είναι οι δυσπρόσιτες ηπειρωτικές και νησιωτικές περιοχές της χώρας, πολλές από τις οποίες ανήκουν στην κατηγορία των επιλέξιμων μεθοριακών – διασυνοριακών περιοχών του προγράμματος Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας 2014-2020 – Interreg.

Βασική προτεραιότητα αποτελεί η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με ιδιαίτερη παράμετρο στην προσπάθεια αυτή, την αναβάθμιση του οργανωμένου Δημόσιου Συστήματος υπηρεσιών Υγείας πρωτοβάθμιου επιπέδου σε περιοχές όπου το σύστημα υγείας παρουσιάζει υστέρηση ως προς τα αποτελέσματα.

Για το σκοπό αυτό οι νέες μεταρρυθμιστικές πολιτικές υγείας αποσκοπούν στην εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα υγείας για το σύνολο τόσο του πληθυσμού των όμορων κρατών κατά περίπτωση, αλλά και κάθε άλλου ευάλωτου πληθυσμού, μετακινούμενου ή μη που βρίσκεται στις περιοχές που καλύπτουν τα Προγράμματα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας ( π.χ. Ρομά, Μετανάστες, Πρόσφυγες κ.α.).

Οι βασικοί άξονες των σχεδιαζόμενων δράσεων του Υπουργείου Υγείας στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας είναι οι ακόλουθοι:

- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, ειδικά αυτών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Προγράμματα Τηλεϊατρικής και Τηλεφροντίδας, καθώς και κάθε άλλης μορφής μέθοδοι παροχής υπηρεσιών υγείας με την βοήθεια της τεχνολογίας
- Πιλοτικές εφαρμογές αποδοτικής διαχείρισης της ενέργειας (π.χ. παραγωγή οξυγόνου σε νοσηλευτικά ιδρύματα κ.α.).
- Ανάπτυξη κέντρων υποστήριξης / αναφοράς (για παράγοντες κινδύνου της δημόσιας υγείας, σπάνια νοσήματα, δωρεά οργάνων κ.α.), καθώς και σχέδια διασυνοριακής δράσης στους τομείς της συνεργασίας για την παροχή πληροφοριών και τεχνογνωσίας στο τομέα της υγείας
- Υποστήριξη προγραμμάτων κοινωνικής επιχειρηματικότητας για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού

- Προγράμματα παροχής υπηρεσιών υγείας για μετακινούμενους ή μη πληθυσμούς των συνοριακών περιοχών (π.χ. Ρομά), συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και των προσφύγων που βρίσκονται στις περιοχές αυτές.

## 2.2 Η Πολιτική του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020

Από την προηγηθείσα παρουσίαση των σημαντικότερων πτυχών της Εθνικής Πολιτικής Υγείας, έχει αποτυπωθεί και παραμετροποιηθεί η πολιτική του τομέα Υγείας για την προγραμματική περίοδο 2014-2020. Η εν λόγω στρατηγική προέγγιση είναι αναπόσπαστο τμήμα της Εθνικής Πολιτικής Υγείας και περιλαμβάνει το σύνολο των παρεμβάσεων που αφενός είναι δυνατόν να καλύπτουν το σύνολο των επιλεξιμοτήτων που θέτει ο Γενικός Κανονισμός του ΕΣΠΑ 2014-2020 και, αφετέρου, έχουν σημαντική προστιθέμενη αξία και συμβολή στην επίτευξη των στόχων που θέτει η Εθνική Αναπτυξιακή Πολιτική, μέσω του χρηματοδοτικού και αναπτυξιακού εργαλείου του ΕΣΠΑ 2014-2020 και των σχετικών τομεακών και περιφερειακών επιχειρησιακών προγραμμάτων.

Ο τομέας Υγείας πραγματοποίησε εκτεταμένη διαβούλευση με την συμμετοχή του συνόλου των φορέων που εμπλέκονται στην εφαρμογή της πολιτικής υγείας, είτε σε διοικητικό επίπεδο είτε στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Απο την διαδικασία αυτή προέκυψαν το όραμα και οι πυλώνες στρατηγικής για το ΕΣΠΑ 2014-2020, τους οποίους ο τομέας Υγείας οφείλει να υπηρετήσει και να ολοκληρώσει με επιτυχία έτσι ώστε να επιτευχθούν οι προαναφερθείσες Εθνικές Στρατηγικές Επιλογές.

Το όραμα της Στρατηγικής Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020 καθορίζεται από την ανάγκη για :

**Καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα της Υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τους όρους βιωσιμότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Με βάση το παραπάνω Όραμα του τομέα Υγείας, τίθενται οι ακόλουθοι Πυλώνες και Στρατηγικοί Στόχοι οι οποίοι συνάδουν με τις Εθνικές Πολιτικές Προτεραιότητες μεταρρύθμισης Υγείας και είναι επιλέξιμοι για χρηματοδότηση απο το ΕΣΠΑ 2014-2020:

### 2.2.1 1<sup>ος</sup> Πυλώνας ΕΣΠΑ: Βιωσιμότητα Συστήματος Υγείας - Διαφανής χωρίς αποκλεισμούς εκσυγχρονισμένη διακυβέρνηση της Υγείας, μέσω αποτελεσματικής και αποδοτικής δημόσιας διοίκησης του συστήματος Υγείας.

Η μεταρρύθμιση του Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα προϋποθέτει τη ριζική αναδιάταξη του υφιστάμενου εθνικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας, προκειμένου **να βελτιωθεί ριζικά η σχέση κόστους – αποτελέσματος** που χαρακτηρίζει το σημερινό σύστημα. Οι επενδύσεις που θα πραγματοποιηθούν στον τομέα με τη μορφή συγχρηματοδοτούμενων έργων, ή με άλλες μορφές, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από καινοτομία και έξυπνη εξειδίκευση, να διασφαλίζουν την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας προς τους πολίτες, την ορθολογική λειτουργία και διαχείριση των υπηρεσιών του Υπουργείου και των εποπτευόμενων Φορέων, την ανάπτυξη συστημάτων λογοδοσίας (συστημικής και ατομικής) κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πολίτη και τη συνεχή μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (κόστος σε σχέση με τα αποτελέσματα). Επίσης θα πρέπει να εξισορροπούν τις περιφερειακές ανισότητες



λαμβάνοντας υπ όψη τις απομακρυσμένες περιοχές και την ιδιαίτερη νησιωτική κατανομή της χώρας.

Οι Στρατηγικοί Στόχοι στο πλαίσιο του συγκεκριμένου Πυλώνα έχουν ως εξής:

### **2.2.1.1 Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας**

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται μέσω των παρακάτω εκ των 100 σημείων μεταρρύθμισης του Υπουργείου Υγείας τα οποία είναι δυνατόν να χρηματοδοτηθούν από τα διαρθρωτικά & επενδυτικά ταμεία της Ε.Ε. (ενδεικτική παράθεση):

Η παρακάτω κωδικοποίηση ακολουθεί την κωδικοποίηση του κειμένου Εθνικής στρατηγικής του τομέα

1.1 Μέτρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση.

1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης.

#### **1<sup>A</sup> . Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας**

3.1 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της κακής κατάστασης της υγείας, μείωση των ΙΔΙΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ως ποσοστό της ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ κάτω από τον ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ μέσο ορό.

3.2 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της κακής κατάστασης της υγείας, εκ νέου αναζήτηση της ισορροπίας μεταξύ των ΙΔΙΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ και της αγοράς φροντίδας από συγκεντρωμένους πόρους, επαναφέροντας προοδευτικά τη δημόσια δαπάνη υγείας στα μέσα επίπεδα της Ε.Ε.

### **2.2.1.2 Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**

1.1 Μέτρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση

#### **1<sup>B</sup> . Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**

1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας

1.3 Βελτίωση της ποιότητας της εξειδικευμένης περίθαλψης εξωτερικών ασθενών και των διαγνωστικών υπηρεσιών (μετασχηματισμός των πρώην ΕΟΠΥΥ αστικών μονάδων ΠΕΔΥ)

1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης

1.5 Εκσυγχρονισμός της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας

1.8 Βελτίωση της εμπειρίας και ενίσχυση της φωνής των ασθενών

2.1 Διασφάλιση της διαφάνειας και της ευθύνης λογοδοσίας

2.4 Διατύπωση σαφών πολιτικών, συνοδευόμενων από κοστολογημένα σχέδια με σαφείς στόχους και χρονοδιαγράμματα σε τομείς πολιτικής που είναι στρατηγικοί για τη βιωσιμότητα και την πρόοδο προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης

3.5 Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζοντας ότι ενισχύει παρά αποδυναμώνει την καθολική κάλυψη

### **2.2.1.3 Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας, Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας**

#### **1<sup>Γ</sup>. Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας,**

1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δίκτυου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των

**Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας**

μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας

1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης

1.5 Εκσυγχρονισμός της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας

1.10 Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων

2.1 Διασφάλιση της διαφάνειας και της ευθύνης λογοδοσίας

2.2 Βελτίωση της διαθεσιμότητας της στρατηγικής ευφυΐας και των πληροφοριών για τη διακυβέρνηση του τομέα υγείας

3.5 Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζοντας ότι ενισχύει παρά αποδυναμώνει την καθολική κάλυψη

**2.2.1.4 Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας**

1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δίκτυου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας

1.5 Εκσυγχρονισμός της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας

**1 . Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας**

2.5 Μετασχηματισμός της ιατρικής εκπαίδευσης

3.4 Βελτιωση της ικανοτητας για διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές, τη φαρμακοβιομηχανία και άλλους παρόχους υπηρεσιών

3.5 Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζοντας ότι ενισχύει παρά αποδυναμώνει την καθολική κάλυψη

### 2.2.1.5 Βελτίωση της περιβαλλοντικής & ενεργειακής επίδοσης του Τομέα υγείας

- 1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης
- 2.1 Διασφάλιση διαφάνειας και λογοδοσία

### 2.2.1.6 Βελτίωση της εξωστρέφειας του Συστήματος Υγείας

1.1 Μέτρα σε τοπικό και έθνικο επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση

1.2 Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας

#### 1<sup>Ε</sup>. Βελτίωση της εξωστρέφειας του Συστήματος Υγείας

1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης

1.8 Βελτίωση της εμπειρίας και ενίσχυση της φωνής των ασθενών

1.10 Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων

2.1. Διασφάλιση διαφάνειας και λογοδοσία (δραση 59)

### 2.2.2 2<sup>ος</sup> Πυλώνας ΕΣΠΑ: Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο - Εξασφάλιση καθολικής Πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα Υγείας

Η επένδυση στην υγεία θεωρείται, ακόμα και με στενά οικονομικούς όρους, ως μια παραγωγική δαπάνη που προάγει την οικονομική μεγέθυνση, κυρίως μέσω της θετικής της επίδρασης στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής. Η βελτίωση του περιβάλλοντος και της υγιεινής της εργασίας και η έγκαιρη επένδυση στην πρόληψη βοηθάει τον πληθυσμό να παραμείνει υγιής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, περιορίζει μελλοντικές δαπάνες θεραπείας από ασθένειες και συμβάλλει τόσο στον περιορισμό του κόστους συντήρησης του συστήματος όσο και στην ανάπτυξη. Χαρακτηριστικά, μετρήσεις του ΟΟΣΑ αναφέρουν ότι η αύξηση κατά ένα έτος του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του ΑΕΠ κατά περίπου 4%. [“Investing in Health”, σελ. 12].

Στο πυρήνα του εν λόγω πυλώνα εντοπίζεται η εφαρμογή της πολιτικής για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού με ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας και ειδικότερα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Ψυχικής Υγείας και της Αγωγής Προαγωγής Υγείας.

Οι σημαντικότεροι στρατηγικοί στόχοι συνοψίζονται στα παρακάτω:

### 2.2.2.1 Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία

	1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δίκτυου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας
	1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης
<b>2<sup>A</sup>. Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία</b>	1.7 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο

---

### 2.2.2.2 Προώθηση της Ψυχικής Υγείας

<b>2<sup>B</sup>. Προώθηση της Ψυχικής Υγείας</b>	1.6 Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης
---	--

---

### 2.2.2.3 Αξιοποίηση προϊόντων έρευνας του Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και τη θεραπεία νοσημάτων.

Ο συγκεκριμένος Στρατηγικός Στόχος επιτυγχάνεται (ενδεικτική παράθεση) μέσω της προτυποποίησης και εφαρμογής (spin off) των αποτελεσμάτων της έρευνας που υλοποιείται εντός του Συστήματος Υγείας και αφορά σε προηγμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και ιατροτεχνολογικά προϊόντα, με στόχο την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου, τη σταθεροποίηση της εξέλιξης ή τη θεραπεία ασθενειών και επομένως την προάσπιση και τη βελτίωση της υγείας των πολιτών.

### 2.2.3 3<sup>ο</sup> Πυλώνας ΕΣΠΑ: Εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα υγείας

Σήμερα, οι πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και πολλές από όσες χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες ομάδες», έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας κυρίως των δυσχερέστερων συνθηκών ζωής τους και των σοβαρών εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που συναντούν. Οι μεγάλες ανισότητες στην υγεία, εκτός του προφανούς ηθικού προβλήματος που θέτουν, αποτελούν και μια πολύ μεγάλη αιτία μείωσης του ΑΕΠ που συντηρητικά κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 9,5% για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης [“Investing in Health”, σελ. 17]. Για όλους αυτούς τους λόγους, η επένδυση για την άμβλυνση των ανισοτήτων απαιτείται να υποστηριχθεί με ειδικές παρεμβάσεις τόσο σε επίπεδο υποδομών όσο και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι Γενικοί Στρατηγικοί Στόχοι έχουν ως εξής:

#### 2.2.3.1 Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας

3<sup>A</sup>. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας

1.1 Μέτρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση

#### 2.2.3.2 Επενδύσεις σε υποδομές υγείας

3<sup>B</sup>. Επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας

1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης

#### 2.2.3.3 Αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για την διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

**3<sup>Γ</sup>. Αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για την διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας** 2.3 Ενθάρρυνση και διαχείριση της καινοτομίας

#### *2.2.3.4 Ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών (service delivery model)*

**3 . Ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών (service delivery model)**

1.1 Μέτρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση

1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας

## 2.3 Δείκτες Πολιτικής Υγείας που συνδέονται με την Εθνική Στρατηγική Υγείας και την Στρατηγική ΕΣΠΑ 2014-2020

### 2.3.1 Πρόταση δεικτών αξιολόγησης

Με βάση το κυρίαρχο τρίπτυχο ισότητα – αποτελεσματικότητα – αποδοτικότητα (Cohrane, 1972) μπορούμε να καταλήξουμε στην εξής πρόταση – πλαίσιο, η εξειδίκευση της οποίας μπορεί να καλύψει τις ανάγκες για το στρατηγικό σχεδιασμό του ΕΣΠΑ.

#### **Αποτελεσματικότητα**

##### Δείκτες διαδικασιών

- Πρόσβαση στην φροντίδα (διαθεσιμότητα, χρήση, επίκαιρη παροχή – timeliness)
- Ποιότητα της φροντίδας (ασφάλεια, efficacy και συνέχεια στην παροχή της φροντίδας)

##### Αποτελέσματα – Επίδραση

- Βελτίωση του επιπέδου υγείας
- Ικανοποίηση του ασθενούς

#### **Ισότητα**

##### Δείκτες διαδικασιών

- Καθολική πρόσβαση πληθυσμού
- Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών στους ανασφάλιστους
- Συμμετοχή/αξιοπιστία

##### Αποτελέσματα - Επίδραση

- Βελτίωση του επιπέδου υγείας (με έλεγχο και στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες)
- Δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση
- Προστασία από καταστροφικές δαπάνες υγείας

#### **Αποδοτικότητα (και βιωσιμότητα)**

##### Δείκτες διαδικασιών

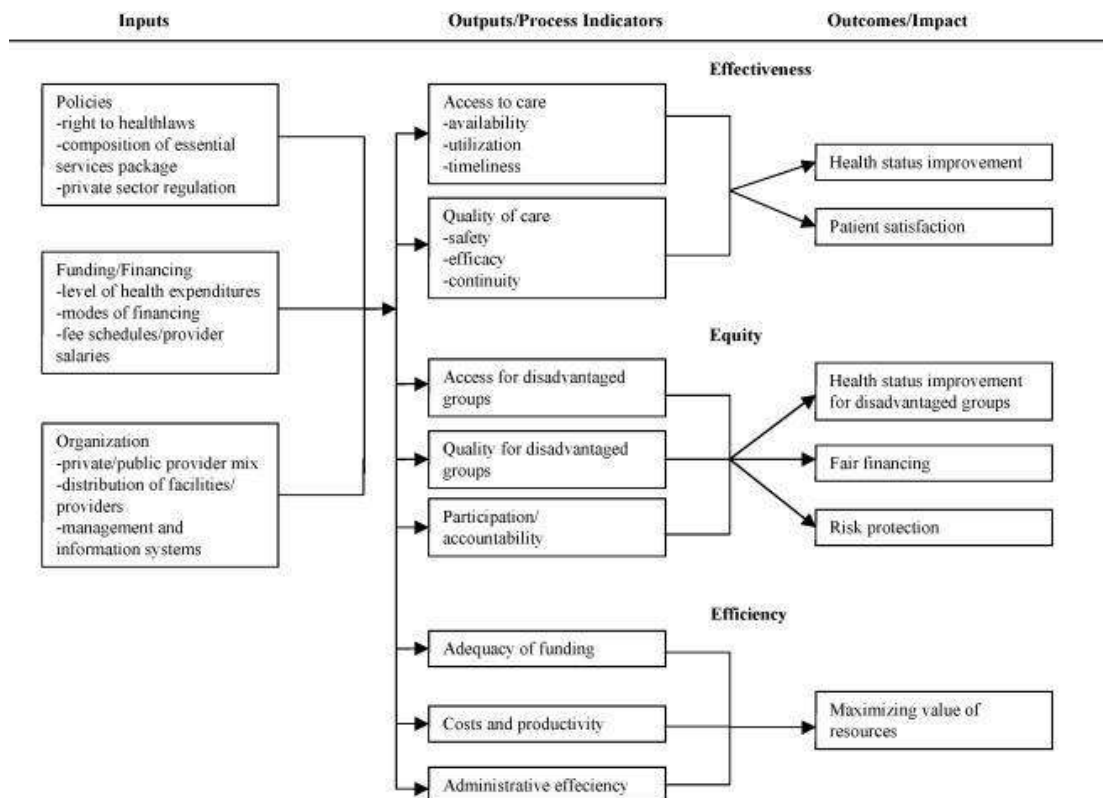
- Επάρκεια πόρων
- Δαπάνες και παραγωγικότητα
- Διοικητική αποδοτικότητα

##### Αποτελέσματα - Επίδραση

- Μεγιστοποίηση της αξίας των πόρων.



Σημείωση: Η παραπάνω σύνθεση προέρχεται από την τροποποίηση της δημοσίευσης: Kruk ME & Freedman LP, *Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature*, Health Policy 2008 Mar;85(3):263-76.



Ως προς την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας με βάση τα αποτελέσματα (εκβάσεις) στην υγεία των πολιτών, χρησιμοποιούνται κυρίως οι εξής δείκτες: αποφεύξιμη θνησιμότητα, βρεφική θνησιμότητα, περιγεννητική θνησιμότητα, γεννήσεις λιποβαρών βρεφών, επίπτωση λοιμωδών νοσημάτων, αποφεύξιμες εισαγωγές, επιβίωση μεταμοσχευμένων & αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, επιβίωση καρκινοπαθών, νοσοκομειακή θνητότητα ασθενών με OEM, περιεχειρητική θνητότητα 30ημ, επανεισαγωγή επ. περ. εντός 28ημ, ρυθμός εμβολιασμών, πληθυσμιακοί προσυμπτωματικοί έλεγχοι καρκίνου μαστού και τραχήλου μήτρας.

Στην βάση των παραπάνω αρχών αξιολόγησης του συστήματος υγείας όπως σήμερα υιοθετούνται από σημαντική μερίδα κρατών παγκοσμίως και λαμβάνοντας υπόψη τις βασικές αρχές του πλαισίου των παρεμβάσεων (intervention Logical Framework), βάση του οποίου αποτέλεσε η εν γένει διεργασία στρατηγικού σχεδιασμού, προκύπτουν οι παρακάτω

**Στρατηγικοί και Ειδικοί Δείκτες Αξιολόγησης και Παρακολούθησης της εφαρμογής της Στρατηγικής του ΕΣΠΑ 2014-2020 για την Υγεία.**

### 2.3.2 Δείκτες Στρατηγικής της πολιτικής Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014 -2020

	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ
	<i>Πυλώνες</i>	
1	<p>Διαφανής χωρίς αποκλεισμούς εκσυγχρονισμένη διακυβέρνηση της Υγείας μέσω αποτελεσματικής και αποδοτικής δημόσιας διοίκησης του συστήματος Υγείας</p> <p>Βιωσιμότητα Συστήματος Υγείας</p>	<p>Ποσοστό απασχολούμενων τομέα υγείας που πιστοποιήθηκαν σε τομεακές δεξιότητες μετά την παρακολούθηση προγραμμάτων κατάρτισης</p>
2	<p>Εξασφάλιση καθολικής Πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα Υγείας - Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο της Χώρας</p>	<p>Ποσοστό Ατόμων που τους παρέχονται νέες και βελτιωμένες υπηρεσίες Υγείας.</p> <p>Ποσοστό Ατόμων που τους παρέχονται νέες και βελτιωμένες υπηρεσίες Ψυχ. Υγείας</p> <p>Αύξηση του αριθμού ΚΟΙΣΠΕ για την κοινωνική και εργασιακή ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων.</p>
3	<p>Εξάλειψη των ανισοτήτων στον τομέα υγείας μέσω της Ανάπτυξης Υποδομών και δίκαιης Χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας Ανάπτυξη Υποδομών Υγείας.</p>	<p>Ποσοστιαία Μείωση νοικοκυριών που υπέστησαν καταστροφικές δαπάνες υγείας (σε ετήσια βάση).</p>

### 2.3.3 Ειδικοί Δείκτες ΕΣΠΑ 2014-2020

	Στρατηγικοί Στόχοι και Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα	Δείκτες Αποτελεσμάτων
<b>ΠΥΛΩΝΑΣ 1</b>		
1.2	Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> 1.. Περιορισμός προσφυγής σε β'βάθμιας μονάδες υγείας	1. Ποσοστό μείωσης προσφυγής σε β'βάθμιας μονάδες Υγείας στις περιοχές εφαρμογής της πολιτικής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
1.3	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας, Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Αύξηση χρήσης τηλεϊατρικής Ηλεκτρονικοποίηση λειτουργιών συστήματος υγείας	Ποσοστό κάλυψης λειτουργικών αναγκών με τη βοήθεια Ψηφιακών Συστημάτων Υγείας που διαλειτουργούν  Ποσοστό λειτουργίας ΟΠΣΥ νοσοκομείων
1.4	Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας  <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Αύξηση ποσοστού πιστοποιημένων απασχολούμενων στον τομέα υγείας σε τομεακές δεξιότητες	Ποσοστό απασχολούμενων τομέα υγείας που πιστοποιήθηκαν σε τομεακές δεξιότητες μετά την παρακολούθηση προγραμμάτων κατάρτισης
<b>ΠΥΛΩΝΑΣ 2</b>		
2.2	Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία  <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u>	Ποσοστό κάλυψης αστικού πληθυσμού της χώρας που επωφελούνται από τις υπηρεσίες Τοπικές Μονάδες Υγείας. (TOMY)
2.3	Προώθηση της Ψυχικής Υγείας  <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Δραστηριοποίηση ψυχικά πασχόντων σε επιχειρήσεις κοινωνικής οικονομίας	Αριθμός ψυχικά πασχόντων που δραστηριοποιούνται σε επιχειρήσεις κοινωνικής οικονομίας

ΠΥΛΩΝΑΣ 3		
3.1	Επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Άμβλυση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας	Ποσοστό πληθυσμού που καλύπτεται από βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας ως προς το σύνολο του πληθυσμού της περιφέρειας (13 δείκτες, ένας ανά περιφέρεια)
3.3	Ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών(service delivery model) <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> 1. Αύξηση χρήσης νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας από ανασφάλιστους σε κίνδυνο φτώχειας	1. Αριθμός χρηστών που αντιμετωπίζουν που επωφελείται από τη χρήση νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας

## 3 Εξειδίκευση της Στρατηγικής

### 3.1 Εξειδίκευση ανά Θεματικό Στόχο

Το ΕΣΠΑ 2014 – 2020 έχει 11 θεματικούς στόχους. Η στρατηγική του Υπ. Υγείας για τα διαρθρωτικά ταμεία, οι δράσεις, δηλαδή, του Εθνικού Σχεδίου Μεταρρύθμισης στην Υγεία οι οποίες είναι επιλέξιμες για χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ, υποστηρίζει ενεργά τους 4 από τους 11 στόχους. Έμμεσα υποστηρίζει τους στόχους που αναφέρονται σε ανανεώσιμους πόρους και τη βιωσιμότητα του αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος, αλλά χωρίς επιχειρησιακή ανάμειξη.

Θεματικοί Στόχοι ΕΣΠΑ 2014 – 2020

Στρατηγικές Προτεραιότητες του Εθνικού Σχεδίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη»

	1. Ενίσχυση της Έρευνας, της Τεχνολογικής Ανάπτυξης και της Καινοτομίας	2. Ενίσχυση της πρόσβασης, και χρήσης και ποιότητας των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας	3. Βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων συμπεριλαμβανομένων εκείνων του γεωργικού τομέα	8. Προώθηση βιώσιμης και υψηλού επιπέδου απασχόλησης και υποστήριξη της κινητικότητας των εργαζομένων	9. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων	10. Επένδυση στην εκπαίδευση και κατάρτιση για δεξιότητες, και στη διά βίου μάθηση	11. Ενίσχυση της θεσμικής επάρκειας των δημοσίων υπηρεσιών και θεσμών και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση
1.1 λήψη μέτρων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση					✓	✓	✓
1.2 ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας	✓			✓	✓	✓	✓
1.3 βελτίωση της ποιότητας της εξειδικευμένης περίθαλψης εξωτερικών ασθενών και των διαγνωστικών υπηρεσιών (μετασχηματισμός των υφιστάμενων μονάδων ΠΕΔΥ σε Εξειδικευμένες Μονάδες Παραπομπής Εξωτερικών Ασθενών)	✓			✓	✓	✓	✓
1.4 βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης					✓	✓	✓
1.5 εκσυγχρονισμός της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας	✓						✓
1.6 ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης					✓	✓	✓

Θεματικοί Στόχοι ΕΣΠΑ 2014 – 2020

Στρατηγικές Προτεραιότητες του Εθνικού Σχεδίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη»

	1. Ενίσχυση της Έρευνας, της Τεχνολογικής Ανάπτυξης και της Καινοτομίας	2. Ενίσχυση της πρόσβασης, και χρήσης και ποιότητας των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας	3. Βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων συμπεριλαμβανομένων εκείνων του γεωργικού τομέα	8. Προώθηση βιώσιμης και υψηλού επιπέδου απασχόλησης και υποστήριξη της κινητικότητας των εργαζομένων	9. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων	10. Επένδυση στην εκπαίδευση και κατάρτιση για δεξιότητες, και στη διά βίου μάθηση	11. Ενίσχυση της θεσμικής επάρκειας των δημοσίων υπηρεσιών και θεσμών και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση
1.7 ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο							
1.8 βελτίωση της εμπειρίας και ενίσχυση της φωνής των ασθενών			√		√		√
1.9 λήψη μέτρων για τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας σε όλα τα επίπεδα							√
1.10 λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων					√		√
2.1 διασφάλιση της διαφάνειας και της ευθύνης λογοδοσίας	√	√	√		√		√
2.2 βελτίωση της διαθεσιμότητας της στρατηγικής ευφυΐας και των πληροφοριών για τη διακυβέρνηση του τομέα υγείας	√	√		√	√	√	√
2.3 ενθάρρυνση και διαχείριση της καινοτομίας	√	√	√				
2.4 διατύπωση σαφών πολιτικών, συνοδευόμενων από κοστολογημένα σχέδια με σαφείς στόχους και χρονοδιαγράμματα	√	√	√				

Θεματικοί Στόχοι ΕΣΠΑ 2014 – 2020

**Στρατηγικές Προτεραιότητες του Εθνικού Σχεδίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη»**

1. Ενίσχυση της Έρευνας, της Τεχνολογικής Ανάπτυξης και της Καινοτομίας	2. Ενίσχυση της πρόσβασης, και χρήσης και ποιότητας των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας	3. Βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων συμπεριλαμβανομένων εκείνων του γεωργικού τομέα	8. Προώθηση βιώσιμης και υψηλού επιπέδου απασχόλησης και υποστήριξη της κινητικότητας των εργαζομένων	9. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων	10. Επένδυση στην εκπαίδευση και κατάρτιση για δεξιότητες, και στη διά βίου μάθηση	11. Ενίσχυση της θεσμικής επάρκειας των δημοσίων υπηρεσιών και θεσμών και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση
---	---	--	---	--	--	---

σε τομείς πολιτικής που είναι στρατηγικοί για τη βιωσιμότητα και την πρόοδο προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης						
2.5 μετασχηματισμός της ιατρικής εκπαίδευσης		✓				
3.1 προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της κακής κατάστασης της υγείας, μείωση των Ιδίων Πληρωμών ως ποσοστό της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κάτω από τον μέσο όρο της Ε.Ε.			✓			
3.2 προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της κακής κατάστασης της υγείας, εκ νέου αναζήτηση της ισορροπίας μεταξύ των Ιδίων Πληρωμών και της αγοράς φροντίδας από συγκεντρωμένους πόρους, επαναφέροντας προοδευτικά τη δημόσια δαπάνη υγείας στα μέσα επίπεδα της Ε.Ε.	✓	✓	✓			
3.3 διαφανής χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας	✓	✓	✓			

Θεματικοί Στόχοι ΕΣΠΑ 2014 – 2020

Στρατηγικές Προτεραιότητες του Εθνικού Σχεδίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη»

1. Ενίσχυση της Έρευνας, της Τεχνολογικής Ανάπτυξης και της Καινοτομίας	2. Ενίσχυση της πρόσβασης, και χρήσης και ποιότητας των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας	3. Βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων συμπεριλαμβανομένων εκείνων του γεωργικού τομέα	8. Προώθηση βιώσιμης και υψηλού επιπέδου απασχόλησης και υποστήριξη της κινητικότητας των εργαζομένων	9. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων	10. Επένδυση στην εκπαίδευση και κατάρτιση για δεξιότητες, και στη διά βίου μάθηση	11. Ενίσχυση της θεσμικής επάρκειας των δημοσίων υπηρεσιών και θεσμών και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση
---	---	--	---	--	--	---

3.4 βελτίωση της ικανότητας για διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές, τη φαρμακοβιομηχανία και άλλους παρόχους υπηρεσιών

✓	✓	✓				
---	---	---	--	--	--	--

3.5 ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζοντας ότι ενισχύει παρά αποδυναμώνει την καθολική κάλυψη

✓		✓				
---	--	---	--	--	--	--



### 3.2 Εξειδίκευση Δράσεων ανά Θεματικό Στόχο του ΕΣΠΑ 2014-2020

#### 3.2.1 Θεματικός Στόχος 1. Ενίσχυση της Έρευνας, της Τεχνολογικής Ανάπτυξης και της Καινοτομίας

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικό Στόχο Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
Αξιοποίηση καινοτομων τεχνολογιων για την διασφάλιση της προσβασης σε υπηρεσίες υγείας	2.3 Ενθάρρυνση και διαχείριση της καινοτομίας	Δράση 64. Ανάπτυξη Κέντρου Γνώσης και Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας (HTA) για τη δημιουργία οδηγιών και πληροφόρησης όσον αφορά στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών, συμπεριλαμβανομένης της σχετικής έρευνας υπηρεσιών υγείας και της ανάπτυξης σεναρίων

3.2.2 Θεματικός Στόχος 2. Ενίσχυση της πρόσβασης, και χρήσης και ποιότητας των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας, Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας	1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας	Δράση 11. Δημιουργία ενός Ενιαίου Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, που θα ενσωματώνει την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και θα καλύπτει την πρωτοβάθμια, την ειδική εξω-νοσοκομειακή φροντίδα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη
		Δράση 3. Εξάλειψη γραφειοκρατικών εμποδίων
	1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης	Δράση 23. Εισαγωγή της τεχνολογίας γραμμικού κώδικα (barcode) για τον εκσυγχρονισμό της υλικοτεχνικής μέριμνας των νοσοκομείων (ακρίβεια αποθεμάτων, συνολική επιχειρησιακή απόδοση, ιχνηλασιμότητα και ορατότητα υλικών και φαρμάκων άμεσης ανάλωσης)
		Δράση 24. Εξορθολογισμός Διαδικασιών Προγραμματισμού Προμηθειών για Φάρμακα και Αναλώσιμα στα δημόσια νοσοκομεία
	1.5 Εκσυγχρονισμός της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας	Δράση 26. Συγκριτική αξιολόγηση των Κύριων Δεικτών Απόδοσης (KPIs) των νοσοκομείων
		Δράση 34. Βασική αξιολόγηση της ικανότητας διασφάλισης της υγείας και διαχείρισης κρίσεων του τομέα επείγουσας φροντίδας

<p>1.10 Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων</p>	<p>Δράση 53. Γενίκευση της χρήσης συνταγών και οδηγιών διαχείρισης περιστατικού, ενσωματωμένων στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο</p>
<p>2.1 Διασφάλιση της διαφάνειας και της ευθύνης λογοδοσίας</p>	<p>Δράση 59. Σύνταξη και διάθεση με ηλεκτρονική άμεση πρόσβαση των 13 Περιφερειακών σχεδίων κάλυψης αναγκών υγείας, που αναπτύχθηκαν μετά από διαπραγμάτευση με τις περιφερειακές αρχές και τους ενδιαφερόμενους φορείς, όπου η τομεοποίηση και η εγγραφή σε μητρώα θα καταστήσει εφικτή την ευθύνη λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών Υγείας (ΠΦΥ, Νοσοκομεία και Υ.ΠΕ.) για την ενεργοποίηση πόρων, τις εκροές και τα αποτελέσματα προς τους καθορισμένους πληθυσμούς για τους οποίους είναι υπεύθυνοι</p>
<p>2.2 Βελτίωση της διαθεσιμότητας της στρατηγικής ευφυΐας και των πληροφοριών για τη διακυβέρνηση του τομέα υγείας</p>	
<p>3.5 Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζοντας ότι ενισχύει παρά αποδυναμώνει την καθολική κάλυψη</p>	<p>Δράση 99. Διασφάλιση της διασύνδεσης μεταξύ του ασφαλιστικού φακέλου του ΕΟΠΥΥ, της σύνοψης ασθενούς της ΗΔΙΚΑ και των βάσεων δεδομένων του ατομικού ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου υπό μοναδικούς λογαριασμούς υγείας για όλους τους κατοίκους (συνεισφέροντες στην κοινωνική ασφάλιση και ανασφάλιστους)</p>

3.2.3 Θεματικός Στόχος 9. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικό Στόχο Υγείας	Πολιτικής της	Σχετιζόμενες Δράσεις
Βελτίωσης άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία	1.4 Βελτίωσης ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και Εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης		Δράση 25. Δημιουργία προγράμματος για την Ασφάλεια των Ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία
			Δράση 27. Καθιέρωση προγράμματος παρακολούθησης, πρόληψης και περιορισμού της αντιμικροβιακής αντοχής
	1.7 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο		Δράση 45. Σχεδιασμός και εφαρμογή μηχανισμών λογοδοσίας στην ΠΦΥ και τις Υ.ΠΕ., όσον αφορά στην ιεράρχηση των αναγκών και στην κάλυψη των προγραμμάτων δημόσιας υγείας
			Δράση 46. Ενσωμάτωση μέτρων για τη Δημόσια Υγεία στη δέσμη παρεχομένων υπηρεσιών των παρόχων ΠΦΥ/ΤοΜΥ

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
Πρώθηση της Ψυχικής Υγείας	1.6 Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	Δράση 38. Τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
		Δράση 39. Ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης των χρονίως ψυχικά πασχόντων στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη, με μεταφορά σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα
		Δράση 40. Ένταξη της οξείας ψυχιατρικής περίθαλψης στα γενικά νοσοκομεία
		Δράση 41. Σύσταση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κάθε Τομέα
		Δράση 42. Αξιολόγηση της ανάγκης για ψυχιατροδικαστική φροντίδα και ανάπτυξη στρατηγικής για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και ψυχικής υγείας στις φυλακές
		Δράση 43. Ανάπτυξη κοινωνικών συνεταιρισμών σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας
		Δράση 44. Επέκταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
<p>υγείας στις Περιφέρειες με προτεραιότητα τα μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας Σταδιακή ανάπτυξη του ενός δικτύου</p>	<p>1.1 Μέτρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση</p>	<p>Δράση 7. Σταδιακή ανάπτυξη Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY) με μία κρίσιμη μάζα από ομάδες επαγγελματιών οικογενειακής ιατρικής (ιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαίες, διοικητικό προσωπικό)</p>

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
τομέα υγείας άμβλυση των περιφερειακών ανισοτήτων στον κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην Επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες	1.4 Βελτίωση της ποιότητας, Δράση 30. Σύναψη συμφωνιών επιπέδου υποστήριξης (συμπεριλαμβανόμενων ενίσχυση της ασφάλειας και Γραφείων Πληροφορικής Υποστήριξης και Συντήρησης πληροφοριακών συστημάτων) εξορθολογισμός της σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία νοσοκομειακής περίθαλψης	<p style="text-align: center;"><b>Δράση Οριζόντια: Ανάπτυξη Υποδομών Υγείας όλων των Βαθμίδων</b></p>

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
Ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών (service delivery model)	1.1 Μετρα σε τοπικο και εθνικο επιπεδο για την εξαλειψη εμποδιων στην προσβαση	Δράση 4. Εξάλειψη εμποδίων στην ενημέρωση: ενημέρωση όλων των πολιτών και των κατοίκων για τα δικαιώματά τους (συμπεριλαμβανομένου του κόστους, των τιμών αναφοράς, των μέγιστων χρόνων αναμονής)
		Δράση 20. Προώθηση εναλλακτικών επιλογών στη νοσοκομειακή περίθαλψη (ημερήσια περίθαλψη, κατ' οίκον φροντίδα)
		Δράση 31. Ανάπτυξη ενός επενδυτικού σχεδίου για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού τουρισμού μακροχρόνιας φροντίδας υγείας
		Δράση 6. Μείωση πολιτισμικών εμποδίων



3.2.4 Θεματικός Στόχος 11. Ενίσχυση της θεσμικής επάρκειας των δημοσίων υπηρεσιών και θεσμών και αποτελεσματική δημόσια διοίκηση

<p>1.1 Μέτρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση</p>	<p>Δράση 5. Μείωση οργανωτικών εμποδίων</p>
<p>1.4 Βελτίωση της ποιότητας, ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης</p>	<p>Δράση 22. Ανασχεδιασμός Κλινικών και Διοικητικών Διαδικασιών στα δημόσια νοσοκομεία</p>
<p>3.1 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της κακής κατάστασης της υγείας, μείωση των ΙΔΙΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ως ποσοστό της ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ κάτω από τον ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ μέσο όρο</p>	<p>Δράση 81. Μείωση των ιδίων πληρωμών στο πλαίσιο ρυθμισμένων πληρωμών, με επαναδιαπραγμάτευση της τιμολόγησης αγαθών και υπηρεσιών Υγείας</p>
	<p>Δράση 82. Μείωση των ιδίων πληρωμών στο πλαίσιο τυπικών μη ρυθμισμένων πληρωμών (γνωστοποίηση των τιμών αναφοράς, συνεργασία με οργανώσεις χρηστών, διάλογος για κώδικα δεοντολογίας με επαγγελματικές οργανώσεις)</p>
	<p>Δράση 83. Εξάλειψη άτυπων πληρωμών (διαφάνεια στη λίστα αναμονής, μηχανισμός παραπόνων, κοινωνικός διάλογος/ εκστρατεία επικοινωνίας, πίεση από ομάδες ομοτίμων, μηχανισμοί παρακολούθησης από την κοινότητα, μηχανισμός κυρώσεων)</p>

<p>3.2 Προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες της κακής κατάστασης της υγείας, εκ νέου αναζήτηση της ισορροπίας μεταξύ των ιδίων πληρωμών και της αγοράς φροντίδας από συγκεντρωμένους πόρους, επαναφέροντας προοδευτικά τη δημόσια δαπάνη υγείας στα μέσα επίπεδα της Ε.Ε.</p>	<p>Δράση 84. Αναχρηματοδότηση της δημόσιας και της ρυθμισμένης από δημόσιους φορείς φροντίδας Υγείας, με την επαναφορά του επιπέδου των συγκεντρωποιημένων πόρων για την υγεία ξανά στο 6,4% του ΑΕΠ μέχρι το 2019</p>
--	--

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	1.1 Μέρα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για την εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση	Δράση 3. Εξάλειψη γραφειοκρατικών εμποδίων
		Δράση 5. Μείωση οργανωτικών εμποδίων
	1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας	Δράση 8. Προετοιμασία αναλυτικού και κοστολογημένου χρονοδιαγράμματος για την πλήρη ανάπτυξη των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY) σε όλη τη χώρα.
		Δράση 10. Μετά από διαβούλευση όλων των ενδιαφερόμενων φορέων, εξειδίκευση των υποχρεώσεων για την προάσπιση της δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο από τους παρόχους ΠΦΥ /ToMY
		Δράση 12. Δημιουργία των όρων για το σύνολο των Γενικών Ιατρών που υπηρετούν τώρα σε επίπεδο Κέντρων Υγείας και ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ ώστε να λειτουργήσουν ως Τοπικές Μονάδες Υγείας
	1.3 Βελτίωση της ποιότητας της εξειδικευμένης περίθαλψης εξωτερικών ασθενών και των διαγνωστικών υπηρεσιών (μετασχηματισμός των πρώην ΕΟΠΥΥ αστικών μονάδων ΠΕΔΥ)	Δράση 14. Αξιολόγηση των ειδικευμένων στελεχών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών για τη στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ/ToMY ώστε να προσεγγισθεί το επίπεδο του Ευρωπαϊκού μέσου όρου
		Δράση 15. Καθιέρωση κατευθυντηρίων οδηγιών για τη διαχείριση περιστατικών / πρωτόκολλα ασθενών
	1.4 Βελτίωση της ποιότητας,	Δράση 22. Ανασχεδιασμός Κλινικών και Διοικητικών Διαδικασιών στα δημόσια

ενίσχυση της ασφάλειας και εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης	νοσοκομεία
	Δράση 31. Ανάπτυξη ενός επενδυτικού σχεδίου για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού τουρισμού μακροχρόνιας φροντίδας υγείας
	Δράση 33. Επέκταση υφιστάμενων δυνατοτήτων πιστοποίησης και προοδευτική κάλυψη όλων των δημοσίων υποδομών φροντίδας υγείας
1.5 Εκσυγχρονισμός της ετοιμότητας ανταποκρισιμότητας επείγουσας φροντίδας	Δράση 34. Βασική αξιολόγηση της ικανότητας διασφάλισης της υγείας και διαχείρισης κρίσεων του τομέα επείγουσας φροντίδας
	Δράση 35. Επένδυση στη δημιουργία εθνικών και περιφερειακών επιχειρησιακών σχεδίων ετοιμότητας αντιμετώπισης επειγουσών καταστάσεων και έκδοση οδηγιών για τη διαχείρισή τους
	Δράση 37. Δημιουργία συστήματος ετήσιας αξιολόγησης της ετοιμότητας σε περιφερειακό επίπεδο για αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων
1.8 Βελτίωση της εμπειρίας και ενίσχυση της φωνής των ασθενών	Δράση 49. Καθιέρωση γραφείων διαχείρισης παραπόνων με ανοιχτή πρόσβαση στα αποτελέσματα
	Δράση 50. Διεξαγωγή ετησίων ερευνών ικανοποίησης ασθενών σε όλες τις δημόσιες μονάδες ΠΦΥ και τα Νοσοκομεία, με ανοιχτή πρόσβαση στα αποτελέσματα
	Δράση 51. Διοργάνωση συστηματικών αξιολόγησης από ομάδες ομοτίμων των μονάδων εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των νοσοκομείων
2.1 Διασφάλιση της διαφάνειας και της ευθύνης λογοδοσίας	Δράση 59. Σύνταξη και διάθεση με ηλεκτρονική άμεση πρόσβαση των 13 Περιφερειακών σχεδίων κάλυψης αναγκών υγείας, που αναπτύχθηκαν μετά από διαπραγμάτευση με τις περιφερειακές αρχές και τους ενδιαφερόμενους φορείς, όπου

		<p>η τομεοποίηση και η εγγραφή σε μητρώα θα καταστήσει εφικτή την ευθύνη λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών Υγείας (ΠΦΥ, Νοσοκομεία και Υ.ΠΕ.) για την ενεργοποίηση πόρων, τις εκροές και τα αποτελέσματα προς τους καθορισμένους πληθυσμούς για τους οποίους είναι υπεύθυνοι</p> <p>Δράση 60. Συγκριτική αξιολόγηση της κατανομής και χρήσης του εξειδικευμένου τεχνολογικού εξοπλισμού</p> <p>Δράση 61. Συγκριτική αξιολόγηση και παρακολούθηση των εκβάσεων των νοσοκομείων (δημόσιων και ιδιωτικών) και διαθεσιμότητα των αποτελεσμάτων με άμεσο ηλεκτρονικό τρόπο</p>
2.4	Διατύπωση σαφών πολιτικών, συνοδευόμενων από κοστολογημένα σχέδια με σαφείς στόχους και χρονοδιαγράμματα σε τομείς πολιτικής που είναι στρατηγικοί για τη βιωσιμότητα και την πρόοδο προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης	Δράση 75. Εισαγωγή μεθοδολογιών αξιολόγησης της υγείας και των επιδράσεων του συστήματος υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς
3.5	Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης του ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζοντας ότι ενισχύει παρά αποδυναμώνει την καθολική κάλυψη	Δράση 92. Καθορισμός του ρόλου των Υγειονομικών Περιφερειών και των περιφερειακών γραφείων του ΕΟΠΥΥ, συμπεριλαμβανομένων των δυνατοτήτων για εξορθολογισμό και συγχωνεύσεις

		Δράση 100. Εκσυγχρονισμός των διαδικασιών και διεργασιών του ΕΟΠΥΥ με στόχο την αποδοτικότητα, τη διαφάνεια, τη φιλικότητα προς τον χρήστη (συμπεριλαμβανομένης της βελτιωμένης επικοινωνίας / πληροφόρησης για τα δικαιώματα των ασθενών, της ανταπόκρισης στις ανάγκες των πολιτών και της διαχείρισης παραπόνων)
<b>Στρατηγικός Στόχος Υγείας</b>	<b>Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας</b>	<b>Σχετιζόμενες Δράσεις</b>
Αναβάθμιση ανθρωπινων πόρων τομέα	1.2. Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας	Δράση 36. Δημιουργία και εκπαίδευση ομάδας ετοιμότητας επείγουσας φροντίδας σε κάθε Περιφέρεια
	1.5 Εκσυγχρονισμός της ετοιμότητας ανταποκρισιμότητας επείγουσας φροντίδας της	Δράση 76. Διαμόρφωση σεναρίων για το μέλλον του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα Υγείας στην Ελλάδα
		Δράση 80. Ανάλυση της αγοράς εργασίας αναφορικά με τους ειδικούς περιορισμούς του τομέα υγείας και με τη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης του ανθρώπινου δυναμικού
	2.5 Μετασηματισμός της ιατρικής εκπαίδευσης της	Δράση 88. Καθιέρωση αποτελεσματικών και λειτουργικών επιτροπών διαπραγμάτευσης και οικοδόμηση των τεχνικών τους ικανοτήτων
Δράση 90. Δημιουργία δικτύων μεταξύ Ελληνικών επιτροπών διαπραγμάτευσης και αντίστοιχων Ευρωπαϊκών οντοτήτων, προκειμένου να αντλήσουν γνώση, εμπειρία και πληροφορίες		

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
	3.4 Βελτίωση της ικανότητας για διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές, τη φαρμακοβιομηχανία και άλλους παρόχους υπηρεσιών	Δράση 98. Οικοδόμηση ικανοτήτων για εξορθολογισμό των πληρωμών, με την εισαγωγή στοιχείων μέτρησης απόδοσης των πληρωμών, μέσω ατομικών και μεικτών συμβολαίων και με ενίσχυση του ρόλου της ΥΠΕΔΥΦΚΑ

Στρατηγικός Στόχος Υγείας	Ειδικοί Στόχοι Πολιτικής της Υγείας	Σχετιζόμενες Δράσεις
Συστήματος Υγείας Βελτίωση της εξωστρέφειας του	1.1 Μετρα σε τοπικο και εθνικο επιπεδο για την εξαλειψη εμποδιων στην προσβαση	Δράση 4. Εξάλειψη εμποδίων στην ενημέρωση: ενημέρωση όλων των πολιτών και των κατοίκων για τα δικαιώματά τους (συμπεριλαμβανομένου του κόστους, των τιμών αναφοράς, των μέγιστων χρόνων αναμονής)
		Δράση 6. Μείωση πολιτισμικών εμποδίων
	1.2. Αναπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός δίκτυου πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας μέσω των μονάδων οικογενειακής φροντίδας υγείας	Δράση 9. Μετά από διαβούλευση όλων των ενδιαφερόμενων φορέων, αναζήτηση κοινωνικής συναίνεσης αναφορικά με τη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών, το πλαίσιο ποιότητας, τους όρους αναφοράς και τους συμβατικούς όρους  Δράση 10. Μετά από διαβούλευση όλων των ενδιαφερόμενων φορέων, εξειδίκευση των υποχρεώσεων για την προάσπιση της δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο από τους παρόχους ΠΦΥ /ΤοΜΥ
	1.4 Βελτιωση της ποιότητας, ενισχυση της ασφάλειας και	Δράση 31. Ανάπτυξη ενός επενδυτικού σχεδίου για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού τουρισμού μακροχρόνιας φροντίδας υγείας

εξορθολογισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης	Δράση 33. Επέκταση υφιστάμενων δυνατοτήτων πιστοποίησης και προοδευτική κάλυψη όλων των δημοσίων υποδομών φροντίδας υγείας
1.8 Βελτίωση της εμπειρίας και ενίσχυση της φωνής των ασθενών	Δράση 49. Καθιέρωση γραφείων διαχείρισης παραπόνων με ανοιχτή πρόσβαση στα αποτελέσματα
1.10 Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων	Δράση 53. Γενίκευση της χρήσης συνταγών και οδηγιών διαχείρισης περιστατικού, ενσωματωμένων στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο
	Δράση 54. Αύξηση της εμπιστοσύνης στα γεννόσημα



### 3 Χρηματοδότηση της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2014-2020

Το Υπουργείο βρίσκεται σε διαδικασία μερικής εξειδίκευσης του επιχειρησιακού του σχεδίου μέσω των τυποποιημένων εντύπων πρότασης σε συνεννόηση με τα αντίστοιχα Επιχειρησιακά και Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα.

Παρ/λα το υπουργείο εξειδικεύει την ανάλυση των προτεινόμενων έργων αλλά και την προετοιμασία των πιθανών δικαιούχων των πράξεων ώστε να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των ειδικών υπηρεσιών διαχείρισης ως προς την εκτέλεση των έργων.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η πρόταση του υπουργείου για την μερική εξειδίκευση του επιχειρησιακού του σχεδίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Εκτιμώμενος Προϋπολογισμός Επιχειρησιακού Σχεδίου τομέα Υγείας

						συνολο	493.253.445,93
ΠΥΛΩΝΑΣ	α/α ΤΕΠ	Φορέας	ΕΠ/ΠΕΠ	Αξονας Προτεραιότητας	Τίτλος	Π/Υ	
1	ΤΕΠ-1	Υπουργείο Υγείας, ΔΨΥ	Διοικητική Μεταρρύθμιση	1,2,3	Δράσεις Συστημικής Υποστήριξης της Ψυχικής Υγείας	9.029.691,00 €	
1	ΤΕΠ-2	Υπουργείο Υγείας, ΔΨΥ,ΦΟΡΕΙΣ	ΔΜ	7,8,9	Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού του τομέα Υγείας - Κατάρτιση	14.300.000,00 €	
1	ΤΕΠ-3	Δ/νση Π.Φ.Υ. & Πρόληψης Δ/νση ΑΜΥ Δ/νση Δημόσιας Υγείας Το Υπουργείο Υγείας – Διεύθυνση	ΔΜ	1,2,3	Προτυποποίηση οργανωτικών και λειτουργικών πλαισίων μονάδων και φορέων υγείας	5.465.000,00 €	
1	ΤΕΠ-4	Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και εποπτευόμενοι φορείς σχετικής αρμοδιότητας Το Υπουργείο Υγείας – Διεύθυνση	ΔΜ	1,2,3	Βελτίωση Παρεχόμενων Υπηρεσιών ΠΦΥ	2.600.000,00 €	
1	ΤΕΠ-5	Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και εποπτευόμενοι φορείς σχετικής	ΔΜ	7,8,9	Κέντρα Αναφοράς & Εκπαίδευσης Στελεχών Μονάδων Φροντίδας Υγείας στη Γειτονιά	6.570.000,00 €	

αρμοδιότητας

1	ΤΕΠ-6	Το Υπουργείο Υγείας – ο ΕΟΦ, ο ΕΟΠΥΥ, ΕΠΥ, Νοσοκομεία, ΥΠΕ	ΔΜ	1,2,3	Δράσεις Εξορθολογισμού των Δαπανών Υγείας	1.383.610,50 €
1	ΤΕΠ-7	ΕΣΔΥ	ΔΜ	7,8,9	«Πρόγραμμα εξειδίκευσης στα οικονομικά, την πολιτική και τη διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας για ανώτατα και ανώτερα στελέχη» με κωδικό ΟΠΣ 296353»	1.581.216,00 €
1	ΤΕΠ-8	Υπουργείο Υγείας- ΗΔΙΚΑ ΑΕ	ΔΜ	4, 5,6	Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Διαχείρισης Μητρώου & Κωδικολογίων του Υπουργείου Υγείας	900.000,00 €
1	ΤΕΠ-9	ΕΔΕΤ - ΕΚΕΑ	ΔΜ	4, 5,6	Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Αιμοδοσίας	3.364.500,00 €
1	ΤΕΠ-10	Το Υπουργείο -ΕΔΕΤ	ΔΜ	4, 5,6	Παροχή προηγμένων δικτυακών και υπολογιστικών υπηρεσιών σε νοσοκομειακές μονάδες για την ενίσχυση της κλινικής τους δραστηριότητας	14.694.092,00 €

						περιβαλλον υπολογιστικού νέφους (cloud computing)
1	ΤΕΠ-11	Υπουργείο Υγείας – ο ΕΟΦ, ο ΕΟΠΥΥ, ΕΠΥ, Νοσοκομεία, ΥΠΕ	ΔΜ	4, 5,6	Δράσεις Εξορθολογισμού των Δαπανών Υγείας	3.664.989,50 €
1	ΤΕΠ-12	Υπουργείο Υγείας – ο ΕΟΦ, ο ΕΟΠΥΥ, ΕΠΥ, Νοσοκομεία, ΥΠΕ,	ΔΜ	7,8,9	Δράσεις Εξορθολογισμού των Δαπανών Υγείας (Εκπαίδευση & ενημέρωση Χρηστών)	952.000,00 €
2	ΤΕΠ-13	φορείς ΥΥ	ΑΜΘ	9ν	Δράσεις ΨΥ	12.441.428,57 €
2	ΤΕΠ-14	φορείς ΥΥ	ΚΜ	9ν	Δράσεις ΨΥ	13.269.038,10 €
2	ΤΕΠ-15	φορείς ΥΥ	Δυτ Μακεδ	9ν	Δράσεις ΨΥ	5.530.095,24 €

2	ΤΕΠ-16	φορείς ΥΥ	ΗΠΕΙΡ	9v	Δράσεις ΨΥ	11.076.628,57 €
2	ΤΕΠ-17	φορείς ΥΥ	ΙΟΝΙΑ	9v	Δράσεις ΨΥ	5.830.095,24 €
2	ΤΕΠ-18	φορείς ΥΥ	ΔΥΤ ΕΛΛΑΔΑ	9v	Δράσεις ΨΥ	10.776.228,57 €
2	ΤΕΠ-19	φορείς ΥΥ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	9v	Δράσεις ΨΥ	8.648.666,67 €
2	ΤΕΠ-20	φορείς ΥΥ	ΣΤΕΡΕΑ	9v	Δράσεις ΨΥ	11.042.028,57 €
2	ΤΕΠ-21	φορείς ΥΥ	ΑΤΤΙΚΗ	9v	Δράσεις ΨΥ	23.103.923,81 €

2	ΤΕΠ-22	φορείς ΥΥ	ΠΕΛΟΠ	9ν	Δράσεις ΨΥ	11.776.228,57 €
2	ΤΕΠ-23	φορείς ΥΥ	Β ΑΙΓΑΙΟ	9ν	Δράσεις ΨΥ	9.425.390,48 €
2	ΤΕΠ-24	φορείς ΥΥ	Ν ΑΙΓΑΙΟ	9ν	Δράσεις ΨΥ	11.733.447,62 €
2	ΤΕΠ-25	φορείς ΥΥ	ΚΡΗΤΗ	9ν	Δράσεις ΨΥ	12.803.971,43 €
2	ΤΕΠ-26	φορείς ΥΥ	ΑΜΘ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	907.300,00 €
2	ΤΕΠ-27	φορείς ΥΥ	ΚΜ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	3.841.200,00 €

2	ΤΕΠ-28	φορείς ΥΥ	Δυτ Μακεδ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	907.300,00 €
2	ΤΕΠ-29	φορείς ΥΥ	ΗΠΕΙΡ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	2.757.600,00 €
2	ΤΕΠ-30	φορείς ΥΥ	ΙΟΝΙΑ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	961.300,00 €
2	ΤΕΠ-31	φορείς ΥΥ	ΔΥΤ ΕΛΛΑΔΑ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	3.146.400,00 €
2	ΤΕΠ-32	φορείς ΥΥ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	2.257.600,00 €
2	ΤΕΠ-33	φορείς ΥΥ	ΣΤΕΡΕΑ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	907.300,00 €

2	ΤΕΠ-34	φορείς ΥΥ	ΑΤΤΙΚΗ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	8.237.600,00 €
2	ΤΕΠ-35	φορείς ΥΥ	ΠΕΛΟΠ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	1.417.600,00 €
2	ΤΕΠ-36	φορείς ΥΥ	Β ΑΙΓΑΙΟ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	961.300,00 €
2	ΤΕΠ-37	φορείς ΥΥ	Ν ΑΙΓΑΙΟ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	961.300,00 €
2	ΤΕΠ-38	φορείς ΥΥ	ΚΡΗΤΗ	9ι	Δράσεις απεξαρτησης	1.744.800,00 €
3	ΤΕΠ-39	φορείς ΥΥ	ΑΜΘ	9ν	Δράσεις ΠΦΥ	4.393.000,00 €



3	ΤΕΠ-40	φορείς ΥΥ	ΚΜ	9v	Δράσεις ΠΦΥ	8.786.000,00 €
3	ΤΕΠ-41	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΚΡΗΤΗ	9v	διαμεσολαβητες υγείας	33.660,00 €
3	ΤΕΠ-42	φορείς ΥΥ	ΗΠΕΙΡ	9v	Δράσεις ΠΦΥ	4.393.000,00 €
3	ΤΕΠ-43	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	9v	διαμεσολαβητες υγείας	134.640,00 €
3	ΤΕΠ-44	φορείς ΥΥ	ΔΥΤ ΕΛΛΑΔΑ	9v	Δράσεις ΠΦΥ	4.393.000,00 €
3	ΤΕΠ-45	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΣΤΕΡΕΑ	9v	διαμεσολαβητες υγείας	134.640,00 €

3	ΤΕΠ-46	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΑΤΤΙΚΗ	9v	διαμεσολαβητες υγείας	1.312.740,00 €
3	ΤΕΠ-47	φορεις ΥΥ	ΑΤΤΙΚΗ	9v	Δράσεις ΠΦΥ	8.786.000,00 €
3	ΤΕΠ-48	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	Β ΑΙΓΑΙΟ	9v	διαμεσολαβητες υγείας	572.220,00 €
3	ΤΕΠ-49	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	Ν ΑΙΓΑΙΟ	9v	διαμεσολαβητες υγείας	100.980,00 €
3	ΤΕΠ-50	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΠΕΛΟΠ	9v	διαμεσολαβητες υγείας	33.660,00 €
3	ΤΕΠ-51	φορεις ΥΥ	ΚΡΗΤΗ	9v	Δράσεις ΠΦΥ	4.393.000,00 €

3	ΤΕΠ-52	φορείς ΥΥ	ΑΜΘ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	24.505.000,00 €
3	ΤΕΠ-53	φορείς ΥΥ	ΚΜ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	21.333.333,00 €
3	ΤΕΠ-54	φορείς ΥΥ	Δυτ Μακεδ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	13.000.000,00 €
3	ΤΕΠ-55	φορείς ΥΥ	ΗΠΕΙΡ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	6.448.888,00 €
3	ΤΕΠ-56	φορείς ΥΥ	ΙΟΝΙΑ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	15.790.000,00 €
3	ΤΕΠ-57	φορείς ΥΥ	ΔΥΤ ΕΛΛΑΔΑ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	8.888.890,00 €
3	ΤΕΠ-58	φορείς ΥΥ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	5.555.556,00 €
3	ΤΕΠ-59	φορείς ΥΥ	ΣΤΕΡΕΑ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	6.559.756,00 €

3	ΤΕΠ-60	φορείς ΥΥ	ΑΤΤΙΚΗ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	19.963.232,50 €
3	ΤΕΠ-61	φορείς ΥΥ	ΠΕΛΟΠ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	2.500.000,00 €
3	ΤΕΠ-62	φορείς ΥΥ	Β ΑΙΓΑΙΟ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	12.500.000,00 €
3	ΤΕΠ-63	φορείς ΥΥ	Ν ΑΙΓΑΙΟ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	8.000.000,00 €
3	ΤΕΠ-64	φορείς ΥΥ	ΚΡΗΤΗ	91	ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΤΙΡΙΑΚΑ	13.500.000,00 €
3	ΤΕΠ-65	ΚΟΙΣΠΕ	ΑΜΘ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-66	ΚΟΙΣΠΕ	ΚΜ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-67	ΚΟΙΣΠΕ	Δυτ Μακεδ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-68	ΚΟΙΣΠΕ	ΗΠΕΙΡ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-69	ΚΟΙΣΠΕ	ΙΟΝΙΑ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.400.000,00 €

3	ΤΕΠ-70	ΚΟΙΣΠΕ	ΔΥΤ ΕΛΛΑΔΑ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.650.000,00 €
3	ΤΕΠ-71	ΚΟΙΣΠΕ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-72	ΚΟΙΣΠΕ	ΣΤΕΡΕΑ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.500.000,00 €
3	ΤΕΠ-73	ΚΟΙΣΠΕ	ΑΤΤΙΚΗ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	2.400.000,00 €
3	ΤΕΠ-74	ΚΟΙΣΠΕ	ΠΕΛΟΠ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-75	ΚΟΙΣΠΕ	Β ΑΙΓΑΙΟ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-76	ΚΟΙΣΠΕ	Ν ΑΙΓΑΙΟ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	1.100.000,00 €
3	ΤΕΠ-77	ΚΟΙΣΠΕ	ΚΡΗΤΗ	8α	ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΣΠΕ	2.200.000,00 €
3	ΤΕΠ-78	ΚΟΙΣΠΕ/ΣΧΕΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΑΝΑΔ		Υπηρεσίες πληροφόρησης & συμβουλευτικής προς εργαζομένους & επιχειρήσεις Ανάπτυξη και λειτουργία Μηχανισμού για την αποτελεσματική παρακολούθηση και εφαρμογή των πολιτικών κοινωνικής ένταξης, προστασίας	2.000.000,00 €
3	ΤΕΠ-79	ΚΟΙΣΠΕ/ΣΧΕΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΑΝΑΔ			750.000,00 €

3	ΤΕΠ-80	ΚΟΙΣΠΕ/ΣΧΕΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΑΝΑΔ		Ενίσχυση για την έναρξη δραστηριότητας και τη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων, μέσω επιχορηγήσεων ή/και με την αξιοποίηση	2.000.000,00 €
3	ΤΕΠ-81	ΚΟΙΣΠΕ/ΣΧΕΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΑΝΑΔ		Επιχειρησιακών Σχεδίων	10.000.000,00 €
1	ΤΕΠ-82	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 1η ΥΠΕ ΕΣΔΥ Ινστιτούτο Παστέρ ΚΕΕΛΝΠΟ Νοσοκομεία Κτηνιατρικά Εργαστήρια ΕΦΕΤ	ΔΜ	1,2,3	Λειτουργία & Ανάπτυξη Κέντρου Διάγνωσης Ιατρικής της Εργασίας	850.000,00 €
1	ΤΕΠ-83	Κτηνιατρική Σχολή ΑΠΘ Ινστιτούτο Κτηνιατρικών Ερευνών Θεσσαλονίκης (ΕΘ.Ι.ΑΓ.Ε.) Οργανισμοί Ύδρευσης / αποχέτευσης ΕΣΔΥ	ΔΜ	1,2,3	Εφαρμογή της Στρατηγικής της Ενιαίας Υγείας (One Health) στην αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής	1.000.000,00 €
1	ΤΕΠ-84	ΕΣΔΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ Ινστιτούτο Παστέρ ΚΕΔΥ / ΠΕΔΥ	ΔΜ	1,2,3	Εφαρμογές Μοριακής Βιολογίας στην επιδημιολογική Επιτήρηση των λοιμωδών	1.000.000,00 €

**νοσημάτων**

<b>1</b>	<b>ΤΕΠ-85</b>	<b>ηδिका</b>	<b>ΔΜ</b>	<b>4, 5,6</b>	<b>Ενιαίο πληροφοριακό σύστημα για την στήριξη των επιχειρησιακών λειτουργιών Μ.Υ του ΕΣΥ</b>	<b>14.200.000,00 €</b>
<b>1</b>	<b>ΤΕΠ-86</b>	<b>ηδिका</b>	<b>ΔΜ</b>	<b>4, 5,6</b>	<b>Ολοκληρωμένη Πληροφοριακή Υποστήριξη Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας</b>	<b>2.600.000,00 €</b>
<b>3</b>	<b>ΤΕΠ-87</b>	<b>υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου</b>	<b>ΑΜΘ</b>	<b>9ι</b>	<b>διαμεσολαβητες υγείας</b>	<b>67.320,00 €</b>
<b>3</b>	<b>ΤΕΠ-88</b>	<b>υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου</b>	<b>ΚΜ</b>	<b>9ι</b>	<b>διαμεσολαβητες υγείας</b>	<b>2.423.520,00 €</b>
<b>3</b>	<b>ΤΕΠ-89</b>	<b>υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου</b>	<b>Δυτ Μακεδ</b>	<b>9ι</b>	<b>διαμεσολαβητες υγείας</b>	<b>33.600,00 €</b>

3	ΤΕΠ-90	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΗΠΕΙΡ	9ι	διαμεσολαβητες υγείας	235.620,00 €
3	ΤΕΠ-91	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΙΟΝΙΑ	9ι	διαμεσολαβητες υγείας	33.660,00 €
3	ΤΕΠ-92	υπουργείο υγείας ΑΕΜΥ φορείς υπουργείου	ΔΥΤ ΕΛΛΑΔΑ	9ι	διαμεσολαβητες υγείας	33.660,00 €
1	ΤΕΠ-93	ΕΟΜ	ΔΜ	1,2,3	«Ανάπτυξη συστήματος διαχείρισης ποιότητας και ασφάλειας, συστήματος αδειοδότησης και ελέγχου μονάδων υγείας και ενιαίου πλαισίου διαχείρισης σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων, στον τομέα της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, ιστών και κυττάρων »	1.094.000,00 €



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Προυπολογισμός ανά επιχειρησιακό η περιφερειακό επιχειρησιακό πρόγραμμα**

		<b>Προϋπολογισμός</b>
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ</b>	<b>ΕΤΠΑ</b>	<b>158.544.655 €</b>
	<b>ΕΚΤ</b>	<b>234.709.691 €</b>
<b>ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ</b>	<b>ΕΤΠΑ</b>	<b>39.423.581 €</b>
	<b>ΕΚΤ</b>	<b>60.575.517 €</b>