



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: «Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, όπως αυτές διαμορφώθηκαν από την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2009 έως σήμερα»

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΣΤ. ΜΕΤΕΒΕΛΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ Π. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ

Καλαμάτα, Φεβρουάριος 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1	Εννοιολογική οριοθέτηση της υγείας, της πολιτικής υγείας, του συστήματος υγείας και της μεταρρύθμισης στην υγεία	4
1.2	Μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας και παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία της	5
1.3	Περί υγείας και άσκησης πολιτικής στην υγεία με «όρους οικονομίας»	9
1.4	Πολιτικές υγείας σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου.....	11
1.4.1	Πολιτική υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο	11
1.4.2	Πολιτική υγείας στον Καναδά	14
1.4.3	Πολιτική υγείας στις Η.Π.Α.....	17
1.4.4	Συγκριτικά συμπεράσματα σε σχέση με την Ελλάδα	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΓΕΙΑ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1	Ιστορική αναδρομή στις συνθήκες της ευρωπαϊκής ένωσης για την δημόσια υγεία.....	20
2.1.1	Η Συνθήκη του Μάαστριχτ για τη δημόσια υγεία	20
2.1.2	Η Συνθήκη του Άμστερνταμ για τη δημόσια υγεία	21
2.1.3	Η Συνθήκη της Νίκαιας για τη δημόσια υγεία.....	21
2.2	Η πολιτική της «Υγείας του Έθνους» στην Μεγάλη Βρετανία	21
2.3	Η εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	23
2.3.1	Η ιατρική περίθαλψη από το 1833 μέχρι τη δεκαετία του 1960.....	24
2.3.2	Δεκαετία 1970: η πρώτη απόπειρα για μεταρρύθμιση στην υγεία	25

2.3.3 Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/1983).....	26
2.3.4 Μεταρρυθμίσεις και πολιτικές υγείας από το 1990 έως το 2009	30
2.3.5 Συμπερασματικές διαπιστώσεις.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (2009 – 2019)

3.1 Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.....	37
3.2 Οι δομικές αδυναμίες του Ε.Σ.Υ.....	37
3.3 Οι διαρθρωτικές παρεμβάσεις στο Ε.Σ.Υ. όπως αυτές προωθήθηκαν στο πλαίσιο του μνημονίου.....	40
3.4 Οι Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας (2009-2019).....	41
3.4.1 Ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Ν.3918/2011).....	42
3.4.1.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει.....	44
3.4.1.2 Διακηρυγμένοι στόχοι.....	46
3.4.1.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις	47
3.4.2 Ίδρυση του Π.Ε.Δ.Υ. (Ν.4238/2014).....	51
3.4.2.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει.....	52
3.4.2.2 Διακηρυγμένοι στόχοι.....	55
3.4.2.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις	56
3.4.3 Ρυθμίσεις για τους ανασφάλιστους πολίτες (Κ.Υ.Α. 48985/2014 και 56342/2014).....	60
3.4.4 Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Ν.4368/2016).....	62
3.4.4.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει.....	63
3.4.4.2 Διακηρυγμένοι στόχοι.....	64
3.4.4.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις	65
3.4.5 Μεταρρύθμιση Π.Φ.Υ. (Ν.4486/2017).....	66
3.4.5.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει.....	68
3.4.5.2 Διακηρυγμένοι στόχοι.....	69

3.4.5.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις	73
3.4.6 Σύσταση του Ε.Ο.Δ.Υ. (Ν.4633/2019)	75
3.4.6.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει.....	76
3.4.6.2 Διακηρυγμένοι στόχοι.....	77
3.4.6.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

4.1 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας.....	80
4.2 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων.....	82
4.2.1 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων ως προς την χρηματοδότηση και τους μηχανισμούς αποζημίωσης των παροχών	84
4.2.2 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων ως προς την ασφαλιστική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας	90
4.2.3 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας.....	93
4.2.4 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων σε σχέση με τις συνέπειές που είχαν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού	100
4.2.5 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων σε σχέση με τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.....	104
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	108
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	111

*Στη μνήμη του πατέρα μου
Σταύρου*

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

CCGs: Clinical Commissioning Groups

DRGs: Diagnosis Related Groups

e-RDV: electronic rendez-vous

I.H.M.E.: Institute for Health Metrics and Evaluation

MIT: Massachusetts Institute of Technology

N.H.S.: National Health System

P4P: Pay for Performance

PCP: Primary Care Provider

QOF: Quality and Outcomes Framework

Α.Δ.Ε.Δ.Υ.: Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων

Α.Ε.: Ανώνυμη Εταιρεία

Α.Ε.Π.: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Α.Η.Φ.Υ.: Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Α.Μ.Ε.Α.: Άτομα με Ειδικές Ανάγκες

Α.Μ.Κ.Α.: Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης

ΑΝ.ΕΛ.: Ανεξάρτητοι Έλληνες

Δ.Ν.Τ.: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Δ.Σ.: Διοικητικό Συμβούλιο

Δ.Υ.ΠΕ.: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας

ΔΗ.ΣΥ.: Δημοκρατική Συμπαράταξη

ΔΗΜ.ΑΡ.: Δημοκρατική Αριστερά

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Ε.Κ.Ε.: Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος

Ε.Κ.ΕΠ.Υ.: Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

Ε.Κ.Π.Υ.: Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας

Ε.Κ.Τ.: Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα

Ε.Ν.Ι.Α.Π.: Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Αθηνών και Πειραιώς

Ε.Ο.Δ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

Ε.Ο.Κ.: Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ε.Π.Ι.: Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία

Ε.Ρ.Α.: Ενιαία Ριζοσπαστική Αριστερά
Ε.Σ.Π.Α.: Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΛ.ΑΣ.: Ελληνική Αστυνομία
ΕΛ.ΣΤΑΤ.: Ελληνική Στατιστική Αρχή
Η.ΔΙ.Κ.Α.: Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ι.Κ.Α.: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης
Μισθωτών
Ι.Σ.Α.: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
Κ.Ε.Ν.: Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
Κ.Ε.Π.Ε.: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
Κ.Κ.Ε.: Κομμουνιστικό Κόμμα Ελλάδος
Κ.Υ.Α.: Κοινή Υπουργική Απόφαση
Κ.Υ.Π.Α.: Κάρτα Υγειονομική Περίθαλψης Ασφαλισμένων
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕ.Σ.Υ.: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.: Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών
ΚΙΝ.ΑΛ.: Κίνημα Αλλαγής
ΛΑ.Ο.Σ.: Λαϊκός Ορθόδοξος Συναγερμός
Μ.Κ.Ο.: Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΜΗ.ΣΥ.-ΦΑ.: Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα
Ν.: Νόμος
Ν.Δ.: Νέα Δημοκρατία
Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Α.Ε.Ε.: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α.: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.: Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος
Ο.Ο.Σ.Α.: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ο.Π.Α.Δ.: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ο.Τ.Α.: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ε.Δ.Υ.: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

Π.Ι.: Περιφερειακά Ιατρεία
Π.Ι.Σ.: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
Π.Ο.Ε.-Ο.Τ.Α.: Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ο.Σ.Κ.Ε.: Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Κλινικοεργαστηριακών Ειδικοτήτων
Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Π.Ι.: Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΑ.ΣΟ.Κ.: Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα
Σ.Οδ.Υ.Π.: Συντονιστής Οδοντίατρου Υγειονομικών Περιφερειών
ΣΥ.ΡΙΖ.Α.: Συνασπισμός Ριζοσπαστικής Αριστεράς
Τ.Ι.: Τοπικά Ιατρεία
Τ.Π.Ε.: Τεχνολογία Πληροφορίας και Επικοινωνιών
Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.: Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
Το.Μ.Υ.: Τοπική Μονάδα Υγείας
Το.Π.Φ.Υ.: Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Υ.ΠΕ.: Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.: Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης
Φ.Κ.Α.: Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης
Φ.Σ.Α.: Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής
Χ.Α.: Χρυσή Αυγή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σωτηρόπουλο Π. Δημήτρη για τη σωστή καθοδήγησή του, την αμέριστη συμπαράστασή του και την εποικοδομητική συνεργασία που αναπτύχθηκε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υπόθεση του εθνικού συστήματος υγείας, αποτελεί αναμφίβολα ένα πεδίο δημόσιων συζητήσεων που κατέχει υψηλή προτεραιότητα στις προτιμήσεις των πολιτών και του πολιτικού συστήματος. Οι προσπάθειες για τη συγκρότηση ενός ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας πέρασε από διάφορα στάδια, αλλά από τη μεταπολίτευση και μετά εντατικοποιήθηκαν οι πρωτοβουλίες για την εγκαθίδρυσή του από το πολιτικό σύστημα της χώρας.

Η παρούσα εργασία θα επιχειρήσει να αποτιμήσει τις μεταρρυθμιστικές, νομοθετικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2009 έως σήμερα. Δεδομένων των ασφυκτικών δημοσιονομικών πλαισίων και των προβλημάτων του εθνικού συστήματος υγείας που προϋπήρχαν της οικονομικής κρίσης, η αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στην υγεία θα επιχειρήσει να καλύψει τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Πώς επηρέασαν την χρηματοδότηση και τους μηχανισμούς αποζημίωσης των παροχών;
2. Πώς επηρέασαν την ασφαλιστική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας;
3. Πώς επηρέασαν την παροχή υπηρεσιών υγείας;
4. Τι συνέπειες είχαν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού;
5. Τι δυνατότητες είχαν οι πολίτες στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας;

Το τελικό συμπέρασμα είναι ότι αν και οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία ήταν προς τη σωστή κατεύθυνση ως προς την επίλυση των λειτουργικών, οργανωτικών και χρηματοδοτικών αδυναμιών του συστήματος υγείας, οι οποίες προϋπήρχαν της οικονομικής κρίσης του 2009, ωστόσο η κατεύθυνση των αλλαγών είναι που τίθενται προς αμφισβήτηση, διότι δεν επικεντρώθηκαν στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και στις ανάγκες υγείας των πολιτών.

Λέξεις-κλειδιά: υγεία, μεταρρύθμιση, αποτίμηση, σύστημα υγείας, ΕΣΥ, οικονομική κρίση, ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ, ΥΠε, ανασφάλιστοι, ΠΦΥ, ΤοΜΥ, οικογενειακός γιατρός, γιατροί, φάρμακα, νοσοκομείο, δαπάνη, χρηματοδότηση

SUMMARY

The issue of the national health system is undoubtedly a field of public debate that has a high priority in the preferences of the citizens and the political system. Efforts to establish a unified national health system went through various stages, but since the period of Metapolitefsi, the initiatives for its establishment by the country's political system have been intensified.

This paper will attempt to assess the reform, legislative interventions in the field of health implemented in Greece from the period of the financial crisis of 2009 until today. Given the suffocating budgetary frameworks and problems of the national health system that preceded the economic crisis, the assessment of health reforms will attempt to address the following research questions:

1. How did they affect the financing and the compensation mechanisms?
2. How did they affect the insurance coverage for health services?
3. How did they affect the provision of health services?
4. What were the consequences for the level of health of the population?
5. What opportunities did the citizens have in using the health services?

The bottom line is that while health reforms have been in the right direction in addressing the health system's operational, organizational and financial weaknesses, which preceded the 2009 financial crisis, the direction of change is questionable, because they did not focus on the health care delivery system and the health needs of the citizens.

Keywords: health, reform, assessment, health system, NHS, financial crisis, EOPYY, PEDY, YPE, uninsured, PHC, TOMY, family doctor, doctors, medicines, hospital, expenditure, financing

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση του 2009 ήταν η αιτία να πληγούν αρκετές χώρες και η Ελλάδα δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστη από αυτό το γεγονός. Έτσι το 2010, η Ελλάδα υπό το βάρος των διεθνών οικονομικών εξελίξεων και του υψηλού δημοσιονομικού ελλείμματος υπέγραψε μνημόνιο οικονομικών και χρηματοοικονομικών πολιτικών με τον μηχανισμό οικονομικής στήριξης, στον οποίο συμμετείχαν η Ε.Ε., η Ε.Κ.Τ. και το Δ.Ν.Τ., ως αντάλλαγμα η Ελλάδα έλαβε δάνειο 110 δις ευρώ που ονομάστηκε χρηματοδοτικό πρόγραμμα διάσωσης, με την απαίτηση από πλευράς δανειστών να υλοποιηθούν επείγουσες και ζωτικής σημασίας μεταρρυθμίσεις του δημόσιου τομέα. Ως εκ τούτου, το Ελληνικό σύστημα υγείας δεν θα μπορούσε να αποκλειστεί από την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων, γιατί ούτως ή άλλως αντιμετώπιζε διαρθρωτικά προβλήματα, για τουλάχιστον μια δεκαετία, στην χρηματοδότηση, στην οργάνωση και στην παροχή υπηρεσιών. Οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες ήταν αυτές που συνέβαλαν στην περαιτέρω ένταση αυτών των προβλημάτων.

Η Ελλάδα για πάνω από δέκα χρόνια δεν προχωρούσε σε μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις για την αναδιάρθρωση και ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας, οι μεταρρυθμίσεις προσέκρουαν στη συγκυρία των κομματικών μηχανισμών, στις ελεγχόμενες κομματικά συνδικαλιστικές οργανώσεις, στα μεγάλα οργανωμένα συμφέροντα της ιατρικής ελίτ και των φαρμακευτικών εταιρειών, με αποτέλεσμα να συντηρούνται οι παθογένειες του συστήματος υγείας και οι αλλαγές να αναβάλλονται συνεχώς. Από την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά, η Ελλάδα θα περάσει πλέον σε μια μεγάλη μεταρρυθμιστική δραστηριότητα για την υλοποίηση μεγάλων αλλαγών στο σύστημα υγείας μέσα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, μια εξέλιξη την οποία ενθάρρυνε η χρονική συγκυρία της οικονομικής κρίσης, αφού πλέον οι πολιτικοκοινωνικές συνθήκες είχαν ωριμάσει και θα μπορούσαν να περάσουν από το ελληνικό κοινοβούλιο χωρίς να συναντήσουν ιδιαίτερες αντιστάσεις.

Σε αυτό το πλαίσιο η Ελλάδα προχώρησε στην υλοποίηση μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας, ξεκινώντας με την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και του Π.Ε.Δ.Υ. και στη συνέχεια νομοθέτησε τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη ανασφάλιστων

κοινωνικών ομάδων, τη μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. με την ίδρυση των Το.Μ.Υ. και τέλος επανιδρύθηκε ο Ε.Ο.Δ.Υ. ως Ν.Π.Ι.Δ..

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αποτιμήσει τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας, για το πώς επηρέασαν το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και πώς επηρεάστηκαν οι δυνατότητες των πολιτών στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για την ικανοποίηση των αναγκών τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η θεωρητική προσέγγιση των πολιτικών και μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, ξεκινώντας με την εννοιολογική οριοθέτηση της υγείας, της πολιτικής υγείας, του συστήματος υγείας και της μεταρρύθμισης στην υγεία, συνεχίζει με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία της, έπειτα προσεγγίζει την αξία της υγείας για τον άνθρωπο και την άσκηση πολιτικής για την υγεία με «όρους οικονομίας» και κλείνει με το παράδειγμα των πολιτικών υγείας από χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου και συγκεκριμένα στα συστήματα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, του Καναδά και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, με αναφορά συγκριτικών συμπερασμάτων αυτών των συστημάτων σε σχέση με την Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή του τομέα της υγείας, με μια σύντομη αναφορά στις συνθήκες της Ε.Ε. για την δημόσια υγεία (συνθήκες Μάαστριχτ, Άμστερνταμ και Νίκαιας), στη συνέχεια περιγράφει την πρώτη σοβαρή προσπάθεια για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στην Μεγάλη Βρετανία με την πολιτική της «Υγείας του Έθνους» και κλείνει με την εξέλιξη Ελληνικού συστήματος υγείας από το 1833 μέχρι το 2009, καταγράφοντας τις προσπάθειες για το εγχείρημα του εθνικού συστήματος υγείας.

Το τρίτο κεφάλαιο έχει ως αντικείμενο την καταγραφή των νομοθετικών παρεμβάσεων για τη μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγείας από το 2009 έως το 2019, ξεκινά με τις δομικές αδυναμίες του Ε.Σ.Υ. και τις διαρθρωτικές παρεμβάσεις που προωθήθηκαν στο πλαίσιο του μνημονίου. Στη συνέχεια καταγράφονται οι μεταρρυθμίσεις για την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και του ΠΕΔΥ, οι ρυθμίσεις για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων, η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ και η επανίδρυση του ΕΟΔΥ με αναφορά στην φιλοσοφία των νόμων, στις παθογένειες του συστήματος υγείας που επιδίωκαν να θεραπεύσουν, στους διακηρυγμένους στόχους των μεταρρυθμίσεων και στις αντιδράσεις που υπήρξαν από τα κόμματα και τις συλλογικές οργανώσεις.

Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο επιχειρεί να αποτιμήσει τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις της περιόδου 2009-2019 ως προς: α) την χρηματοδότηση και τους μηχανισμούς αποζημίωσης των παροχών, β) την ασφαλιστική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας, γ) την παροχή υπηρεσιών υγείας, δ) τις συνέπειές που είχαν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και ε) τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Η εργασία τελειώνει με την αποτύπωση των συμπερασμάτων μέσω της αποτίμησης των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας της περιόδου 2009-2019, με την αναγκαιότητά των μεταρρυθμίσεων ως προς την επίλυση των λειτουργικών, οργανωτικών και χρηματοδοτικών αδυναμιών του συστήματος υγείας να μην αμφισβητούνται, αλλά η κατεύθυνση των αλλαγών να αμφισβητείται γιατί δεν επικεντρώθηκαν στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και στις ανάγκες του πληθυσμού, αλλά προσεγγίστηκαν από πολιτικές που επέβαλε ο μηχανισμός οικονομικής στήριξης (Ε.Ε.-Ε.Κ.Τ.-Δ.Ν.Τ.).

Οι πηγές που αξιοποιήθηκαν για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας ήταν η Ελληνική και Ξένη Βιβλιογραφία και Αρθρογραφία, η Ελληνική Νομοθεσία, οι Εισηγητικές Εκθέσεις του Υπουργείου Υγείας, τα Πρακτικά των Συνεδριάσεων της Βουλής των Ελλήνων και πηγές από το ηλεκτρονικό διαδίκτυο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση της υγείας, της πολιτικής υγείας, του συστήματος υγείας και της μεταρρύθμισης στην υγεία

Από το 1946, το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οριοθετεί την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, διανοητικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα για κάθε άνθρωπο είναι η απόλαυση του υψηλότερου επιτεύξιμου επιπέδου υγείας, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης. Η υγεία όλων των λαών είναι θεμελιώδης για την επίτευξη ειρήνης και ασφάλειας και εξαρτάται από την πληρέστερη συνεργασία ατόμων και κρατών (WHO, 1946).

Η πολιτική υγείας είναι μια διαδικασία που ασκείται από τα θεσμικά όργανα, (κυρίως της κυβέρνησης) με την οποία καθορίζονται οι προτεραιότητες και οι παράμετροι δράσεων, ως μια απάντηση στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, στους διαθέσιμους πόρους και στις πολιτικές πιέσεις. Η πολιτική για την υγεία συχνά θεσπίζεται μέσω της νομοθεσίας ή άλλων μορφών λήψης κανόνων που καθορίζουν κανονισμούς και κίνητρα, που επιτρέπουν την παροχή υπηρεσιών υγείας και προγραμμάτων και ταυτόχρονα εξασφαλίζουν την πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες και προγράμματα (WHO, 1998).

Το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο των επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία διαρκώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν και με το περιβάλλον, σκοπός του συστήματος υγείας είναι να πετύχει τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Ένας δεύτερος ορισμός για το σύστημα υγείας, θα μπορούσε να είναι ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται και διοικούνται οι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι του τομέα της υγείας, που μέσω του προγραμματισμού ανάπτυξης των υπηρεσιών θέτει ως στόχο τη μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Χλέτσος, χ.η.).

Τα τελευταία χρόνια ο όρος μεταρρύθμιση ως έννοια εισήχθη στο λεξικό των πολιτικών παραγόντων για την χάραξη πολιτικής στην υγεία. Παρά την ευρεία χρήση αυτής της έννοιας, δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός του τι συνιστά

μεταρρύθμιση στην υγεία (Saltman and Figueras, 1997). Αντίθετα, υπάρχει μια ποικιλομορφία ορισμών που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς από θεσμικούς παράγοντες, συμβούλους και αναλυτές της πολιτικής σε σχέση με το νόημα και το περιεχόμενο του ορισμού μεταρρύθμιση στην υγεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει τη μεταρρύθμιση στην υγεία ως μια κίνηση που αποσκοπεί στην αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνοντας τα εξής στοιχεία: α) διαχωρισμό των ρόλων της χρηματοδότησης και της παροχής και την εισαγωγή μιας όσο το δυνατό διαχειριζόμενης αγοράς, ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χρηματοδότησης, ειδικά με χρέωση χρηστών και ασφάλισης υγείας, αποκέντρωση, περιορισμό του δημόσιου τομέα και ενθάρρυνση ενός μεγαλύτερου ρόλου για τον ιδιωτικό τομέα, ιεράρχηση της χρήσης τεχνικών κόστους-αποδοτικότητας, β) αλλαγή των κανόνων του παιχνιδιού και ισορροπία δυνάμεων στον τομέα της υγείας. (WHO, 2011). Ο A. Cassels (1995), ορίζει τη μεταρρύθμιση στην υγεία ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τις αλλαγές των πολιτικών υγείας και τους θεσμούς μέσω των οποίων εφαρμόζονται. Δεν αρκεί μόνο ο επαναπροσδιορισμός των στόχων πολιτικής. Για την αντιμετώπιση των περιορισμών στον τομέα της υγείας, υπάρχει ανάγκη για θεσμική μεταρρύθμιση με αλλαγές σε υπάρχοντα ιατρικά και νοσηλευτικά ιδρύματα, οργανωτικές δομές και συστήματα διαχείρισης. Έτσι, η μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης ασχολείται με τον καθορισμό προτεραιοτήτων, τη βελτίωση των πολιτικών και του μετασχηματισμού των θεσμών μέσω των οποίων εφαρμόζονται αυτές οι πολιτικές (Cassels, 1995). Σύμφωνα με Saltman και Figueras (1997) η μεταρρύθμιση στην υγεία ορίζεται ως μια διαδικασία η οποία περιλαμβάνει μια διαρκή και εις βάθος θεσμική και διαρθρωτική αλλαγή, υπό την ηγεσία της κυβερνητικής εξουσίας και επιδιώκει την επίτευξη μιας σειράς ρητών πολιτικών στόχων (Saltman and Figueras, 1997).

1.2 Μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας και παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία της

Τα συστήματα υγείας είναι μεγάλα και περίπλοκα συστήματα που υφίστανται συνεχώς αλλαγές. Για να οδηγηθούν προς τη σωστή κατεύθυνση οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, θα πρέπει σε όλες τις χώρες του κόσμου να εξετάζονται ανεξάρτητα από το επίπεδο εισοδήματός τους. Μια μεταρρύθμιση συνεπάγεται μια

διαρκή, σκόπιμη και θεμελιώδη αλλαγή. Ενώ είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια το τι αποτελεί μια πραγματική μεταρρύθμιση στην υγεία, υπάρχει μια ευρεία επικρατούσα άποψη ότι μια μεταρρύθμιση είναι μια διαδικασία αλλαγής που περιλαμβάνει το τι, ποιος και πώς ενεργεί ο τομέας της υγείας. Η μεταρρύθμιση στην υγεία πρέπει να βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση του τομέα της υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας μπορούν να χωριστούν σε εν μέρει και καθολικές μεταρρυθμίσεις. Οι εν μέρει μεταρρυθμίσεις στοχεύουν να αλλάξουν μόνο μία πτυχή του συστήματος, ώστε να αντιμετωπιστεί μια συγκεκριμένη ανησυχία σε μια αναπτυσσόμενη κοινωνία (π.χ. η γήρανση). Οι καθολικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, από την άλλη πλευρά, προσπαθούν να αναδιαμορφώσουν ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Το άθροισμα των εν μέρει μεταρρυθμίσεων σε πολλά στοιχεία του συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε μια καθολική, ολοκληρωμένη μεταρρύθμιση. Οι καθολικές μεταρρυθμίσεις σχεδιάζονται και εφαρμόζονται όταν ένα σύνολο σημαντικών αλλαγών έχουν συμβεί στην κοινωνία, ήτοι δημογραφικές, πολιτικές, ιδεολογικές, κοινωνικές, οικονομικές, τεχνολογικές και πολιτιστικές αλλαγές. Ιστορικά, οι Η.Π.Α. κάθε 25 ή 50 χρόνια, έχουν εφαρμόσει καθολικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας τους ([Marusic et al., 2016](#)).

Σημαντικές συζητήσεις γίνονται σχετικά με την αποτελεσματικότητα μιας γρήγορης και ριζικής μεταρρύθμισης σε σύγκριση με μια πιο σταδιακή προσέγγιση. Η ικανότητα εισαγωγής γρήγορων μεταρρυθμίσεων εξαρτάται κυρίως από το πώς είναι διαμορφωμένη η δομή της διακυβέρνησης και από την πολιτική βούληση, αλλά επηρεάζεται επίσης και από την κατάσταση της οικονομίας ή και από το βαθμό στήριξης από τους βασικούς ενδιαφερόμενους. Οι ριζοσπαστικές αλλαγές που βασίζονται στην ιδεολογία, μπορεί μακροπρόθεσμα να μην έχουν πολιτική και τεχνική βιωσιμότητα. Μια σταδιακή προσέγγιση μπορεί μακροπρόθεσμα να οδηγήσει σε πιο κοινωνικά βιώσιμες πολιτικές, ειδικά σε ένα πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον που είναι λιγότερο σταθερό ([Marusic et al., 2016](#)).

Η καλύτερη προσέγγιση εξαρτάται από τις ειδικές περιστάσεις που επικρατούν στην χώρα, παρόλα αυτά συνίσταται η ενσωμάτωση της ευελιξίας στη διαδικασία εφαρμογής, όπως για παράδειγμα ένας συνδυασμός προσέγγισης για την έγκριση της νομοθεσίας και τη σταθερή της εφαρμογή στους οργανισμούς του υγειονομικού τομέα. Η υγεία έχει την τάση να οργανώνεται προς το καλύτερο, εκεί εστιάζεται το ενδιαφέρον της και γενικά έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στη κοινωνία σε σύγκριση με τους πολιτικούς. Άρα, έχουν τεράστια δύναμη στη

διαδικασία μεταρρύθμισης. Έχει αποδειχθεί, ότι όταν αναγνωρισμένοι ηγέτες αποδέχονται τις αλλαγές, τότε ακολουθούν και οι άλλοι. Η επιτυχία της εφαρμογής θα εξαρτηθεί από τον εντοπισμό των κατάλληλων στρατηγικών που θα βοηθήσουν στην αλλαγή συμπεριφοράς και στην επινόηση κινήτρων για την αλλαγή (Marusic et al., 2016).

Η προϋπόθεση για μια επιτυχημένη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας είναι η γνώση του προσωπικού που θα περιλαμβάνεται στη διαδικασία της μεταρρύθμισης, καθώς και η λεπτομερής ανάλυση που θα επικεντρώνεται στις ιστορικές αλλαγές του συστήματος. Η φάση της προετοιμασίας μπορεί να δημιουργήσει εμπειρία και γνώση ανάλογα με τους ρόλους και τις θέσεις ευθύνης των διαφόρων συμμετεχόντων, κάτι που είναι σημαντικό για τους ηγέτες των μεταρρυθμίσεων. Στοιχεία αποδεικνύουν ότι η διερεύνηση και μελέτη των διακρατικών-διακυβερνητικών πολιτικών μεταρρύθμισης και ο διεθνής διάλογος για την πολιτική μεταρρύθμισης, μπορούν να επιταχύνουν τη διαδικασία της εκμάθησης για την πολιτική των μεταρρυθμίσεων, επιτρέποντας έτσι στις κυβερνήσεις να μάθουν η μια από την άλλη, και έτσι να αποφύγουν να επαναλάβουν τα σφάλματα των άλλων, αν και απαιτείται κάποιος βαθμός προσαρμογής. Ενώ όλες οι χώρες είχαν να αντιμετωπίσουν τις ίδιες βασικές προκλήσεις, εντούτοις η κάθε χώρα εκδήλωσε μια διαφορετική αντιμετώπιση λόγω των διαφορετικών θεσμικών και ιστορικών πλαισίων (OECD, 2010).

Η εκλογική εντολή αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο σε σχέση με τις μεταρρυθμίσεις. Δεν αρκεί το να κερδίσει κάποιος τις εκλογές ή να διοικήσει με μια κοινοβουλευτική πλειοψηφία. Μεγάλη σημασία έχει επίσης, εάν η κυβέρνηση έχει υποστηρίξει τη μεταρρύθμιση στους ψηφοφόρους πριν από τις εκλογές. Η κυβερνητική εντολή δεν είναι για απεριόριστα μεγάλο χρονικό διάστημα. Η διαμόρφωση του πλαισίου της μεταρρύθμισης πρέπει να ξεκινήσει από τις πρώτες κιόλας μέρες, οι στόχοι και το περιεχόμενο της μεταρρύθμισης στην υγεία θα πρέπει να αποτελούν τη βάση της προεκλογικής περιόδου. Η περίοδος εντολής από μόνη της είναι απλά μια πολύ σύντομη περίοδος για να δαπανηθεί σε αναλύσεις καταστάσεων και καθορισμού στόχων (OECD, 2010).

Η πολιτική βούληση είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την εφαρμογή της πολιτικής και η σταθερή κυβερνητική δέσμευση για αλλαγές είναι η ουσιαστική πτυχή της επιτυχίας. Οι κύριοι στόχοι θα πρέπει απαραίτητα να ενσωματώνονται στην κυβερνητική πολιτική ατζέντα, να συμφωνούνται και να

υποστηρίζονται πλήρως από το Υπουργείο Οικονομικών. Ένας σημαντικός περιορισμός των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας έχει να κάνει με τη θέση των υπουργείων υγείας, η οποία έχει μια σχετικά χαμηλή θέση στην πολιτική ιεραρχία. Εξάλλου, τα υπουργεία υγείας είναι αδύναμα σε σύγκριση με τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης ή ασφάλισης υγείας. Επίσης, είναι απαραίτητη η ύπαρξη μιας ισχυρής ηγεσίας μεμονωμένων ατόμων που να είναι υπεύθυνα στην χάραξη πολιτικής και η ύπαρξη εκείνων των θεσμικών οργάνων που θα είναι επιφορτισμένα με την πραγματοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Η έλλειψη πολιτικής ηγεσίας και ασαφείς ιδέες γενικών στόχων μπορούν να δημιουργήσουν ένα πολιτικό κενό, στο οποίο μια ποικιλία φορέων, οργανώσεων και ομάδων θα επιδιώξουν να προωθήσουν τις δικές τους μεταρρυθμιστικές ατζέντες, οι οποίες σε μεγαλύτερο βαθμό, ευθυγραμμίζονται με τους δικούς τους στόχους. Η πολλαπλότητα προσεγγίσεων και ατζέντας στη χάραξη πολιτικής μπορεί να οδηγήσει σε αδράνεια λόγω της αυξημένης ισχύος μερικών συμφερόντων συγκεκριμένων ομάδων ενδιαφερομένων, όπως ασφαλιστικές εταιρείες ή ομάδων ασφαλισμένων ή παρόχων (Marusic et al., 2016).

Η σαφής ανακοίνωση των μακροπρόθεσμων στόχων μιας μεταρρύθμισης είναι ιδιαίτερα σημαντική σε μια κρίση. Όταν πραγματοποιούνται μεταρρυθμίσεις ως απάντηση σε εξωγενείς κλονισμούς, τότε συχνά θα υπάρχει έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τους στόχους των μεταρρυθμίσεων. Μια τεκμηριωμένη και αναλυτικά ορθή θέση για μεταρρύθμιση χρησιμεύει τόσο για τη βελτίωση της ποιότητας της πολιτικής όσο και για την ενίσχυση της προοπτικής για υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων (OECD, 2010).

Ένα καλό σύστημα πληροφοριών και τεχνικών δεξιοτήτων, μαζί με τις διαχειριστικές δεξιότητες, ο ρόλος των δημοσίων σχέσεων και των μέσων ενημέρωσης, έχουν αποδειχθεί σε σημαντικό βαθμό ότι εγγυώνται την πρόοδο των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας. Ειδικότερα, οι μεταρρυθμίσεις της υγείας τείνουν να είναι δαπανηρές, ακόμη και αν αναμένεται μακροπρόθεσμος περιορισμός του κόστους, βραχυπρόθεσμα όμως και συχνά θα είναι μία δαπανηρή επιβάρυνση. Οι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικής πρέπει να είναι έτοιμοι να επενδύσουν επιπλέον πόρους για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Περισσότερα δεδομένα και καλύτερες αναλύσεις, συμπεριλαμβάνοντας και τις διεθνείς συγκρίσεις, συχνά βοηθούν, αν και πολλά εξαρτώνται από τη συναίνεση σχετικά με την αξία και το νόημα αυτών των στοιχείων. Παρά τις όλες συζητήσεις και τις εμπειρίες, είναι

αδύνατο να προσδιοριστεί με σαφήνεια η καλύτερη προσέγγιση για τη μεταρρύθμιση στην υγεία και αυτό εξαιτίας της διαφορετικής διαμόρφωσης που υπάρχει στη δομή της διακυβέρνησης, στην πολιτική βούληση και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας (Marusic et al., 2016).

1.3 Περί υγείας και άσκησης πολιτικής στην υγεία με «όρους οικονομίας»

Η υγεία είναι μια κατάσταση όπου οι περισσότεροι άνθρωποι της αποδίδουν μεγάλη αξία στην κατάκτηση και διατήρησή της. Αν και είναι προφανές αξίζει να αναφερθεί πρώτα. Βέβαια υπάρχουν και μερικοί άνθρωποι που δεν έχουν την υγεία ως πρωταρχικό μέλημα, αλλά η προτίμηση που εκφράζει η πρόταση: «η υγεία πάνω από όλα» είναι κυρίαρχη για όλους τους ανθρώπους. Η αξία της γίνεται ακόμα μεγαλύτερη όταν εμφανιστούν προβλήματα υγείας, όταν ένα άτομο ή ένα αγαπημένο του πρόσωπο ασθενήσει, όταν ο πόνος της ασθένειας οξυνθεί, όταν η ασθένεια εμποδίζει την εργασία ή όταν φέρνει τον φόβο του θανάτου (Kornai et al., 2003).

Κάθε συγκριτική αξιολόγηση της ικανοποίησης ή της χρησιμότητας των προσφερόμενων αγαθών και υπηρεσιών είναι γεμάτη δυσκολίες. Στην περίπτωση της υγείας, είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εφαρμοστεί ο παραδοσιακός και ευρέως αποδεκτός υπολογισμός της οικονομικής αξίας ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας που αξίζει τόσο... όσο ένας καταναλωτής είναι πρόθυμος να πληρώσει γι' αυτό. Αν και τα δικαστήρια ή οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι σε θέση να ορίζουν μια χρηματική αποζημίωση, για την απώλεια μιας ανθρώπινης ζωής (π.χ. θανατηφόρο δυστύχημα), στην οικογένεια του θύματος ή αποζημίωση για ένα εργατικό ατύχημα κλπ., ωστόσο κανένας δεν μπορεί να πει πραγματικά πόσο αξίζει μια ανθρώπινη ζωή (Viscusi, 1992).

Αρκετοί τομείς της οικονομικής δραστηριότητας μπορούν να επηρεάσουν τη δημόσια υγεία, όπως για παράδειγμα η περιβαλλοντική ρύπανση ή τα βιομηχανικά ατυχήματα ή τα πυρηνικά ατυχήματα, όπως ήταν η έκρηξη του κρατήρα του Τσερνομπίλ το 1986 όπου η διαρροή της ραδιενέργειας ήταν η αιτία να μολυνθεί το περιβάλλον και να προκαλέσει σοβαρές ασθένειες στην ανθρωπότητα (Kornai et al., 2003 · Θερμόπουλος, 2019).

Όταν η άσκηση της πολιτικής στην υγεία γίνεται καθαρά μόνο με όρους οικονομίας, τότε το κέρδος είναι αυτό που θα υπερτερεί έναντι της υγείας των ανθρώπων. Το γεγονός ότι οι ασθενείς πληρώνουν περισσότερα και λαμβάνουν

λιγότερα είναι η λεγόμενη εξοικονόμηση κόστους μιας οικονομικής μεταρρύθμισης. Στο όνομα του ανταγωνισμού, η οικονομική ανάπτυξη επιδιώκεται μέσω της εξάλειψης των μη κερδοφόρων υπηρεσιών και μέσω της αύξησης του κόστους στους ασθενείς. Η υγειονομική περίθαλψη, αν το δούμε αποκλειστικά με όρους οικονομίας, είναι απλά μια διαδικασία παραγωγής κεφαλαίου και οι άνθρωποι είναι μια «πρώτη ύλη που καταναλώνεται» για το κέρδος. Στην Αμερική για παράδειγμα, 43 εκατομμύρια άνθρωποι που είναι ήδη άρρωστοι, οι φτωχοί, οι άνθρωποι που ανήκουν στην ερυθρόδερμη φυλή, οι ανασφάλιστοι και οι ανήλικοι αποκλείονται από το σύστημα, επειδή δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο οικονομικό κόστος. Η απώλεια πρόσβασής τους είναι η εξοικονόμηση κόστους που προέρχεται από την ανεξέλεγκτη οικονομική μεταρρυθμιστική πολιτική (Sowada, 2003).

Το μεγαλύτερο πρόβλημα αυτής της πολιτικής είναι η ποιότητα. Πολλοί εργαζόμενοι στην υγεία εκφράζουν συναισθήματα απογοήτευσης και άγχους. Πολλές φορές ο εξουθενωτικός ρυθμός της εργασίας τους δεν αφήνει πολύ χρόνο για ξεκούραση. Ενώ, τα αυξανόμενα ιατρικά λάθη είναι πολύ σοβαρά: όπως για παράδειγμα η πιθανότητα σε ένα χειρουργείο να γίνει ακρωτηριασμός σε λάθος πόδι, ασθενείς λόγω λαθών να αποσυνδέονται από τους αναπνευστήρες, να χορηγούνται λανθασμένα φάρμακα κτλ. Στον έντονο ανταγωνισμό, η φροντίδα στην υγεία δεν είναι πλήρης και δεν αποτελεί προτεραιότητα. Ωστόσο, η αγορά κάνει και έκανε αυτό που έχει σχεδιαστεί να κάνει, ήτοι να παρέχει μια απεριόριστη οικονομική ανάπτυξη (Sowada, 2003).

Μία άλλη παράμετρος αυτής της πολιτικής έχει να κάνει με τη σκοπιμότητα των μετρήσεων. Η ανάλυση κόστους-απόδοσης είναι μια μέθοδος που σχεδιάστηκε από οικονομολόγους για να βοηθήσει τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων να διανέμουν τους περιορισμένους πόρους σε τομείς υγειονομικής περίθαλψης κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αποδίδονται τα μεγαλύτερα οφέλη. Ένα βασικό στοιχείο της ανάλυσης κόστους- απόδοσης είναι η χρήση δεδομένων για την ποιότητα ζωής των ασθενών και πως συγκρίνονται στα χρόνια της ζωής τους που πέρασαν σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας, σε σχέση με τα χρόνια που πέρασαν με πλήρη υγεία. Ο Erik Nord στο επιστημονικό του έργο «Cost-Value Analysis in Health Care Making Sense out of QALYs» αμφισβητεί τη σκοπιμότητα της μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με αριθμητικούς όρους, όπως προϋποθέτει η ανάλυση κόστους- απόδοσης. Παρουσιάζει μια εναλλακτική προσέγγιση, η οποία ονομάζεται ανάλυση κόστους-αξίας, στην οποία αντιπροσωπευτικά δείγματα του ευρύτερου

κοινού, εκφράζουν προτιμήσεις, μεταξύ των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης που διαφέρουν σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που αποτελούν στόχο, το πόσο άρρωστοι είναι και πόσο θα ωφεληθούν από τη θεραπεία (Nord, 1999).

1.4 Πολιτικές υγείας σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου

Σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο, η ιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται και οργανώνεται σε εκτενές επίπεδο. Στις περισσότερες χώρες, η ιατρική περίθαλψη έχει επικρατήσει να χρηματοδοτείται ή να παρέχεται (ή και τα δύο) από το δημόσιο τομέα. Σε άλλες χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, οι περισσότεροι άνθρωποι πληρώνουν και λαμβάνουν τη φροντίδα τους μέσω των ιδιωτικών φορέων.

1.4.1 Πολιτική υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το N.H.S. στο Ηνωμένο Βασίλειο, ξεκίνησε το 1948. Η πλειονότητα της χρηματοδότησης του N.H.S. προέρχεται από φόρους. Το Ηνωμένο Βασίλειο διαχωρίζει εντελώς την ιατροφαρμακευτική ασφάλιση από την απασχόληση και δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ κοινωνικής ασφάλισης και χρηματοδότησης της κρατικής αρωγής. Επίσης, επιτρέπει σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες να πωλούν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, για υπηρεσίες που καλύπτονται επίσης από το N.H.S.. Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή περίθαλψης σε ιδιωτικά νοσοκομεία και επιτρέπει στους ασθενείς να «προσπεράσουν» τη σειρά που υπάρχει για ορισμένες υπηρεσίες του N.H.S. και να λάβουν ταχεία θεραπεία σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις. Τα άτομα με ιδιωτική ασφάλιση πληρώνουν επίσης φόρους για την υποστήριξη του N.H.S. (Bodenheimer et al., 2020).

Πριν από το N.H.S., οι περισσότερες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης παρέχονταν μέσω του γενικού γιατρού. Το N.H.S. διατήρησε αυτήν την παράδοση και επισημοποίησε ένα σύστημα του μεσάζοντα με το οποίο οι ειδικότητες και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες (εκτός από τα επείγοντα περιστατικά) είναι διαθέσιμες μόνο με παραπομπή από τον γενικό γιατρό. Κάθε άτομο στο Ηνωμένο Βασίλειο που θέλει να χρησιμοποιήσει το N.H.S. πρέπει να εγγραφεί στη λίστα ενός γενικού γιατρού. Υπάρχει ελεύθερη επιλογή γενικού γιατρού (εκτός εάν η λίστα

ασθενών του γιατρού είναι πλήρης) και οι ασφαλισμένοι μπορούν να αλλάξουν από τη λίστα ενός γενικού γιατρού σε έναν άλλο (Bodenheimer et al., 2020).

Ενώ η δημιουργία του N.H.S. το 1948 άφησε ουσιαστικά την πρωτοβάθμια περίθαλψη αμετάβλητη, ωστόσο επέφερε επανάσταση στο νοσοκομειακό τομέα του Ηνωμένου Βασιλείου. Όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα νοσοκομεία ήταν κυρίως ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί ή διευθύνονταν από την τοπική αυτοδιοίκηση. Τα περισσότερα από αυτά τα νοσοκομεία κρατικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν στις διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Επειδή με το N.H.S., ενοποιήθηκαν τα νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου υπό την εθνική κυβέρνηση, έκανε δυνατή τη θέσπιση ενός πραγματικού περιφερειακού σχεδίου (Bodenheimer et al., 2020).

Η ακολουθούμενη διαδρομή του ασθενή, σε ένα περιφερειακό σύστημα: συνηθίζεται να πηγαίνει από το γενικό γιατρό (πρωτοβάθμια περίθαλψη για σύνθετες ασθένειες) στο τοπικό νοσοκομείο (δευτεροβάθμια περίθαλψη για πιο σοβαρές ασθένειες) σε περιφερειακό ή εθνικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο (τριτοβάθμια περίθαλψη για σύνθετες ασθένειες). Παραδοσιακά, οι περισσότεροι ειδικευμένοι είχαν το ιατρείο στα νοσοκομεία. Όπως συμβαίνει και στη Γερμανία, οι γενικοί γιατροί δεν παρέχουν φροντίδα στα νοσοκομεία, αλλά συνεργάζονται στενά με τους φορείς κοινωνικής υπηρεσίας της κοινότητας και παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης στο σπίτι, πρόκειται για μια τάση που έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Bodenheimer et al., 2020).

Από τις αρχές του 20ού αιώνα, η κύρια μέθοδος πληρωμής των γενικών γιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο, ήταν η αμοιβή. Αυτός ο τρόπος πληρωμής δεν άλλαξε όταν το N.H.S. ανέλαβε το 1948. Το N.H.S. πρόσθεσε κάποιες πληρωμές αμοιβών για υπηρεσία ως ενθάρρυνση για την παροχή συγκεκριμένων προληπτικών υπηρεσιών και επισκέψεων στο σπίτι κατά τη διάρκεια της νύχτας και του Σαββατοκύριακου (Bodenheimer et al., 2020).

Οι ιατρικοί σύμβουλοι (ειδικευμένοι) είναι μισθωτοί υπάλληλοι του N.H.S., αν και ορισμένοι ιατρικοί σύμβουλοι επιτρέπεται να βλέπουν τους ιδιωτικά ασφαλισμένους ασθενείς, τους οποίους αντίστοιχα χρεώνουν για την ιατρική υπηρεσία που τους προσφέρουν (Bodenheimer et al., 2020).

Το 2004, ξεκίνησε ένας σημαντικός νέος τρόπος πληρωμής για τους γενικούς γιατρούς: pay for performance (P4P) (αμοιβή προς απόδοση), γνωστός στο Ηνωμένο Βασίλειο ως το Quality and Outcomes Framework (QOF) (Πλαίσιο Ποιότητας και

Αποτελεσμάτων). Η διοίκηση του N.H.S. διαπραγματεύτηκε το πρόγραμμα με τη Ένωση Βρετανών Ιατρών, η επιτυχία των διαπραγματεύσεων οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην πολιτική της κυβέρνησης να αυξήσει τις αμοιβές των γιατρών, των οποίων το μέσο εισόδημα αυξήθηκε κατά 60% από το 2002 έως το 2007, με το εισόδημα των γενικών γιατρών να πλησιάζει τα επίπεδα των ειδικευμένων του νοσοκομείου (Doran et al., 2010).

Το N.H.S. και η Ένωση Βρετανών Ιατρών, συμφώνησαν στη σχεδίαση δεκάδων κλινικών δεικτών που μετρούν την ποιότητα των προληπτικών ελέγχων σε συνηθισμένες χρόνιες ασθένειες, όπως η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, ο διαβήτης και το άσθμα. Επιπλέον, μετρώνται οι πρακτικές των ιατρών στην οργάνωση και περιλαμβάνει μέτρα όπως η διαχείριση ιατρικών αρχείων, η δυνατότητα των ασθενών στην τηλεφωνική πρόσβαση, η μηχανοργάνωση, η ασφαλής διαχείριση των φαρμάκων και την εμπειρία του ασθενή, όπως μετράται σε δημοσκοπήσεις μεταξύ ασθενών. Για τις ιατρικές πρακτικές, απονεμήθηκαν πόντοι για τους γενικούς γιατρούς που είχαν καλή απόδοση σε αυτά τα μέτρα, με κάθε πόντο, να αξίζει σε ένα χρηματικό ποσό. Το 2005, οι πρακτικές των γενικών γιατρών που επιτύγχαναν τη μέγιστη ποιότητα, θα μπορούσαν να αυξήσουν τα κέρδη κατά περίπου 77.000 \$ ανά γιατρό, αν και το μέγεθος των πληρωμών που σχετίζονται με την απόδοση έχει έκτοτε μειωθεί (Roland et al., 2014) και μέχρι το 2014 τα εισοδήματα των γενικών γιατρών μειώθηκαν στο επίπεδο πριν από το QOF (Roland et al., 2016). Κατά το πρώτο έτος του προγράμματος, η ποιότητα φάνηκε να βελτιώνεται, κυρίως λόγω της αντιμετώπισης χρόνιων ασθενειών. Η ανάλυση της βελτίωσης της απόδοσης πριν και μετά την εισαγωγή του P4P, έδειξε ότι η απόδοση είχε αυξηθεί πριν από το P4P, αλλά αυτή η ποιότητα αυξήθηκε ελαφρώς ταχύτερα μετά το P4P, για ορισμένες χρόνιες παθήσεις. Το 2014, αφαιρέθηκαν τα οικονομικά κίνητρα από ορισμένους δείκτες ποιότητας, με αποτέλεσμα να μειωθεί η ποιότητα. Η Σκωτία το 2016 προχώρησε στη συνολική κατάργηση του QOF (Minchin et al., 2018).

Από το 1991, η Αγγλία αποκλίνει από το κλασικό μοντέλο N.H.S. (παραμένει με μεγάλο βαθμό σε ισχύ, στη Σκωτία και την Ουαλία) και έχει εφαρμόσει μια σειρά διαρθρωτικών αλλαγών. Κατά την τρέχουσα περίοδο, οι γενικοί γιατροί οφείλουν να ανήκουν σε μία από τις 211 τοπικές «Clinical commissioning groups» (CCGs) ομάδες κλινικών επιτροπών, οι οποίες το 2014, κάλυψαν το μισό περίπου προϋπολογισμό του N.H.S.. Αυτές οι ομάδες, χρησιμοποιούν αυτά τα κονδύλια για πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη φροντίδα για τους ασθενείς τους. Η άλλοτε αυστηρή περιφερειοποίηση

εξειδικευμένων ιατρών και νοσοκομειακών υπηρεσιών έχει αποδυναμωθεί, γιατί οι γενικοί γιατροί και οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής. Τα νοσοκομεία οργανώνονται σε καταπιστεύματα (trusts) που συνάπτουν συμβάσεις με τοπικές ομάδες επιτροπών για την παροχή υπηρεσιών. Οι επικριτές αυτών των μεταρρυθμίσεων αμφισβήτησαν εάν οι αναθεωρημένες δομές στην Αγγλία είναι ανώτερες από την παραδοσιακή δομή στη Σκωτία και την Ουαλία (Bodenheimer et al., 2020).

1.4.2 Πολιτική υγείας στον Καναδά

Το 1947, στην επαρχία του Saskatchewan (Σασκάτσουαν), στη Βόρεια Αμερική, ξεκίνησε η πρώτη δημόσια χρηματοδότηση του προγράμματος για καθολική νοσοκομειακή ασφάλιση. Μετά και άλλες επαρχίες ακολούθησαν το ίδιο. Έτσι το 1957, η Καναδική κυβέρνηση ψήφισε το νόμο περί νοσοκομειακής ασφάλισης, ο οποίος τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή το 1961. Κάλυπτε νοσοκομειακές, αλλά όχι ιατρικές υπηρεσίες. Το 1963, το Saskatchewan πήρε ξανά το προβάδισμα και θέσπισε ένα πρόγραμμα ιατρικής ασφάλισης για ιατρικές υπηρεσίες. Η Καναδική ομοσπονδιακή κυβέρνηση, πέρασε την καθολική ιατρική ασφάλιση το 1966. Ο νόμος περί υγείας του Καναδά του 1984 απαριθμεί τις ευθύνες των ομοσπονδιακών και επαρχιακών κυβερνήσεων, στην παροχή καθολικής υγειονομικής περίθαλψης. Ο Καναδάς διαθέτει ένα φορολογικά χρηματοδοτούμενο, δημόσιο σύστημα υγείας με ενιαίο, μοναδικό πληρωτή. Σε κάθε επαρχία του Καναδά, ο μοναδικός πληρωτής είναι η επαρχιακή κυβέρνηση, η χρηματοδότηση των επαρχιακών προγραμμάτων προέρχονται τόσο από ομοσπονδιακά, όσο και από επαρχιακά φορολογικά έσοδα. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, οι ομοσπονδιακοί φόροι χρηματοδότησαν το 50% των υπηρεσιών υγείας, αλλά το ομοσπονδιακό μερίδιο μειώθηκε έκτοτε και το 2016 αποτελούσε το 24% των δαπανών του επαρχιακού προγράμματος υγείας (Allin et al., 2017). Οι επαρχιακοί φόροι, διαφέρουν σε είδος από επαρχία σε επαρχία και περιλαμβάνουν φόρους εισοδήματος, φόρους μισθοδοσίας και φόρους πωλήσεων. Ορισμένες επαρχίες, για παράδειγμα, η Βρετανική Κολομβία και η Αλμπέρτα, χρεώνουν ένα ασφάλιστρο υγειονομικής περίθαλψης, ουσιαστικά έναν ειδικό φόρο που προορίζεται για την χρηματοδότηση ενός μέρους των προϋπολογισμών υγείας (Bodenheimer et al., 2020).

Ο Καναδάς έχει αποσυνδέσει τη σχέση μεταξύ απασχόλησης και ασφάλισης υγείας. Πλούσιοι ή φτωχοί, μισθωτοί ή άνεργοι, συνταξιούχοι ή νέοι κάτω των 18 ετών, κάθε Καναδός λοιπόν λαμβάνει την ίδια ασφάλιση υγείας. Επίσης, ακόμα και στο ενδεχόμενο που ο Καναδός πολίτης παραιτηθεί, ή αλλάξει, ή απολυθεί από την εργασία του, αυτό δεν θα επηρεάσει καθόλου την ασφάλιση υγείας του. Στον Καναδά, δε γίνεται διάκριση μεταξύ των δύο μηχανισμών δημόσιας χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης (στους οποίους μόνο εκείνοι που συνεισφέρουν λαμβάνουν παροχές) και της δημόσιας αρωγής (στην οποία οι άνθρωποι λαμβάνουν παροχές με βάση την ανάγκη και όχι από τη συνεισφορά τους). Όλοι συνεισφέρουν μέσω του φορολογικού οικοδομήματος και όλοι λαμβάνουν παροχές υγείας (Bodenheimer et al., 2020).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις καναδικές επαρχίες είναι ευρύτατες, καθώς συμπεριλαμβάνονται νοσοκομειακές, ιατρικές και επικουρικές υπηρεσίες, και μάλιστα χωρίς οι ασφαλισμένοι να καταβάλουν συμμετοχή για την πληρωμή αυτών των υπηρεσιών. Τα προγράμματα των επαρχιών πληρώνουν επίσης τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών, αν και το πεδίο κάλυψης των φαρμάκων ποικίλλει μεταξύ των επαρχιών και ορισμένοι ασθενείς πληρώνουν μέρος του κόστους. Επίσης, οι περισσότερες επαρχίες προσφέρουν περιορισμένες παροχές μακροχρόνιας φροντίδας. Το 2016, το 16% των Καναδών ανέφερε προβλήματα πρόσβασης που σχετίζονται με το κόστος (Osborn et al., 2016).

Το Καναδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι το μοναδικό στην απαγόρευση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για κάλυψη υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στα επαρχιακά προγράμματα υγείας. Τα νοσοκομεία και οι γιατροί που λαμβάνουν πληρωμές από τα επαρχιακά προγράμματα υγείας, δεν επιτρέπεται να χρεώνουν ιδιωτικούς ασφαλιστές για τέτοιες υπηρεσίες, αποφεύγοντας έτσι την προνομιακή μεταχείριση των ιδιωτικά ασφαλισμένων ασθενών που συμβαίνει σε πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι Καναδοί μπορούν να αγοράσουν ιδιωτικά συμβόλαια ιατροφαρμακευτικής ασφάλισης όταν υπάρχουν κενά στην επαρχιακή κάλυψη του προγράμματος υγείας, όπως φαρμακευτικές παροχές, φροντίδα στο σπίτι, οπτική και οδοντιατρική περίθαλψη και ιδιωτικά νοσοκομειακά δωμάτια (Bodenheimer et al., 2020).

Το 2015, οι μισοί Καναδοί γιατροί ήταν οικογενειακοί γιατροί. Οι Καναδοί έχουν ελεύθερη επιλογή γιατρού. Κατά κανόνα, οι Καναδοί βλέπουν τον οικογενειακό γιατρό τους για συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα και επισκέπτονται

ειδικούς μόνο μέσω παραπομπής από τον οικογενειακό γιατρό. Οι ειδικοί γιατροί επιτρέπεται να βλέπουν ασθενείς χωρίς παραπομπή, αλλά λαμβάνουν τη υψηλότερη ειδική χρέωση μόνο εάν προσδιορίσουν τον παραπέμπων ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην τιμολόγησή τους, για το λόγο αυτό, οι περισσότεροι ειδικοί δεν θα δουν ασθενείς χωρίς παραπομπή. Παράλληλα, οι Καναδοί οικογενειακοί γιατροί επιτρέπεται να φροντίζουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομεία. Λόγω της ανταλλαγής επιστημονικών πληροφοριών μεταξύ Καναδά και Ηνωμένων Πολιτειών, η πρακτική της καναδικής ιατρικής είναι παρόμοια με εκείνη των Ηνωμένων Πολιτειών. Οι διαφορές έγκεινται στο σύστημα χρηματοδότησης και στην πολύ μεγαλύτερη αξιοποίηση των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για παράδειγμα, η θεραπεία καρδιακών προβλημάτων δεν διαφέρει σημαντικά από αυτό που θα συνέβαινε στις Ηνωμένες Πολιτείες, με την εξαίρεση ότι η χρήση της υψηλής τεχνολογίας, όπως η καρδιακή χειρουργική και σάρωση μαγνητικής τομογραφίας εντοπίζονται σε περιορισμένο αριθμό εγκαταστάσεων και συχνά εκτελούνται πολύ λιγότερο από ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες ([Head et al., 2017](#) · [Stewart, 2020](#)).

Μέχρι σχετικά πρόσφατα, σχεδόν όλοι οι γιατροί στον Καναδά (οικογενειακοί και ειδικοί γιατροί) πληρώνονταν στη βάση της αμοιβής ανά επίσκεψη, με τα επίπεδα αμοιβών να διαπραγματεύονται μεταξύ επαρχιακών κυβερνήσεων και επαρχιακών ιατρικών ενώσεων. Οι γιατροί που συμμετέχουν στα επαρχιακά προγράμματα πρέπει να αποδεχθούν εξ' ολοκλήρου την κρατική τιμή ως πληρωμή και δεν μπορούν να χρεώσουν τους ασθενείς απευθείας για επιπλέον πληρωμή. Επειδή η πληρωμή αμοιβής ανά επίσκεψη δίνει έμφαση στην ποσότητα έναντι της ποιότητας της περίθαλψης και καθιστά τον έλεγχο του κόστους δύσκολο, οι Καναδικές επαρχίες πειραματίζονται σε εναλλακτικές μεθόδους πληρωμής, όπως η πληρωμή με σταθερό καταβαλλόμενο μισθό ή την πληρωμή που να βασίζεται στον αριθμό των ασθενών που βρίσκονται υπό ιατρική περίθαλψη, ιδιαίτερα για τους οικογενειακούς γιατρούς. Την περίοδο 2017-2018, το 73% ήταν πληρωμές γιατρών με τη μέθοδο της αμοιβής για υπηρεσία, ενώ το 27% ήταν με εναλλακτικές μεθόδους πληρωμών ([Canadian Institute for Health Information, 2019](#)).

Τα καναδικά νοσοκομεία, τα περισσότερα από τα οποία είναι ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, διαπραγματεύονται κάθε χρόνο με την επαρχιακή κυβέρνηση για ένα συνολικό προϋπολογισμό. Επίσης, τα νοσοκομεία δεν έχουν ανάγκη να προετοιμάζουν τους αναλυτικούς λογαριασμούς των ασθενών που είναι τόσο δαπανηροί διοικητικά στις Ηνωμένες Πολιτείες. Επιπλέον, τα νοσοκομεία

πρέπει να λαμβάνουν έγκριση από το επαρχιακό τους πρόγραμμα υγείας για νέα κεφαλαιουχικά έργα, όπως για την αγορά μιας νέας τεχνολογίας υψηλού κόστους ή για την κατασκευή νέων εγκαταστάσεων. Ο Καναδάς ρυθμίζει επίσης τις τιμές των φαρμάκων και τα επαρχιακά προγράμματα υγείας διατηρούν λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων για κάλυψη (Bodenheimer et al., 2020).

1.4.3 Πολιτική υγείας στις Η.Π.Α.

Εδώ και δεκαετίες, οι κυβερνήσεις των Η.Π.Α. ενθάρρυναν σθεναρά την ανάπτυξη των ιδιωτικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιώντας το φορολογικό σύστημα για την επιδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους εργαζομένους με υψηλό εισόδημα όπου η ασφάλιση υγείας παρέχεται από τον εργοδότη τους. Για αυτούς τους εργαζομένους, κάθε δολάριο που δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη κοστίζει περίπου 50 έως 65 σεντς σε φορολογική βάση (Kotlikoff, 2007).

Τα χαρακτηριστικότερα σημεία του συστήματος υγείας στις Η.Π.Α. είναι τα εξής (medical.mit.edu, χ.η.):

- ✓ Δεν υπάρχει καθολική υγειονομική περίθαλψη. Η κυβέρνηση των Η.Π.Α. δεν παρέχει οφέλη για την υγεία σε πολίτες ή επισκέπτες. Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται επί πληρωμή.
- ✓ Η υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ ακριβή. Σύμφωνα με έναν ιστότοπο της κυβέρνησης των Η.Π.Α., εάν κάποιος για παράδειγμα σπάσει το πόδι του, θα πρέπει να πληρώσει 7.500 \$. Εάν πρέπει να μείνει στο νοσοκομείο για τρεις ημέρες, το πιθανό κόστος θα φτάσει περίπου στα 30.000 \$.
- ✓ Οι περισσότεροι άνθρωποι στις Η.Π.Α. έχουν ασφάλιση υγείας. Η ασφάλιση υγείας τους προστατεύει από το να πληρώνουν πολλά χρήματα σε γιατρούς ή νοσοκομεία όταν αρρωστήσουν ή τραυματιστούν. Για να λάβουν ασφάλιση υγείας, πρέπει να κάνουν τακτικές πληρωμές (που ονομάζονται «ασφάλιστρα») σε μια εταιρεία ασφάλισης υγείας. Σε αντάλλαγμα, η εταιρεία συμφωνεί να τους πληρώσει ένα μέρος ή το σύνολο των ιατρικών λογαριασμών.
- ✓ Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας που θα λάβει κάποιος, προέρχεται από το “primary care provider” (μτφ. πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας) (PCP). Αφού αγοράσει την ασφάλιση υγείας, μπορεί να επιλέξει ένα PCP που ανήκει στο

δίκτυο της ασφαλιστικής του εταιρείας. Εάν αγοράσει ένα πρόγραμμα ασφάλισης υγείας MIT, θα επιλέξει ένα PCP στο ιατρικό τμήμα του MIT. Το νέο PCP του θα μπορούσε να είναι επαγγελματίας νοσοκόμα ή γιατρός. Θα δει το PCP του όταν χρειάζεται φυσική εξέταση ή εργαστηριακή εξέταση, όταν είναι άρρωστος ή εάν χρειάζεται φροντίδα για ένα πρόβλημα υγείας που είναι συνεχές, όπως ο διαβήτης ή η υψηλή αρτηριακή πίεση.

- ✓ Συνήθως θα χρειαστεί ραντεβού για να λάβει ιατρική περίθαλψη. Εάν θέλει να δει το PCP του, θα χρειαστεί να καλέσει τηλεφωνικά τα γραφεία του PCP για να κλείσει ραντεβού. Όταν καλέσει στο τηλέφωνο, πρέπει να εξηγήσει γιατί χρειάζεται το ραντεβού. Εάν είναι άρρωστος ή τραυματισμένος, θα λάβει ραντεβού πολύ σύντομα. Εάν χρειάζεται απλώς μια συνηθισμένη φυσική εξέταση, ίσως χρειαστεί να περιμένει αρκετές εβδομάδες ή ακόμα και ένα μήνα.

Σύμφωνα με τον Jonathan Engel το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. σε σχέση με τις άλλες χώρες θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως δυσλειτουργικό. Ξοδεύοντας σχεδόν το ένα τρίτο του κατά κεφαλήν εισοδήματος στην υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με άλλες χώρες, τα αποτελέσματα που παράγει δεν είναι ενθαρρυντικά. Η υγειονομική περίθαλψη των Η.Π.Α. είναι ασυντόνιστη, υπερβολική, φορτωμένη με κερδοσκοπία και υπερκεφαλαιοποιημένη. Οι Ηνωμένες Πολιτείες επενδύουν περισσότερο σε νοσοκομειακές υποδομές και εκπαίδευση γιατρών από ό, τι οποιαδήποτε άλλη χώρα, αλλά δεν μπορούν να παρέχουν πρωτοβάθμια και προγεννητική φροντίδα σε μεγάλο αριθμό πολιτών. Ο Jonathan Engel ισχυρίζεται ότι οι βαθιές αλλαγές στο σύστημα που εφαρμόστηκαν βάσει του νόμου περί προσιτής φροντίδας το λεγόμενο «Obama Care» έχουν, αν μη τι άλλο, επιδεινώσει μακροχρόνια συστημικά προβλήματα. Οι τιμές συνεχίζουν να αυξάνονται γρήγορα, τα διοικητικά γενικά έξοδα και το κόστος αυξάνεται όλο και περισσότερο, και οι νέοι γιατροί θεωρούν ότι το κόστος της εκπαίδευσης είναι τόσο τρομακτικό που η σταδιοδρομία στην ιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είναι προσβάσιμη σε όλους, αλλά μόνο για τους πιο εύπορους (Engel, 2018).

1.4.4 Συγκριτικά συμπεράσματα σε σχέση με την Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό σύστημα (Σίσκου *et al.*, 2008), δηλαδή κράτους και κοινωνικής ασφάλισης ταυτόχρονα, στα πρότυπα του

Beveridge και Bismark, όπου ο Έλληνας πολίτης έχει δωρεάν δημόσια περίθαλψη με μικρή συμμετοχή. «Το σύστημα περίθαλψης στην Ελλάδα είναι παρόμοιο με των ΗΠΑ καθώς οι Έλληνες καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα για να έχουν μία αξιοπρεπή περίθαλψη και όσοι δεν έχουν να πληρώσουν καταφεύγουν στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία» (Μπιτσώρη και Μπαλάσκα, 2016). Ως προς την οργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας, η Ελλάδα έχει ορισμένα κοινά στοιχεία με τον Καναδά. Ο Καναδάς έχει οργανώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω των επαρχιακών κέντρων υγείας που οργανωτικά είναι αντίστοιχη με τις μονάδες υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. στην Ελλάδα, στα οποία οι γενικοί και οικογενειακοί ιατροί έχουν τον έλεγχο ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping) και επιπλέον είναι αυτόνομοι στην άσκηση του κλινικού τους έργου (Φρεγγίδου et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΓΕΙΑ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1 Ιστορική αναδρομή στις συνθήκες της ευρωπαϊκής ένωσης για την δημόσια υγεία

Η ιδρυτική συνθήκη της Ε.Ο.Κ. (Συνθήκη της Ρώμης) και στη συνέχεια οι Συνθήκες του Μάαστριχτ (1992), του Άμστερνταμ (1999) και της Νίκαιας (2000), σηματοδοτούν μια συνεχή και πιο ουσιαστική προσπάθεια για την εναρμόνιση των νομοθεσιών και των αγορών των κρατών-μελών στα ζητήματα της υγείας, όπως επίσης και τη σταδιακή σύγκλιση των επιμέρους εθνικών συστημάτων υγείας (Τούντας, 2008).

2.1.1 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ για τη δημόσια υγεία

Στο άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ, η τότε κοινότητα έθετε ως στόχο τη συμβολή στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, μέσω της ενθάρρυνσης και της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών και να υποστηρίζει όπου απαιτείται τη δράση τους. Η δράση της αποσκοπεί στην πρόληψη ασθενειών, προπάντων αυτών που πλήττουν την ανθρωπότητα, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας ή εξάρτησης από ναρκωτικά, διερευνώντας τα αίτια και τους τρόπους μετάδοσης, την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση. Η Συνθήκη αναγνωρίζει την προστασία της υγείας ως συνιστώσα των άλλων πολιτικών της τότε Κοινότητας και προβλέπει το συντονισμό πολιτικών και προγραμμάτων μεταξύ των κρατών-μελών και σε συνδυασμό με την Επιτροπή. Για να υλοποιηθούν οι στόχοι, το Συμβούλιο αποφασίζει, μέσω της διαδικασίας της συναπόφασης και ύστερα από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, δράσεις ενθάρρυνσης χωρίς την εναρμόνιση των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών-μελών, και δύναται να διατυπώνει με ειδική πλειοψηφία συστάσεις (Ανδρικοπούλου, 1995).

2.1.2 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ για τη δημόσια υγεία

Το 1999, με το άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, τροποποιήθηκε το άρθρο 129 για τη δημόσια υγεία. Η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου πρέπει να διαπερνά όλες τις κοινοτικές πολιτικές. Γίνεται πιο έντονη η αναφορά στα ναρκωτικά και επίσης έμμεσα, αναφέρεται στην πρόληψη του AIDS (Batra et al., 2001).

2.1.3 Η Συνθήκη της Νίκαιας για τη δημόσια υγεία

Το 2000, η Συνθήκη της Νίκαιας, υιοθέτησε τον «Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων», περιλαμβάνοντας την προστασία της υγείας ως μία εκ των βασικών συνιστωσών της αλληλεγγύης, ως ένα από τα έξι θεμελιώδη δικαιώματα. Με ειδική αναφορά στο δικαίωμα όλων να έχουν πρόσβαση, στην πρόληψη και την ιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις των εθνικών νομοθεσιών και πρακτικών των κρατών-μελών (Τούντας, 2008).

2.2 Η πολιτική της «Υγείας του Έθνους» στην Μεγάλη Βρετανία

Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια στην Μεγάλη Βρετανία για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας πραγματοποιήθηκε το 1989 από την Μάργκαρετ Θάτσερ, με τη «Λευκή Χάρτα», υπό τον τίτλο «Δουλεύοντας για τους Ασθενείς», ανακοίνωνε τη σύσταση εσωτερικής αγοράς στο Ε.Σ.Υ., με νοσοκομειακά τραστ και ταμεία διαχείρισης κεφαλαίων για τους γιατρούς. Στη συνέχεια όταν άρχισαν να λειτουργούν τα μέτρα η Μ. Θάτσερ είχε αντικατασταθεί από τον Τζον Μέιτσορ, ο οποίος έθετε για πρώτη φορά σε εφαρμογή την πολιτική της «Υγείας του Έθνους», με την «Πράσινη Χάρτα» τον Ιούνιο του 1991 και με τη «Λευκή Χάρτα» τον Ιούλιο του 1992. Με αυτό το πρόγραμμα για την προαγωγή της υγείας, ο Μέιτσορ προσπάθησε να προβάλει το κόμμα των συντηρητικών με έναν πιο συμφιλιωτικό χαρακτήρα, ασκώντας την πολιτική του «ενός έθνους». Επίσης, απάλυνε την ανταγωνιστική οξύτητα των μεταρρυθμίσεων της εσωτερικής αγοράς, ενώ ήταν σύμφωνο με το ατομικιστικό τους ήθος. Προλογίζοντας για την «Πράσινη Χάρτα», ο υπουργός υγείας William Waldegrave τόνιζε ότι χρειάζεται μια αξιοπρεπής ισορροπία συναμεταξύ της ατομικής ευθύνης και των κυβερνητικών ενεργειών. Η υστερογενής «Λευκή Χάρτα»,

την οποία παρουσίασε η διάδοχος του Waldegrave, Virginia Bottomley, προχώρησε ένα βήμα παραπάνω, τονίζοντας ότι πρέπει να βρεθεί μια ακριβής ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που η κυβέρνηση μπορεί να κάνει, σ' αυτό που χρειάζεται να κάνουν άλλοι οργανισμοί και υπηρεσίες, τέλος, σ' αυτό που πρέπει να συνεισφέρουν τα άτομα και οι οικογένειες, εφόσον το ζητούμενο είναι να στεφθεί με επιτυχία η στρατηγική. Η Λευκή Χάρτα πρότεινε μια συντονιστική επιτροπή σε επίπεδο μικρού υπουργικού συμβουλίου και περιέγραφε συγκεκριμένους ρόλους για (Fitzpatrick, 2004):

- τις τοπικές αρχές,
- τα ΜΜΕ,
- την αρχή εκπαίδευσης στην υγεία,
- τους εργοδότες και
- τους επαγγελματίες της υγείας.

Γνωστοποιούσε διευκολύνσεις για την παροχή κεφαλαίων σε εθελοντικές οργανώσεις, με την αναγνώριση ότι θα συνεισφέρουν σημαντικό ρόλο μέσω της ατομικής προσπάθειας και με το να φέρνουν τους ανθρώπους πιο κοντά ώστε να μοιράζονται κοινά προβλήματα, μέσω της παροχής άμεσης εξυπηρέτησης, με την προσφορά μιας μεγάλης ποικιλίας υπηρεσιών, την υγεία της κοινότητας, την εκπαίδευση και παρότρυνση για την υγεία, την εκπαίδευση για τους επαγγελματίες της υγείας, συγκέντρωση χρηματικών πόρων και οικονομική υποστήριξη για έρευνα (είναι προπάντων σημαντικό, καθώς αποτελούσε τη μοναδική χρηματοοικονομική δέσμευση στο έγγραφο). Επίσης, στη «Λευκή Χάρτα» τονιζόταν η σημασία στην προώθηση των συμμαχιών υγείας μεταξύ ατόμων και οργανισμών που θα εργάζονταν για την πραγμάτωση της στρατηγικής της «Υγείας του Έθνους», υποδεικνύοντας μια σειρά υγιών συνθηκών εντός των οποίων θα δύνανται να λειτουργούν αυτές οι συμμαχίες, συμπεριλαμβάνοντας (Fitzpatrick, 2004):

- υγιεινές πόλεις
- υγιεινούς τόπους εργασίας
- υγιεινά σχολεία
- υγιεινά σπίτια
- υγιεινά περιβάλλοντα
- υγιεινά νοσοκομεία και
- για να μην υφίστανται διαχωρισμοί, ακόμα και υγιεινές φυλακές.

Το πλέον διακριτικό στοιχείο της πολιτικής της «Υγείας του Έθνους» ήταν το ότι προδιέγραφε ζωτικά πεδία δράσης και έβαζε συγκεκριμένους στόχους για κάθε ένα από αυτά. Τα ζωτικά πεδία δράσης ήταν 5 και συγκεκριμένα: η στεφανιαία νόσος, τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο καρκίνος, οι ψυχικές παθήσεις, HIV/AIDS και η σεξουαλική υγεία, τα ατυχήματα. Η «Λευκή Χάρτα» όριζε δεκαπέντε στόχους γι' αυτά τα πεδία, καθώς και δέκα επιπλέον στόχους που αποβλέπουν σε παράγοντες κινδύνου επί ζητημάτων όπως είναι το κάπνισμα, η διατροφή και η υπέρταση. Η ιδέα αυτής της προσέγγισης του προσδιορισμού σκοπών, προερχόταν από την πολιτική για την προαγωγή της υγείας των Η.Π.Α., η οποία ξεκίνησε στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1980. Σύμφωνα με τον K. Calman, η πολιτική αυτή είχε καλά αποτελέσματα στη μείωση των ποσοστών θανάτου, από στεφανιαία νόσο, από εγκεφαλικά επεισόδια, από καρκίνο του μαστού για τις γυναίκες και καρκίνο του πνεύμονα για τους άνδρες, πετυχαίνοντας τα επίπεδα των στόχων. Αντίθετα, όμως, είχαμε συνεχή αύξηση στα ποσοστά της παχυσαρκίας και της έλλειψης δραστηριότητας, του καπνίσματος της εφηβικής ηλικίας, της κατανάλωσης αλκοόλ στις γυναίκες και των αυτοκτονιών στους άντρες. Ωστόσο, δεν πρέπει να κρίνουμε την πολιτική αυτή μόνο με τους στόχους που έθετε, γιατί θα υποτιμούσαμε την επιρροή της στην κοινωνία. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι τη δεκαετία του '90 άλλαξε η συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στο κάπνισμα, καταδεικνύει την απήχηση που είχε αυτή η πολιτική στην κοινή γνώμη για τα ζητήματα της υγείας και έγιναν πολλά για να το ενθαρρύνει ([Fitzpatrick, 2004](#)).

2.3 Η εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι προσπάθειες για την αναζήτηση ενός σχεδίου για την καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού και την ανάπτυξη υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για την προστασία της υγείας των πολιτών, είναι μια διαρκής και συνεχής προσπάθεια σε όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα και μέχρι τη μεταπολίτευση, περίοδο στην οποία οι προσπάθειες για την ολοκλήρωση των προηγούμενων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων για το εγχείρημα του εθνικού συστήματος υγείας, δεν τελεσφόρησαν.

2.3.1 Η ιατρική περίθαλψη από το 1833 μέχρι τη δεκαετία του 1960

Τον 18^ο αιώνα, επί Βασιλείας Όθωνα, ξεκίνησαν οι πρώτες συστηματικές πρωτοβουλίες για την υγειονομική οργάνωση της χώρας, κύριος συντονιστής ήταν ο Βαυαρός ιατρός Witmer. Έτσι, το 1833 συστάθηκε η πρώτη υγειονομική υπηρεσία της Ελλάδος, η οποία έλαβε την ονομασία «Υγειονομικόν Τμήμα» και εντάχθηκε ως τμήμα στο νεοσύστατο Υπουργείο Εσωτερικών, με αρμοδιότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας (Πίνακας 1). Από το 1834, ιδρύθηκε και λειτούργησε το «Ιατροσυνέδριο», λειτουργούσε παράλληλα με τις υπηρεσίες υγείας του Υπουργείου Εσωτερικών και είχε κυρίως συμβουλευτικές αρμοδιότητες (Δαρδαβέσης, 2008).

Πίνακας 1. Αρμοδιότητες του υγειονομικού τμήματος του υπουργείου εσωτερικών, όπως καθορίστηκαν με το Βασιλικό Διάταγμα της 3^{ης} Ιουνίου 1836

A/A	ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
1.	Εφαρμογή νόμων για τον έλεγχο μετάδοσης μολυσματικών νόσων και την επιβολή καθάρσεων
2.	Σύσταση και συντήρηση ιδρυμάτων δημόσιας υγείας
3.	Εποπτεία δημόσιας υγείας
4.	Επιτήρηση αγορών τροφίμων, σφαγείων και συστημάτων ύδρευσης – αποχέτευσης
5.	Εφαρμογή νόμων σχετικών με την άσκηση υγειονομικών επαγγελμάτων
6.	Διοίκηση και διαχείριση του Μαιευτικού Σχολείου
7.	Σύσταση υγειονομικών αρχών

Πηγή (επεξεργασία στοιχείων): Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της Κοινωνικής Πρόνοιας της Νεωτέρας Ελλάδος. Αθήνα 1960 (Δαρδαβέσης, 2008).

Κατά τον 19^ο αιώνα και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η παροχή ιατρικής περίθαλψης γινόταν από επαγγελματικά ταμεία που ο σχεδιασμός τους κάλυπτε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως στρατιωτικοί, ανθρακωρύχοι και δημόσιοι υπάλληλοι. Το 1922 όταν η κυβέρνηση κλήθηκε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της εισροής προσφύγων από τη Μικρά Ασία, έπειτα από την τραγωδία της μικρασιατικής καταστροφής, ιδρύθηκε το Υπουργείο Υγιεινής και Πρόνοιας (Davaki and Mossialos, 2015) από την κυβέρνηση Π. Πρωτοπαπαδάκη, με τον Νόμο 2882/1922: «περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως, μετονομαζομένου εις Υπουργείον Υγιεινής και Προνοίας» (Δαρδαβέσης, 2008) και τέθηκαν οι βάσεις για την κρατική κοινωνική ασφάλιση. Ωστόσο, μόλις ένα ποσοστό του 7% από τα 6 εκατομμύρια του πληθυσμού της Ελλάδος είχε κάλυψη από

77 ταμεία. Η πρώτη απόπειρα του κράτους για να αμβλύνει τις ανισότητες στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, πραγματοποιήθηκε το 1932, όταν υποβλήθηκε στη Βουλή το νομοσχέδιο για την ίδρυση του Ι.Κ.Α.. Το Ι.Κ.Α. ιδρύθηκε για να καλύψει όλους τους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα από γηρατειά και ασθένεια, αρχικά στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα και σταδιακά σε ολόκληρη τη χώρα. Η ίδρυσή του αποτελούσε μια τεράστια αλλαγή γιατί ήταν η πρώτη φορά που το κράτος παρενέβη στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης για να καλύψει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού. Επίσης τη δεκαετία του 1950, η υγειονομική κάλυψη επεκτάθηκε στα μέλη της οικογένειας των ασφαλισμένων, ενώ δημιουργήθηκε πανελλαδικό δίκτυο αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών. Το 1961, μετά την ίδρυση του Ι.Κ.Α., δημιουργείται ο Ο.Γ.Α., ο οποίος εξασφάλιζε τον αγροτικό πληθυσμό έναντι γήρατος, θανάτου και αναπηρίας και παρείχε επίσης βασική ιατρική φροντίδα, δωρεάν πρωτοβάθμια και οδοντιατρική περίθαλψη, εργαστηριακές εξετάσεις και περιορισμένη νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη (Davaki and Mossialos, 2015).

2.3.2 Δεκαετία 1970: η πρώτη απόπειρα για μεταρρύθμιση στην υγεία

Οι πρώτες απόπειρες για την εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος υγείας είχαν γίνει στα τέλη της δεκαετίας του 1970 από τον τότε Υπουργό Υγείας της Ν.Δ. και ιατρό στο επάγγελμα, Σπύρο Δοξιάδη (Σωτηρόπουλος, 2019). Στις εκθέσεις του το Κ.Ε.Π.Ε., αμέσως μετά τη δικτατορία, είχε αρχίσει να συντάσσει το πενταετές σχέδιο οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, ένα τμήμα του ήταν το πρώτο κεφάλαιο: «Κοινωνική Πολιτική και Υγεία». Έτσι, στην έκθεση του το Κ.Ε.Π.Ε. θέτει το θέμα της συγκρότησης ενός ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας και της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων, δηλαδή τη δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και την εισαγωγή καινοτομιών που συνοδεύουν το εγχείρημα αυτό, όπως οι μέθοδοι χρηματοδότησης και τα κριτήρια αποζημίωσης. Ένα τμήμα του σχεδίου αυτού, λειτουργικά και πολιτικά, αποτελεί το σχέδιο Δοξιάδη. Πρώτο στοιχείο του σχεδίου Δοξιάδη, είναι η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της δημόσιας υγείας, της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας ως κύριων παραγόντων για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Δεύτερο στοιχείο είναι η ενσωμάτωση της Διακήρυξης της Στρατηγικής της Alma-Ata (παγκόσμια στρατηγική και υγεία για όλους, 1978) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην πολιτική υγείας και η επιρροή της στην

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το σχέδιο του Σπύρου Δοξιάδη βασιζόταν σε ένα μεικτό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που θα λειτουργούσε υπό τον έλεγχο του δημοσίου. Επίσης στο σχέδιο προβλεπόταν η δημιουργία ενός συντονιστικού οργάνου για την παροχή ιατρικής περίθαλψης, η ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών φορέων και η εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού στα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ήταν μια τεκμηριωμένη και ρεαλιστική πρόταση στο πνεύμα των μεταρρυθμίσεων της εποχής (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019). Ωστόσο το σχέδιο νόμου που κατέθεσε, απορρίφθηκε από το κόμμα του, συνάντησε σφοδρές αντιδράσεις από τον τομέα Υγείας της Ν.Δ., από συνδικαλιστικές οργανώσεις του κόμματος κ.α., με το επιχείρημα ότι η εφαρμογή του θα φέρει την οπισθοδρόμηση και θα προκαλέσει έντονες αντιδράσεις από το λαό και τους φορείς υγείας. Έτσι, το νομοσχέδιο δεν έφτασε ποτέ στη Βουλή, ενώ ο Σπύρος Δοξιάδης με επιστολή του είχε απαντήσει σε όλες αυτές τις αιτιάσεις, ότι «στο δίλλημα μεταξύ της προαγωγής της υγείας του Ελληνικού λαού και της διατήρησης των πλεονεκτημάτων ορισμένων ομάδων, για ένα κόμμα όπως η Ν.Δ. το πρώτο να έχει μεγαλύτερο βάρος» (Σωτηρόπουλος, 2019).

2.3.3 Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/1983)

Το 1981, η εκλογική νίκη του ΠΑΣΟΚ, σηματοδότησε μια νέα εποχή για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, ο σχεδιασμός υλοποίησης εθνικής υπηρεσίας υγείας ήταν μια από τις προεκλογικές του δεσμεύσεις (Davaki and Mossialos, 2015). Συγκεκριμένα, στη «Διακήρυξη Κυβερνητικής Πολιτικής» του ΠΑ.ΣΟ.Κ., στη σελίδα 81, υπήρχε αναφορά στο προεκλογικό του πρόγραμμα για την «Υγεία και Κοινωνική Φροντίδα», που διακήρυττε ότι: «*Η προστασία της υγείας του λαού και η κοινωνική φροντίδα, αποτελούν θεμελιακές επιταγές για την Πολιτεία και βρίσκονται στο κέντρο της προτεραιότητας της πολιτικής του ΠΑΣΟΚ*» (Διακήρυξη Κυβερνητικής Πολιτικής, 1981). Έτσι λοιπόν, τον Σεπτέμβριο του 1983 ψηφίζεται το νομοσχέδιο για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Η επιτυχής κατάληξη του νομοσχεδίου για το Ε.Σ.Υ. στο κοινοβούλιο, οφείλεται στο γιατρό και Υπουργό Υγείας, Παρασκευά Αυγερινό, ένεκα της αφοσίωσής και επιμονής που επέδειξε για τον μεταρρυθμιστικό στόχο (Σωτηρόπουλος, 2019). Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η ίδρυση του Ε.Σ.Υ. θα αποτελέσει το θεσμικό σχήμα με το οποίο επιχειρήθηκε η θέσπιση ενός δημόσιου συστήματος προστασίας της υγείας. Η κακή κατάσταση στην

οποία βρίσκονταν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, σε συνδυασμό με την απουσία για αρκετά χρόνια της χρηματοδότησης υγείας, δικαιολογούσε και νομιμοποιούσε την ίδρυση του Ε.Σ.Υ.. Άλλωστε, η μεταφορά των οικονομικών βαρών στον οικογενειακό προϋπολογισμό για την προστασία της υγείας, είχε ως αποτέλεσμα να τροφοδοτείται η ανάπτυξη της «ιδιωτικής πρωτοβουλίας» στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, αυτή, εκτός του ότι πρόσφερε μια μάλλον χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, επιπλέον δημιουργούσε κοινωνικές ανισότητες και ανέτρεπε την ισότητα στην πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, που θεωρητικά μόνο το δημόσιο νοσοκομείο την εγγυόταν (Αντωνοπούλου, 2008).

Η φιλοσοφία του Ν.1397/1983 για το Ε.Σ.Υ., διατυπώθηκε στο άρθρο 1 και στηριζόταν στις παρακάτω θεμελιώδεις αρχές (Tountas et al., 2002):

1. Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.
2. Όλοι οι πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση ή τον τόπο διαμονής τους, έχουν ίσα δικαιώματα για υψηλής ποιότητας κοινωνική και υγειονομική περίθαλψη και θεραπεία.
3. Η προστασία της υγείας αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους και ασκείται μέσω ενός ενιαίου, αποκεντρωμένου και δημοκρατικού συστήματος υγείας.

Βασικοί στόχοι του νέου συστήματος ήταν η αύξηση των πόρων για τη δημόσια υγεία, η αποκέντρωση του συστήματος υγείας και η διοικητική αναδιοργάνωση, η ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η αναβάθμιση των νοσοκομείων, η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού και ο έλεγχος του ιδιωτικού τομέα (Tountas et al., 2002). Πρακτικές του Ε.Σ.Υ. εφαρμόστηκαν και νωρίτερα, όπως η ίδρυση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) το 1982 (Syrakos et al., 2004), το οποίο ήταν συμβουλευτικό όργανο με ουσιαστική ευθύνη στο σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και τον προσδιορισμό των γενικών στόχων και κατευθύνσεων και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα υγείας και την υποβολή των σχετικών προτάσεων στον Υπουργό Υγείας (Ν. 1278/1982).

Τα κόμματα της Ν.Δ. και της Ε.Ρ.Α. ήταν αντίθετα στο νομοσχέδιο, η Ν.Δ. το απέρριπτε αρνούμενη κάθε διάλογο, η Ε.Ρ.Α. είχε τις επιφυλάξεις της χωρίς να αναφερθεί σε αυτές, ενώ το Κ.Κ.Ε. είχε δηλώσει τη στήριξή του στο νομοσχέδιο. Από τους φορείς αρνητικοί ήταν ο Ι.Σ.Α. και ο Π.Ι.Σ., ενώ η πανεπιστημιακή κοινότητα δεν είχε πάρει θέση. Οι οργανωμένες αντιστάσεις κατάφεραν να περάσουν τις απόψεις τους σε βουλευτές, σε στελέχη της κυβέρνησης και είχαν καταφέρει να

φθάσουν ακόμα και στο πρωθυπουργικό γραφείο με τους ειδικούς εντεταλμένους συμβούλους να τοποθετούνται αρνητικά σε κάθε αλλαγή στον τομέα της υγείας. Στις αντιδράσεις καταγράφονται ο κοινωνικός έλεγχος, ο θεσμός του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ενιαίος φορέας υγείας. Οι τομές που επιχειρήθηκαν το 1983 στον τομέα της υγείας ήταν μεγάλες και αναγκαίες, ήταν η πιο σοβαρή μεταρρύθμιση της μεταπολίτευσης. Παρασκευάς Αυγερινός: *«Ήταν δύσκολη η υπόθεση της αλλαγής. Δεν ήταν μια συγκεκριμένη και συγκυριακή διαδικασία, η αλλαγή, ήταν και θα παραμένει πάντα επίκαιρη και θα επικαιροποιείται σύμφωνα με τα μηνύματα των καιρών»* (Αυγερινός, 2013).

Στις 14 Φεβρουαρίου 1983, ο Παρασκευάς Αυγερινός συναντάται με τον πρωθυπουργό για να συζητήσουν για το νομοσχέδιο της υγείας. Σύμφωνα με τον Π. Αυγερινό η συζήτηση που έγινε ήταν σύντομη, χωρίς να δείξει πολύ ενδιαφέρον ο πρωθυπουργός και ήταν ελάχιστες οι ερωτήσεις του, χωρίς να πει τελικά τι θέλει, παρά μόνο ότι θα ξανασυζητηθεί το θέμα. Ο Π. Αυγερινός γνώριζε ότι ο πρωθυπουργός δέχεται πολλές καταγγελίες κατά του νομοσχεδίου και κυρίως από το στενό του περιβάλλον, τους συμβούλους του, δεχόταν πιέσεις με τις οποίες του ζήτηγαν να αποσύρει το νομοσχέδιο και να αλλάξει ακόμα και τον υπουργό υγείας, επειδή ήταν εξωκοινοβουλευτικός (στην πραγματικότητα η στάση τους ήταν αποτέλεσμα των πιέσεων που δέχονταν από τις διάφορες ομάδες συμφερόντων), ο πρωθυπουργός αποδεχόταν πλέον τα αιτήματα του περιβάλλοντός του (Αυγερινός, 2013).

Στις 15 Απριλίου 1983, συνέρχεται το υπουργικό συμβούλιο με τον πρωθυπουργό να εντάσσεται στο κλίμα αντίθεσης κατά του νόμου για το εθνικό σύστημα υγείας και να τάσσεται υπέρ της αναβολής του. «Εγώ θα ορίσω τι θα γίνει» ήταν τα λόγια του πρωθυπουργού. Ο Π. Αυγερινός με έκπληξη άκουγε τον πρωθυπουργό Α. Παπανδρέου, ο οποίος είχε από την ιδρυτική διακήρυξη του ΠΑ.ΣΟ.Κ. της 3^{ης} του Σεπτεμβρίου του 1974 και από τις προεκλογικές του εξαγγελίες την υγεία ως πρώτη προτεραιότητα να λέει ή μάλλον να τον έχουν πείσει οι ομάδες πίεσης να πάει για αργότερα ο νόμος για την υγεία. Ο Π. Αυγερινός ήξερε ότι αν έκανε πίσω δεν θα γινόταν ποτέ το εθνικό σύστημα υγείας (Αυγερινός, 2013).

Ένα από τα καινοτόμα μέτρα του νομοσχεδίου για το ΕΣΥ (Ν.1397/1983), ήταν το σχέδιο ενοποίησης των ταμείων ασθένειας και δημιουργίας ενός μόνο αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Ο Παρασκευάς Αυγερινός, θεώρησε ότι αυτό αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ.. Όταν η

Κοινοβουλευτική Επιτροπή Υγείας συζήτησε το νομοσχέδιο, δήλωσε ότι τα ταμεία ασθενείας δεν θα υποχρεωθούν σε ενοποίηση μέχρι το τέλος του 1988 και ότι θα αναμένουμε την εθελοντική τους ενοποίηση, καθώς η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το Ε.Σ.Υ. θα είναι πολύ καλύτερη από αυτή που παρέχεται από τα «ταμεία υγείας» (Davaki and Mossialos, 2015).

Η εχθρότητα σε αυτήν την πρόταση προήλθε όχι μόνο από τα συνδικάτα των προνομιούχων κοινωνικών ομάδων, που ήθελαν να διατηρήσουν το καθεστώς τους, αλλά και από υψηλόβαθμα μέλη του ΠΑ.ΣΟ.Κ.. Ο πρόεδρος του Κοινοβουλίου, Γιάννης Αλευράς, πρώην επικεφαλής της συνδικαλιστικής οργάνωσης του τραπεζικού τομέα, απείλησε να παραιτηθεί εάν καταργηθούν τα προνόμια των ταμείων ασθενείας. Στη συνέχεια, η σχετική ρήτρα του νομοσχεδίου τροποποιήθηκε κατά τη διάρκεια της κοινοβουλευτικής συζήτησης. Η ρήτρα που αναφέρεται στην ενοποίηση των κεφαλαίων παρέμεινε, αλλά προστέθηκε νέα, σύμφωνα με την οποία απαιτείται νέα νομοθεσία (προεδρικό διάταγμα) για τον καθορισμό της διαδικασίας εφαρμογής, αυτό το διάταγμα δεν εκδόθηκε ποτέ (Davaki and Mossialos, 2015).

Η διαμάχη με την αντιπολίτευση ήταν ο θεσμός του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και κυρίως ο Εθνικός Φορέας Υγείας. Ο Π. Αυγερινός άκουσε επιχειρήματα, όπως «.. φέραμε ένα σοβιετικό νομοσχέδιο... ότι τάζουμε έναν σοβιετικό παράδεισο... ότι ο κόσμος δε γνώριζε τις μαρξιστικές προθέσεις μας και ξεγελάστηκε ψηφίζοντας μας... ότι η επιστημονική ιατρική τελείωσε στην Ελλάδα, τώρα αναλαμβάνουν δράση οι κομπογιαννίτες», καταδεικνύοντας την φανερή έλλειψη επιχειρημάτων. Αξίζει να αναφερθεί ότι όλοι οι βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ., χωρίς καμία εξαίρεση, υποστήριξαν το νομοσχέδιο χωρίς να καταθέσουν ή να υποστηρίξουν τροπολογίες άλλων (Αυγερινός, 2013).

Τελικά, υπό την πίεση του κόσμου και του τύπου, τον Αύγουστο του 1983 ο νόμος για το Ε.Σ.Υ. θα έρθει στη βουλή και θα γίνει νόμος του κράτους, η επιτυχής κατάληξη οφείλεται στην επίμονη και συνεχή προσπάθεια του Παρασκευά Αυγερινού για να γίνει πράξη ο μεταρρυθμιστικός στόχος, το Ε.Σ.Υ. για μεγάλο μέρος του ελληνικού λαού θεωρήθηκε σύμβολο της αλλαγής. Αυτοί που το πολέμησαν και δεν το ήθελαν ήταν τα πολλά και μεγάλα οργανωμένα συμφέροντα στον χώρο της υγείας (Αυγερινός, 2013).

2.3.4 Μεταρρυθμίσεις και πολιτικές υγείας από το 1990 έως το 2009

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1980 η Ελλάδα ευρισκόταν σε μια κατάσταση οικονομικής και πολιτικής αστάθειας. Ως συνέπεια, η Ε.Ε. είχε προτείνει ένα πρόγραμμα οικονομικής σταθεροποίησης προκειμένου να αποφευχθεί η περαιτέρω ύφεση. Τα προγράμματα λιτότητας μείωσαν τον πληθωρισμό και τις κοινωνικές δαπάνες. Μετά από δύο χρόνια πολιτικής αστάθειας, με τις εθνικές εκλογές του 1990 η Ν.Δ. επιστρέφει στην εξουσία για να κυβερνήσει μέχρι το 1993 (Nikolentzos and Mays, 2008). Η Ν.Δ. κυβερνητικά ακολούθησε μια φιλελεύθερη προσέγγιση για την αναθεώρηση του Ε.Σ.Υ.. Την περίοδο εκείνη υπουργοί υγείας ήταν αρχικά η Μαριέττα Γιαννάκου και αργότερα ο Γεώργιος Σούρλας. Επί της ουσίας δεν αμφισβητήθηκε η αναγκαιότητα μιας δημόσιας υπηρεσίας υγείας. Η κυβέρνηση του Κωνσταντίνου Μητσοτάκη επιχείρησε να νομοθετήσει υπό μία φιλελεύθερη οπτική για λόγους πολιτικούς κυρίως και έδωσε στους γιατρούς κάποιες ελευθερίες και κίνητρα με ευκαιρίες για να έχουν καλύτερα εισοδήματα. Στην φιλοσοφία της κυβέρνησης της Ν.Δ. ήταν ένα μεικτό σύστημα κρατικού και ιδιωτικού τομέα όπου θα συνυπάρχουν σε ένα ενιαίο πλαίσιο κοινών κανόνων και ίδιων δικαιωμάτων και υποχρεώσεων που θα στηρίζεται από την κοινωνική ασφάλιση και στις πρακτικές του μοντέλου «Bismarck». Αξίζει να αναφερθεί ότι σε αυτή την περίοδο η παρέμβαση για το ασφαλιστικό από τον υπουργό υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων, Δημήτριο Σιούφα, ήταν αυτή που έδωσε παράταση ζωής στο σύστημα καθώς εξασφαλίστηκε η αναγκαία χρηματοδότηση για το σύστημα υγείας και για τη διάσωση των συντάξεων. Τα δημοσιονομικά προβλήματα και ο κίνδυνος βιωσιμότητας του ασφαλιστικού ήταν οι λόγοι που επιτάχυναν τις πολιτικές αποφάσεις. Για πρώτη φορά θα επιτρεπόταν η αποζημίωση των ιδιωτικών κλινικών (για χειρουργικές επεμβάσεις) από τα ασφαλιστικά ταμεία, με τα λεγόμενα «πακέτα» αμοιβών. Βέβαια, η Ν.Δ. ήταν πιο ανοικτή στον ανταγωνισμό και την ιδιωτική δραστηριότητα σε σύγκριση με το ΠΑ.ΣΟ.Κ. και θεσμικά επιθυμούσε μια σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019). Η στρατηγική ανοίγματος για την παροχή υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα, εν τέλει, εφαρμόστηκε στην πράξη, για να ανατραπεί μερικά χρόνια αργότερα από την κυβέρνηση Σημίτη (Pelagidis et al., 2016).

Από το 1992, επιτρεπόταν η ίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων (Mossialos et al, 1992). Ενώ με νόμο επέτρεπε επίσης την αδειοδότηση ιδιωτικών κέντρων υγείας

και ιατρικών εργαστηρίων. Όσον αφορά τις διατάξεις σχετικά με τους όρους απασχόλησης των ιατρών, αποσκοπούσε στην επίλυση προβλημάτων του εθνικού συστήματος υγείας (Pelagidis et al., 2016). Συγκεκριμένα, στο άρθρο 63, του Ν. 2071/1992, προέβλεπε ότι: «Οι ιατροί, που διορίζονται σε θέσεις μερικής απασχόλησης ασκούν δημόσιο λειτούργημα επί θητεία και διατηρούν το δικαίωμά ετεροαπασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα της ιατρικής ή το δικαίωμα διατηρήσεως ιδιωτικού ιατρείου ή οδοντιατρείου». Η συζήτηση λοιπόν επικεντρώθηκε στις συνθήκες εργασίας των γιατρών. Οι γιατροί δεν χρειαζόταν πλέον να εργάζονται με καθεστώς «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» στο Ε.Σ.Υ.. Θα μπορούσαν να ασκούν το επάγγελμά τους είτε με πλήρη είτε με μερική απασχόληση στο Ε.Σ.Υ.. Έτσι, το σύστημα δημιούργησε δύο τύπους γιατρών: τους γιατρούς που θα εργάζονταν με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο Ε.Σ.Υ., καθώς δεν είχαν την απαραίτητη εμπειρία ή οικονομική δυνατότητα για να δημιουργήσουν δικά τους ιδιωτικά ιατρεία και την ιατρική ελίτ που ήταν ελεύθεροι να εργάζονται με καθεστώς μερικής απασχόλησης στο Ε.Σ.Υ. και ταυτόχρονα να εισάγουν τους ασθενείς τους, χρησιμοποιώντας την υποδομή του δημόσιου νοσοκομείου, για ιδιωτικές χειρουργικές επεμβάσεις το απόγευμα. Οι πανεπιστημιακοί γιατροί που ήταν επίσης εγγεγραμμένοι στο Ε.Σ.Υ. αναγκάστηκαν να επιλέξουν εντός 60 ημερών αν θα ήθελαν να γίνουν ακαδημαϊκοί καθηγητές ιατρικής στο πανεπιστήμιο ή ακαδημαϊκοί γιατροί που θα εργάζονται με πλήρη απασχόληση για το Ε.Σ.Υ.. Η προθεσμία των 60 ημερών για να αποφασίσουν αργότερα άλλαξε και έγινε προθεσμία ενός έτους, καθώς οι πανεπιστημιακοί γιατροί του Ε.Σ.Υ. άσκησαν πίεση στο Υπουργείο Υγείας. Μετά από ένα χρόνο, η κυβέρνηση της Ν.Δ. έπεσε και ως εκ τούτου το σχετικό προεδρικό διάταγμα δεν εκδόθηκε ποτέ (Nikolentzos and Mays, 2008).

Τον Οκτώβριο του 1993 το ΠΑ.ΣΟ.Κ. κερδίζει τις εκλογές και επιστρέφει στην εξουσία. Η πρώτη προτεραιότητα της κυβέρνησης του Ανδρέα Παπανδρέου ήταν να επανεγγράψει το νόμο του Ε.Σ.Υ., επαναφέροντας τον στην αρχική του μορφή, αφαιρώντας τις «φιλελεύθερες» διατάξεις της Ν.Δ., αλλά και αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα για να γίνουν ορισμένες αλλαγές. Υπουργός υγείας αναλαμβάνει ο Δημήτρης Κρεμαστινός, προσωπικός γιατρός του πρωθυπουργού Ανδρέα Παπανδρέου. Το 1994, ο Δημήτρης Κρεμαστινός, απευθύνει πρόσκληση σε μια επιτροπή διεθνών εμπειρογνομόνων στον τομέα της υγείας, στην οποία προέδρευε ο καθηγητής Brian Abel-Smith της Σχολής Οικονομικών του Λονδίνου (Nikolentzos and Mays, 2008). Η επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το Ε.Σ.Υ. ήταν

αναποτελεσματικό και συνέστησε ένα δεκαετές σχέδιο για μεταρρύθμιση. Τα κυριότερα προβλήματα που εντόπισε αναφέρονταν σε φαινόμενα διαφθοράς, υπεραπασχόλησης γιατρών και οργανωτικής αδυναμίας στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη (Abel-Smith et al., 1994). Η Ε.Ν.Ι.Α.Π. (Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Αθηνών και Πειραιώς) αντιτάχθηκε σθεναρά στις προτάσεις της επιτροπής και απείλησε ότι εάν εφαρμοστούν, το προσωπικό του νοσοκομείου θα απεργήσει. Οι προτάσεις αποσύρθηκαν το 1996, καθώς οι υπουργικοί σύμβουλοι υποστήριξαν ότι η Ελλάδα χρειάζεται μια λιγότερο ριζοσπαστική μεταρρύθμιση (Nikolentzos and Mays, 2008). Έτσι, η επιλογή των κατάλληλων αλλαγών αναβάλλονται με συνέπεια να μην ανακόπτεται η άσχημη πορεία που έχει ήδη αρχίσει να εξελίσσεται στο Ε.Σ.Υ. (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019).

Τον Ιούλιο του 1997, νέος υπουργός υγείας αναλαμβάνει ο Κώστας Γείτονας, ο οποίος θα εισάγει μια λιγότερο ριζοσπαστική μεταρρύθμιση με στόχο τον περιορισμό του κόστους, συμπεριλαμβάνοντας την εισαγωγή διευθυντικού προσωπικού στα νοσοκομεία, την ανάπτυξη αστικών κέντρων υγειονομικής περίθαλψης και αλλαγές στον τρόπο κατάρτισης προϋπολογισμών των νοσοκομείων. Ωστόσο, ο υπουργός Γείτονας κατάργησε επίσης μία από τις πιο σημαντικές διατάξεις από το προηγούμενο σχέδιο του Κρεμαστινού, δηλαδή τη δημιουργία ενός ενοποιημένου ταμείου ασθενείας (Nikolentzos and Mays, 2008).

Οι μεταρρυθμίσεις του Γείτονα αντιπροσώπευαν κάποιες παραδοσιακές, σταδιακές αλλαγές που θεωρούνται πιο αποδεκτές από τους κύριους παράγοντες του συστήματος και ειδικά τους γιατρούς. Το σημαντικότερο στοιχείο είναι ότι η κυβέρνηση ή τα πολιτικά κόμματα απέφυγαν το πολιτικό κόστος μιας ριζικής μεταρρύθμισης. Χρειάστηκαν πάνω από δύο χρόνια συζητήσεων ώστε να οδηγήσουν στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων του Κώστα Γείτονα, το 1999. Οι βασικοί φορείς, όπως οι γιατροί, είχαν αρκετό χρόνο για να αναδιαμορφώσουν το σχέδιο σύμφωνα με τα συμφέροντά τους. Ως εκ τούτου, το νομοσχέδιο περιελάμβανε γενναιόδωρες αυξήσεις στους μισθούς των ιατρών του νοσοκομείου, αλλά τα μέτρα που ήταν για τον περιορισμό του κόστους (όπως αλλαγές στη διαχείριση των νοσοκομείων) δεν υλοποιήθηκαν (Tragakes and Polyzos, 1998 · Nikolentzos and Mays, 2008).

Το 2000, το ΠΑ.ΣΟ.Κ. επανεκλέχθηκε, νέος Υπουργός Υγείας αναλάμβανε ο Αλέκος Παπαδόπουλος. Ο νέος Υπουργός, ανακοίνωσε ένα μεγάλο σχέδιο μεταρρύθμισης που περιελάμβανε τη σύσταση ενιαίου ασφαλιστικού ταμείου με τη

συγχώνευση των ταμείων του Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ. και Ο.Α.Ε.Ε. και τη δημιουργία 17 περιφερειακών συστημάτων υγείας, καθώς επίσης και τη δημιουργία ενός συστήματος οικογενειακού γιατρού. Γνωρίζοντας ότι η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου θα προκαλούσε μεγάλη αντιπαράθεση και ότι η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης απαιτούσε σημαντική οικονομική επένδυση, ο υπουργός εν τέλει αποφάσισε πρώτα να αναλάβει τη μεταρρύθμιση του νοσοκομειακού τομέα (Davaki and Mossialos, 2015).

Το 2001, στα πλαίσια της βελτίωσης και του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ., ψηφίστηκε ο Ν.2889/2001, για την περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ.. Στην φιλοσοφία του νόμου, ήταν η δημιουργία μιας παράλληλης δομής με εκείνη του Υπουργείου για τον συντονισμό των υπηρεσιών των νοσοκομείων και τον προγραμματισμό σε περιφερειακό επίπεδο. Ο νόμος υποχρέωνε επίσης τους πανεπιστημιακούς γιατρούς να επιλέξουν εάν θα ασκούσαν το επάγγελμά τους στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Οι πανεπιστημιακοί γιατροί αμφισβήτησαν τη συνταγματικότητα του νόμου και προσέφυγαν δικαστικά, με τον ισχυρισμό ότι παραβιάζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα, βάσει της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Η απόφαση του δικαστηρίου δεν δικαίωσε τους γιατρούς, οι οποίοι στη συνέχεια έκαναν απεργία και αρνήθηκαν να διδάξουν τους φοιτητές τους στα πανεπιστήμια. Έτσι, έχοντας και την επίγνωση της αδυναμίας του να αλλάξει το καθεστώς των δημοσίων υπαλλήλων του Ε.Σ.Υ., ο Αλέκος Παπαδόπουλος κατάργησε το νομικό καθεστώς κάθε μεμονωμένου νοσοκομείου και έκανε τα νοσοκομεία υπόλογα στις περιφέρειες, έτσι ώστε το προσωπικό να μην συνδέεται πλέον με ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο αλλά να μπορεί να μετακινηθεί σε κάθε περιοχή (οι περιφερειακοί διευθυντές δεν άσκησαν ποτέ αυτή την εξουσία). Επιπλέον, δημιουργήθηκαν θέσεις για managers διευθυντών νοσοκομείων, για την αντικατάσταση εκείνων που είχαν τοποθετηθεί με πολιτικά κριτήρια και καταργήθηκαν τα νοσοκομειακά συμβούλια, στα οποία τα μέλη που ήταν διορισμένα από την κυβέρνηση, ενώ μαζί με τους εκπροσώπους των νοσοκομειακών ενώσεων, είχαν και την απόλυτη πλειοψηφία. Ήταν η πρώτη φορά, που ορισμένοι περιφερειακοί διευθυντές και διευθυντές νοσοκομείων δεν συνεργάστηκαν με το κυβερνών κόμμα. Ωστόσο, πολλοί υπουργοί της κυβέρνησης και συνδικάτα εξέφρασαν τη δυσαρέσκεια τους για τον Υπουργό Υγείας, επειδή ένοιωθαν ότι δεν μπορούσαν να ελέγξουν τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, ο πρωθυπουργός Κώστας Σημίτης αρνήθηκε να εγκρίνει το σχέδιο για τη δημιουργία

ενός ενιαίου ταμείου ασφάλισης, το οποίο συνάντησε τεράστιες αντιστάσεις από τους πολίτες και τις συνδικαλιστικές οργανώσεις, ή να εισαγάγει το σύστημα του οικογενειακού γιατρού. Δεν ενέκρινε επίσης τη διαμάχη του υπουργού με τους πανεπιστημιακούς γιατρούς και το Ιούνιο του 2002 τον αντικατέστησε με τον Κωνσταντίνο Στεφανή, έναν συνταξιούχο καθηγητή της ιατρικής σχολής, που ήταν επίσης εξέχον μέλος της Ακαδημίας Αθηνών. Ο νέος υπουργός υιοθέτησε μια προσεκτική προσέγγιση και δεν εισήγαγε τα μέτρα που είχε προγραμματίσει ο προηγούμενος υπουργός σχετικά με τη χρηματοδότηση ή τη διασφάλιση ποιότητας. Από τον Ιούνιο του 2002 μέχρι τον Μάρτιο του 2004, σημειώθηκε επιβράδυνση, αν όχι αδιέξοδος, στον ρυθμό των αλλαγών. Η μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θεσπίστηκε τον Δεκέμβριο του 2003, τέσσερις μήνες πριν τις εθνικές εκλογές, θεωρήθηκε ότι ήταν πολύ αργά για να κριθεί αξιόπιστη, ενώ έγινε περισσότερο αντιληπτή ως μια προεκλογική υπόσχεση (Davaki and Mossialos, 2015).

Το 2004, η Ν.Δ. ξαναγίνεται κυβέρνηση και το 2005 με τον Ν.3329/2005, δίνει την ευκαιρία στα νοσοκομεία και σε άλλες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας να προχωρούν σε συμφωνίες με ιδιωτικές εταιρείες, από τότε θα ξεκινούσε ένας διάλογος σε σχέση με τους τρόπους συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην λειτουργία του συστήματος υγείας (Πετμετζίδου et al., 2010). Συγκεκριμένα, στο άρθρο 17, επέτρεπε τη «*σύναψη προγραμματικών συμβάσεων μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, των λοιπών Υπουργείων, των Περιφερειών, των Δ.Υ.Π.Ε., των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας, του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, του Εθνικού Παρατηρητηρίου Ατόμων με Αναπηρίες και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, καθώς και μεταξύ αυτών και οποιουδήποτε δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα ή μη κυβερνητικής οργάνωσης στο πλαίσιο της εύρυθμης οργάνωσης και λειτουργίας τους*» (Ν.3329/2005). Είναι γεγονός ότι η μεθοδολογία των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όπως προβλεπόταν στον Ν.3329/2005, έχει ήδη εφαρμοστεί στα περισσότερα Ελληνικά Νοσοκομεία στους τομείς παροχής υπηρεσιών ασφάλειας-φύλαξης, σίτισης και καθαριότητας (Πετμετζίδου et al., 2010). Στο πεδίο των ρυθμίσεων για το Ε.Σ.Υ., αυτές αποσκοπούσαν στο να έχει τον έλεγχο η κυβέρνηση, αν και οι επιλογές των στελεχών δεν ανήκαν στο κυβερνών κόμμα και αυτό έγινε με την παρότρυνση του Κώστα Καραμανλή. Παρόλα αυτά, τα ζητήματα της διοίκησης των νοσοκομείων και της επιλογής στελεχών δε ρυθμίστηκαν με μια νομοθετική και οριστική λύση που να τη διέπει ο κανόνας της αξιοκρατίας και της

ανεξαρτησίας. Ο τότε υπουργός υγείας της Ν.Δ., Νικήτας Κακλαμάνης, με μακρά πείρα από το παρελθόν, καθώς υπήρξε και γενικός γραμματέας του πανελλήνιου ιατρικού συλλόγου γνώριζε ότι οποιαδήποτε πρόοδος στο σύστημα υγείας απαιτεί σύγκρουση με το ιατρικό σώμα. Χαρακτηριστική ήταν η φράση του όταν αποχώρησε από το υπουργείο: *«Φεύγω πριν με φάνε τα Πιράνχας είχε πει ο Αλέκος Παπαδόπουλος, φοβάμαι μη με φάνε κι εμένα»*. Κατάφερε όμως κατά την περίοδο της θητείας του, με την ενθάρρυνση του Κώστα Καραμανλή, να νομιμοποιήσει το Ε.Σ.Υ. στη συνείδηση των πολιτών που ασπάζονται την ιδεολογία της Ν.Δ. και επίσης της παρουσίας αυτών στο Ε.Σ.Υ. Επί της ουσίας η Ν.Δ. αποδέχθηκε το θεσμικό πλαίσιο με το οποίο διαμορφώθηκε το εθνικό σύστημα υγείας από τη δεκαετία του 1980 και μετά (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019).

2.3.5 Συμπερασματικές διαπιστώσεις

Ποτέ δεν ήταν η συνολική συγκυρία της εποχής εκείνης τόσο ευνοϊκή για τη μεταρρύθμιση της υγείας. Στους παράγοντες που συνέβαλαν στην απόλυτη αποτυχία του να καθιερωθεί ένα καθολικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται η υπερβολική γραφειοκρατία, ο κακός σχεδιασμός, η κακή διαχείριση και η έλλειψη τεχνικής ικανότητας και εμπειρογνομosύνης στη διαχείριση των αλλαγών. Επιπλέον, η αποτυχία πλήρους εφαρμογής του Ε.Σ.Υ. οφείλεται επίσης στην κακή πορεία της ελληνικής οικονομίας στα μέσα της δεκαετίας του 1980. Οι κοινωνικές δαπάνες, με έμφαση στις συντάξεις, αυξήθηκαν από 10,79% του Α.Ε.Π. το 1980 σε 16,63% το 1985, αλλά οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη παρέμειναν σχετικά σταθερές. Επιπλέον, μεταξύ του 1981 και του 1985 το δημόσιο έλλειμμα αυξήθηκε σχεδόν κατά 50%. Όλα αυτά οδήγησαν, το 1985, σε ένα κυβερνητικό πρόγραμμα οικονομικής σταθερότητας. Έτσι αλλάζουν οι προτεραιότητες της πολιτικής στην υγεία με την εγκατάλειψη πολλών από τους στόχους της μεταρρύθμισης, κυρίως εκείνων που συνδέονται με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και το ενοποιημένο ταμείο, δίνοντας έμφαση στη δέσμευση της κυβέρνησης για επέκταση του νοσοκομειακού τομέα. Αυτή η αλλαγή πολιτικής ικανοποίησε τη συνδικαλιστική οργάνωση των ιατρών του νοσοκομείου (που ελέγχεται από τα μέλη του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και από κόμματα της αριστεράς), καθώς και τα συνδικάτα των δημοσίων υπαλλήλων Α.Δ.Ε.Δ.Υ. και των νοσοκομείων, (τα οποία ελέγχονται σε μεγάλο βαθμό από τα μέλη του ΠΑ.ΣΟ.Κ.), που είδαν την επέκταση του νοσοκομειακού τομέα ως τρόπο επέκτασης

της ισχύος τους και των δικών τους πελατειακών σχέσεων εντός του συστήματος υγείας (Davaki and Mossialos, 2015).

Συμπερασματικά, η εξάπλωση της νοσοκομειακής φροντίδας και της διασποράς κέντρων υγείας σε όλη την Ελληνική περιφέρεια, που έφερε η ίδρυση και η ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ. κατά την περίοδο της μεταπολίτευσης, μπορεί να μην οδήγησαν στον εκσυγχρονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έφτιαξαν, όμως, μια ιδεολογική και εμπειρική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία, η καλή υγεία γινόταν ο μοχλός για την ατομική ανάπτυξη και αναπόσπαστο τμήμα της κοινωνικής συναίνεσης (Αυγερίδης et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (2009 – 2019)

3.1 Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και το σύστημα υγείας διαιρείται σε (Ο.Ο.Σ.Α., 2017):

- ✓ Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία παρέχεται από το Ε.Σ.Υ. και συγκροτείται από τα αγροτικά ιατρεία, τις Το.Μ.Υ., καθώς και από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η Π.Φ.Υ. παρέχεται επίσης και από τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες σε δημόσιους υπαλλήλους και συνταξιούχους μέσω των ιδιωτικών ιατρείων που είναι συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Επιπλέον, οι πολίτες αγοράζουν μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων ή με άμεση πληρωμή από τις οικονομίες τους, υπηρεσίες από ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά εξεταστικά κέντρα, ιατρικά εργαστήρια και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων για παροχή υπηρεσιών εκτός Ε.Σ.Υ..
- ✓ Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., από άλλα νοσοκομεία του δημοσίου εκτός Ε.Σ.Υ. και από κλινικές του ιδιωτικού τομέα. Αναλόγως των υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία της Ελλάδος χαρακτηρίζονται ως γενικά ή εξειδικευμένα. Στα γενικά νοσοκομεία λειτουργούν τμήματα με πολλές ειδικότητες και για όλους τους κλάδους της ιατρικής, ενώ στα εξειδικευμένα νοσοκομεία παρέχονται υπηρεσίες υγείας για μία και μόνη ειδικότητα.

3.2 Οι δομικές αδυναμίες του Ε.Σ.Υ.

Η λειτουργία του Ε.Σ.Υ. ως στοιχείο του κοινωνικού κράτους την περίοδο που προηγήθηκε της οικονομικής κρίσης αποτέλεσε μία εκ των αιτίων για την επιδείνωση της δημοσιονομικής κατάστασης της Ελλάδος. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένας συνδυασμός στοιχείων τόσο ενός εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο

προσομοιάζει στο μοντέλο «Beveridge», όπου το δημόσιο είναι κυρίαρχο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από την κρατική φορολογία, όσο και ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο προσομοιάζει στο μοντέλο «Bismarck», με την ασφάλιση να είναι υποχρεωτική και την χρηματοδότηση να γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, η συνύπαρξη των δύο βασικών πηγών δημόσιας χρηματοδότησης δεν περιόρισε την ιδιωτική δαπάνη για την υγεία, η οποία συνέχιζε να κινείται σε σχετικά υψηλά επίπεδα. Αυτό συνέβαινε γιατί το σύστημα υγείας πορευόταν με μια σειρά από δομικές αδυναμίες και αναποτελεσματικότητες με ένα χρηματοδοτικό περιβάλλον που δεν αντιστοιχούσε με το εύρος της κάλυψης, με γεωγραφική ανισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με τη λειτουργία των νοσοκομείων να υστερούν από διαχειριστική και χρηματοοικονομική ικανότητα, ένα πολυκερματισμένο σύστημα με απουσία συντονισμού των δομών από τους δρώντες του συστήματος, η προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν ταίριαζε, σε όρους ποιότητας ή έγκαιρης παροχής, με τη ζήτηση, με φαινόμενα διαφθοράς σε εκτεταμένο βαθμό σε διάφορα επίπεδα και διαστάσεις του συστήματος υγείας και τέλος η αδυναμία για κάλυψη όλου του φάσματος της προβλεπόμενης υγειονομικής περίθαλψης με αφετηρία όλων την πρόληψη. Οι δομικές αδυναμίες του συστήματος υγείας υπό αυτό το περιβάλλον μπορούν να συνοψιστούν στα εξής τέσσερα φαινόμενα, χωρίς να αγνοούνται άλλα σημαντικά ζητήματα (Τριαντόπουλος, 2018):

1. Ο κατακερματισμός του συστήματος. Υπήρχε μεγάλος αριθμός ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, με διαφορετικούς κλάδους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών από αυτά τα ταμεία και επίσης με διαφορετικό καθεστώς για ποιοτική και ποσοτική υγειονομική κάλυψη. Υπήρχαν από τη μία πλευρά τα «ευγενή» ταμεία τα οποία παρείχαν ποσοτική και ποιοτική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης σε υψηλά επίπεδα αλλά για συγκεκριμένες κοινωνικές και επαγγελματικές ομάδες, σε αντίθεση με τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία και καθεστώτα τα οποία παρείχαν σε συγκεκριμένες κοινωνικές και επαγγελματικές ομάδες, ιδιαίτερα του ιδιωτικού τομέα μια περιορισμένη υγειονομική κάλυψη.
2. Η υψηλή δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε μια δημογραφική επιβάρυνση με σημαντικότερο στοιχείο τη γήρανση του πληθυσμού, με αυξητικές τάσεις, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε όλη την Ευρώπη. Η αύξηση της δημόσιας δαπάνης, ήταν αποτέλεσμα της

πολυπλοκότητας και του κατακερματισμού του συστήματος υγείας, διόγκωνε συνεχώς την προκλητή ζήτηση και ανέπτυξε φαινόμενα διασπάθισης δημοσίων πόρων, σε ένα ευρύτερο περιβάλλον όπου η χρηστή δημοσιονομική διαχείριση είχε τεθεί στο περιθώριο. Εξέλιξη που επιβάρυνε τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, δημιούργησε ελλείμματα στα ασφαλιστικά τους ταμεία και επιβάρυνε τα οικονομικά των νοσοκομείων.

3. Ο προσανατολισμός της αυξανόμενης δαπάνης στη νοσοκομειακή περίθαλψη και στα φάρμακα. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα είναι αναλογικά περισσότερη στη νοσοκομειακή περίθαλψη και τα ιατρικά προϊόντα, ενώ πολύ λιγότερη είναι η δαπάνη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τη μακροχρόνια φροντίδα και την πρόληψη της υγείας.
4. Η αναποτελεσματική οργανωτική και διοικητική διάρθρωση, παρά τη σημαντική ενίσχυση του υγειονομικού συστήματος με δημόσιους πόρους. Η οργανωτική αναποτελεσματικότητα του συστήματος έγκειται στους εξής τρεις λόγους: α) στην απουσία ενός επαρκούς συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, το οποίο θα συγκρατούσε την πίεση προς τα νοσοκομεία, τα οποία θα μπορούσαν να εστιάσουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα και σε εξειδικευμένα ζητήματα, β) στη δομή του απασχολούμενου προσωπικού στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα έχει τη μεγαλύτερη αναλογία γιατρών και τη μικρότερη αναλογία νοσηλευτών στο σύνολο του πληθυσμού της, γ) στο μεγάλο αριθμό νοσοκομείων αναφορικά με τον πληθυσμό, λαμβάνοντας υπόψη και τις αδυναμίες για χρηστή δημοσιονομική διαχείριση και διοίκηση των δημόσιων μονάδων υγείας.

Τέλος, ο Παρασκευάς Αυγερινός στο βιβλίο του *«Η αλλαγή τελείωσε νωρίς, τρεις ιστορίες από την πολιτική μου ζωή»* τονίζει ότι η επιτυχία του Ε.Σ.Υ. το 1983 στηριζόταν κατά τρόπο απόλυτο στην εφαρμογή της Π.Φ.Υ. και του Ε.Φ.Υ. και συνεχίζει τη σκέψη του ότι: *«Η μη εφαρμογή των θεσμών αυτών, ή η μερική μόνον υλοποίησή τους, αποτελεί την κύρια αιτία του ανολοκλήρωτου ΕΣΥ και μάλιστα αν δεν τύχουν πλήρους εφαρμογής, να μην προσδοκούμε ουσιαστική ύπαρξη και λειτουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας»* (Αυγερινός, 2013).

3.3 Οι διαρθρωτικές παρεμβάσεις στο Ε.Σ.Υ. όπως αυτές προωθήθηκαν στο πλαίσιο του μνημονίου

Το 2010, στο πλαίσιο του μνημονίου (πρόγραμμα οικονομικής πολιτικής), που υπέγραψε η Ελλάδα με το μηχανισμό στήριξης στον οποίο συμμετείχαν η Ε.Ε., η Ε.Κ.Τ. και το Δ.Ν.Τ., επειδή πλέον η Ελλάδα αδυνατούσε να χρηματοδοτήσει το δημοσιονομικό της έλλειμμα από τις διεθνείς αγορές, προωθήθηκαν μια σειρά διαρθρωτικών παρεμβάσεων μεταξύ των οποίων αφορούσαν το Ε.Σ.Υ.. Έτσι, δόθηκε έμφαση: στη μείωση των δαπανών και παράλληλα στον εκσυγχρονισμό της δημοσιονομικής διαχείρισης των μονάδων του συστήματος υγείας, στη βελτίωση και ενίσχυση της αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας του συστήματος και των δαπανών για την υγεία και στην ενθάρρυνση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Οι διαρθρωτικές παρεμβάσεις ως προς τη μείωση των δημοσίων δαπανών και τον εκσυγχρονισμό της δημοσιονομικής διαχείρισης του Ε.Σ.Υ. ήταν οι παρακάτω (Τριαντόπουλος, 2018):

- Εκσυγχρονισμός και υιοθέτηση πιο αυστηρών διαδικασιών για τον έλεγχο στα οικονομικά των νοσοκομείων (παρεμβάσεις στον τρόπο διοίκησης, προώθηση μηχανογραφικών συστημάτων και διπλογραφικού λογιστικού συστήματος).
- Αλλαγές στο σύστημα προμηθειών με τη θεσμοθέτηση διενέργειας διαγωνισμών για προμήθεια υγειονομικού υλικού σε κεντρικό επίπεδο.
- Η εισαγωγή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) για τον εξορθολογισμό της χρηματοδότησης των νοσοκομείων, ένα σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών για την ενίσχυση της οικονομικής ικανότητας των νοσοκομείων.
- Η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος για τις αμοιβές των νοσοκομείων όπου η κοστολόγηση των υπηρεσιών θα στηρίζεται στη μέθοδο του συστήματος των διαγνωστικών ομοιογενών ομάδων (DRG-Diagnosis Related Groups), ούτως ώστε να τηρούνται κανόνες αντικειμενικότητας και διαφάνειας ως προς την αποζημίωση των νοσοκομειακών μονάδων.
- Η σύσταση «Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων» για να προωθηθεί ένα εθνικό σύστημα αμοιβών, το οποίο θα εναρμονίζεται στα ελληνικά δεδομένα και θα αξιοποιεί τα στοιχεία που συγκεντρώνει από τις μονάδες υγείας της χώρας.

- Η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε όλο το φάσμα του συστήματος υγείας, για τον έλεγχο και περιορισμό της υψηλής φαρμακευτικής δαπάνης και της δαπάνης για διαγνωστικές εξετάσεις.
- Ο εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών μέσω της προώθησης πολιτικών όπως: α) η εισαγωγή της «αρνητικής» λίστας φαρμάκων, β) η προώθηση γενόσημων φαρμάκων μέσω της προσφοράς τους σε μειωμένη τιμή και της παρότρυνσης για την χρήσης τους και γ) η κατάρτιση «θετικού» καταλόγου φαρμάκων.
- Η ενίσχυση της πρόνοιας προς το συμφέρον του δημοσίου της λειτουργίας των φαρμακείων μέσω της προώθησης νομοθετικής παρέμβασης για την απελευθέρωση του επαγγέλματος των φαρμακοποιών και για να περιοριστεί το μικτό περιθώριο κέρδους των φαρμακείων του χονδρικού εμπορίου στον χώρο του φαρμάκου.
- Ο περιορισμός των φαρμακευτικών δαπανών του δημοσίου μέσω της θέσπισης ορίων, εφαρμογή του αυτόματου μηχανισμού επιστροφής δημοσίων πόρων από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία στην περίπτωση που οι δαπάνες ξεφεύγουν από τα προβλεπόμενα όρια («clawback» και «rebate»).
- Η δημιουργία ενός κέντρου αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας, το οποίο θα συμβάλει στην υιοθέτηση της οικονομικής αξιολόγησης, της εξοικονόμησης πόρων και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

3.4 Οι Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας (2009-2019)

Μέχρι το 2009 υπήρχε ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μεταρρυθμιστικής αδράνειας από τις ελληνικές κυβερνήσεις. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν σε αυτό το χρονικό διάστημα από τους υπουργούς υγείας Α. Δοξιάδη, Π. Αυγερινό, Δ. Κρεμαστινό και Α. Παπαδόπουλο προσέκρουαν πάντα στη συγκυρία των κομματικών μηχανισμών, στις ελεγχόμενες κομματικά συνδικαλιστικές οργανώσεις, στα μεγάλα οργανωμένα συμφέροντα της ιατρικής ελίτ και των φαρμακευτικών εταιρειών. Τα εμπόδια ήταν κυρίως πολιτικού χαρακτήρα και ήταν εντός των κομμάτων που ασκούσαν κυβερνητική εξουσία στα οποία οι

κυβερνητικοί βουλευτές επηρεάζονταν από τις διάφορες ομάδες συμφερόντων και τις πιέσεις που τους ασκούσαν.

Η συγκυρία της οικονομικής κρίσης του 2009 και ο δημοσιονομικός εκτροχιασμός του Ελληνικού κράτους ήταν ο καταλύτης των εξελίξεων για να προχωρήσουν μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που αναβάλλονταν για χρόνια από τις ελληνικές κυβερνήσεις για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω. Έτσι η χρονική συγκυρία της οικονομικής κρίσης θεωρήθηκε ως μια κατάλληλη ευκαιρία για τη θεσμοθέτηση μιας σειράς μεταρρυθμίσεων στον προβληματικό τομέα της υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (το 2011) και του Π.Ε.Δ.Υ. (το 2014), ο Ν.4368/2016 για τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων, η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. (το 2017) και η επανίδρυση του Ε.Ο.Δ.Υ. (το 2019) ως Ν.Π.Ι.Δ., ήταν οι σημαντικότερες νομοθετικές παρεμβάσεις που πέρασαν κατά πλειοψηφία στο ελληνικό κοινοβούλιο χωρίς να συναντήσουν ιδιαίτερες πολιτικές αντιστάσεις στο εσωτερικό των κυβερνήσεων εκείνης της περιόδου, οι συνθήκες στην χώρα ήταν πλέον πιο ώριμες για να πραγματοποιηθούν οι διαρθρωτικές αλλαγές του συστήματος υγείας.

Στους παράγοντες που διευκόλυναν τις μεταρρυθμίσεις, ήταν η δημοσιονομική παρακολούθηση και η αυξανόμενη επιρροή των υπερεθνικών παραγόντων μέσω των οποίων μετατοπίστηκε η λήψη των αποφάσεων προς τα πάνω, ήτοι στους διεθνείς δανειστές και στην εθνική εκτελεστική εξουσία, ενώ παραδοσιακοί φορείς που ως συνήθως έβαζαν βέτο στις αλλαγές, όπως τα μεγάλα συνδικάτα και τα προνομιακά ταμεία ασφάλισης υγείας, παραμελήθηκαν. Ταυτόχρονα, συγκλίνουσες επιλογές πολιτικής μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. καθοδήγησαν τις μεταρρυθμίσεις πρώτα προς την υλοποίηση αυστηρών ελέγχων και μέτρων περιορισμού του κόστους που μετατοπίζουν το κόστος στους ασθενείς και δεύτερον στη διττή προσέγγιση για τη διακυβέρνηση που ενοποιεί τους παρόχους υπηρεσιών, αλλά και αποκεντρώνει τη διοίκηση και τη διαχείριση (Petmesidou, 2019).

3.4.1 Ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Ν.3918/2011)

Το 2011, σε μια περίοδο έντονης δημοσιονομικής και οικονομικής κρίσης, ο Υπουργός Υγείας, Ανδρέας Λοβέρδος, ο οποίος συνέβαλλε θετικά στην πρόοδο των διαδικασιών για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, κατάφερε να φέρει προς

ψήφιση στο ελληνικό κοινοβούλιο το νομοσχέδιο για την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το οποίο έγινε νόμος του κράτους με τις ψήφους των κυβερνητικών βουλευτών.

Η κεντρική φιλοσοφία του νομοθέτη είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, κατά τρόπο ενιαίο και ισότιμο για όλους τους κλάδους και φορείς που εντάσσονται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Αθανασάκης et al., 2013), καθώς και η λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως βασικού αγοραστή στην αγορά υγείας, με τη μορφή δημόσιου «μονοψωνίου».

Με τον Ν. 3918/2011: «*Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*», θεσπίζεται ένα νέο σύστημα προμηθειών για τους φορείς των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας, ιδίως των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Με τον ίδιο νόμο, για πρώτη φορά, ιδρύεται Ν.Π.Δ.Δ., με την επωνυμία: «Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας», Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάχθηκαν, ο κλάδος υγείας του Ι.Κ.Α.–Ε.Τ.Α.Μ. με τις μονάδες υγείας του, το Ι.Κ.Α. με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας Ο.Γ.Α. και του Ο.Α.Ε.Ε., ο Ο.Π.Α.Δ., όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), ως προς τις παροχές σε είδος και με την ένταξη των 150.000 ασφαλισμένων του Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.. Ο Ο.Π.Α.Δ. αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας της χώρας, η σύστασή του ως Ν.Π.Δ.Δ. θεσμοθετήθηκε με το Ν.2768/1999, ενώ με τον Ν.3918/2011 πραγματοποιήθηκε η μετατροπή του σε ασφαλιστικό ταμείο (Οικονόμου, 2012). Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρθηκαν και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούσαν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Επίσης, στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρθηκε η ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α. και υπάχθηκε απευθείας στον διοικητή του οργανισμού (Ν.3918/2011).

Σύμφωνα με τον Ν.3918/2011, σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι:

- ✓ Να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους.
- ✓ Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που απαρτίζουν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ήτοι των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Ο.Τ.Α., των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των

συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ..

- ✓ Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων υγείας, η θέσπιση κανόνων για την παροχή ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας, ο διαχειριστικός έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των κονδυλίων.
- ✓ Να καθορίζει τα κριτήρια και τους όρους σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς να αναθεωρεί και να τροποποιεί τους όρους αυτούς, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.: α) από τις μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., β) από τους συμβεβλημένους με το Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., τον Ο.Α.Ε.Ε. και τον Ο.Π.Α.Δ. ιατρούς και γ) από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων. Επίσης, με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων (Ν.3918/2011).

3.4.1.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει

Οι σημαντικότερες παθογένειες του συστήματος υγείας που επεδίωκε να θεραπεύσει η μεταρρύθμιση του Ν.3918/2011 αποτελούσαν τα συσσωρευμένα χρέη των νοσοκομείων και η κατασπατάληση δημοσίων πόρων σε πλημμελώς ελεγχόμενες προμηθευτικές δαπάνες. Εξαιτίας αυτής της σπατάλης, το Ε.Σ.Υ. οδηγήθηκε στα όρια της οικονομικής του βιωσιμότητας, αδυνατώντας να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προς τους πολίτες (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011).

Πρώτα η ανάγκη για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και ύστερα τα συσσωρευμένα χρέη του Ε.Σ.Υ. προς τους προμηθευτές ιατρικού και τεχνολογικού υλικού και υπηρεσιών, καθώς επίσης και η ανεξέλεγκτη αύξηση των ετήσιων σχετικών δαπανών των ετών που προηγήθηκαν της μεταρρύθμισης του Ν.3918/2011, αποτελούν τα σημαντικότερα προβλήματα του δημόσιου τομέα υγείας της χώρας. Η λειτουργία του Ε.Σ.Υ. όλα αυτά τα χρόνια ανέδειξε την χρόνια αδυναμία του

συστήματος να λειτουργεί ωφέλιμα ως προς τα συμφέροντα των Ελλήνων πολιτών. Οι σπουδαιότερες από αυτές τις αδυναμίες αφορούσαν τη διαδικασία εκτέλεσης προμηθειών, με τις κυριότερες να είναι οι εξής (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011):

- Η Μεγάλη καθυστέρηση στις διαδικασίες προγραμματισμού και διενέργειας διαγωνισμού προμηθειών.
- Η απουσία ενιαίων τεχνικών προδιαγραφών για τα υλικά σε όλους τους διαγωνισμούς, με αποτέλεσμα να ευνοείται η καταστρατήγηση των κανόνων των διαγωνισμών.
- Η εξόφληση των προμηθευτών γινόταν με μεγάλη καθυστέρηση, αυτό είχε ως αποτέλεσμα την υπερτιμολόγηση των υλικών και την διόγκωση των προσφερομένων τιμών.
- Η κάθε μονάδα χωριστά ασκούσε μικρή διαπραγματευτική δύναμη, απέναντι στους προμηθευτές, οι οποίοι το εκμεταλλεύονταν και δημιουργούσαν ολιγοπώλια μοιράζοντας την αγορά.
- Ο κατακερματισμός των διαγωνισμών και οι ελλείψεις στην παρακολούθηση και τον συντονισμό της εκτέλεσης συμβάσεων οι οποίες για το ίδιο αντικείμενο μπορεί να είναι πολλές, καθώς και οι προσφυγές επί των διαδικασιών των απευθείας αναθέσεων και των πρόχειρων διαγωνισμών.
- Δεν υπήρχε μηχανισμός εσωτερικού ελέγχου για τις ποσότητες των αναλώσιμων υλικών.

Στις παθογένειες του δημόσιου συστήματος υγείας συγκαταλέγονται οι υπερτιμολογήσεις υλικών και φαρμάκων, η αλόγιστη σπατάλη αυτών, η αδυναμία να ελέγχονται οι πραγματοποιηθείσες προμήθειες προϊόντων σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες. Όλα αυτά έφεραν το δημόσιο σύστημα υγείας στα όρια της βιωσιμότητας του. Η εξοικονόμηση πόρων ήταν αναγκαία για να διασφαλιστεί η πλήρης κάλυψη των αναγκών του δημόσιου συστήματος υγείας και για να διατηρηθούν και να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες. Άρα οι διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα προμηθειών υγείας ήταν αναγκαίες, ιδιαίτερα σε μια περίοδο που στην χώρα επικρατούσαν οι έκτακτες συνθήκες της δημοσιονομικής κρίσης (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011).

3.4.1.2 Διακηρυγμένοι στόχοι

Η μεταρρύθμιση του δημόσιου συστήματος υγείας με τον Ν.3918/2011 στόχευε να εξορθολογήσει και να εξυγιάνει τη λειτουργία του συστήματος προμηθειών καθιστώντας το επωφελές για το δημόσιο, για το στόχο αυτό καθιέρωνε μια σειρά μέτρων που θα ομογενοποιούν και θα συνδέουν διάσπαρτα στοιχεία και αρμοδιότητες σχετικά με τις προμηθευτικές διαδικασίες (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011).

Με τη μεταρρύθμιση του Ν.3918/2011 ιδρύθηκε ο «Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας» (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Διακηρυγμένοι στόχοι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ήταν (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011):

α) η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και

β) η σύμπραξη των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με τις υπάρχουσες δομές τους, των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, των μονάδων υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και άλλων Ν.Π.Δ.Δ., καθώς και των συμβεβλημένων ιατρών κλπ στο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας ενιαίου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Διακηρυγμένος στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης και η ευθυγράμμιση της με τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ε.Ε., για την επίτευξη του στόχου καθιέρωνε (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011):

1. ένα ποσό επιστροφής από τα ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των κλάδων υγείας των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, έτσι επιτυγχανόταν μείωση στο ποσοστό κέρδους του φαρμακοποιού και
2. ένα ποσό επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης συμπεριλαμβανομένου του Ο.Π.Α.Δ. του Οίκου Ναύτου και των νοσοκομείων.

Η μεταρρύθμιση του Ν.3918/2011, στόχευε στη συνέχιση της λειτουργίας των ιδρυμάτων πρόνοιας, για την εξυπηρέτηση των πολιτών που έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες τους. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και των δεσμεύσεων που είχε

αναλάβει η χώρα, είχε ως αποτέλεσμα να μειωθούν οι προσλήψεις στα Ν.Π.Δ.Δ.. Επίσης, μεγάλος αριθμός υπαλλήλων είχαν συνταξιοδοτηθεί. Έτσι, με τις διατάξεις του νόμου ρυθμίζονταν θέματα επικουρικού προσωπικού και θέματα μεταφοράς οργανικών θέσεων μεταξύ Ν.Π.Δ.Δ., ώστε χωρίς να επιβαρυνθεί δημοσιονομικά η χώρα να πετύχει το στόχο της διατήρησης των υπαρχόντων φορέων και την διασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών πρόνοιας, με την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες που τις χρειάζονται και τις έχουν ανάγκη. Ο στόχος, ήταν να οργανωθούν οι υπάρχοντες φορείς με ένα ενιαίο, ευέλικτο και αποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας, με συντονισμό δράσεων, με τη συνεργασία και την συμπληρωματικότητα των εμπλεκόμενων φορέων σε αυτό (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011).

Εκ των βασικών στόχων της ρύθμισης, ήταν να εξορθολογιστεί το σύστημα προμηθειών υγείας και να ελέγχονται οι ετήσιες δαπάνες ώστε να ικανοποιούνται οι πραγματικές ανάγκες λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας. Σε ότι αφορά το ύψος των ετήσιων δαπανών, στόχευε να ανακόψει και να αντιστρέψει το φαύλο κύκλο της συσσώρευσης χρεών που είχε καταγραφεί κατά τη δεκαετία που προηγήθηκε της μεταρρύθμισης. Άρα, πετυχαίνοντας το στόχο του εξορθολογισμού των δαπανών, αυτό θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα για το σύνολο των πολιτών της χώρας, καθώς πλέον η διαχείριση των δημοσίων κονδυλίων θα ήταν επωφελέστερη, με αποτέλεσμα την εξεύρεση πόρων που θα βελτίωναν την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2011).

3.4.1.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις

Το νομοσχέδιο είχε καταψηφιστεί από Ν.Δ., Κ.Κ.Ε., ΛΑ.Ο.Σ. και ΣΥ.ΡΙΖ.Α.. Όλα τα κόμματα της αντιπολίτευσης είχαν ζητήσει να αποσυρθεί το νομοσχέδιο, το χαρακτήριζαν πρόχειρο, αναποτελεσματικό και καθοδηγούμενο από την τρόικα νομοσχέδιο (www.capital.gr, 2011). Η αντιμνημονιακή ρητορική, κατά τη διάρκεια της συζήτησης στο Ελληνικό Κοινοβούλιο, είχε κυριαρχήσει από την πλειοψηφία των κομμάτων της αντιπολίτευσης.

Η Ν.Δ. είχε εκφράσει τη θέση της ότι είναι υπέρ της συγκράτησης των δαπανών και του δημοσίου χρήματος, αλλά και της σωστής περίθαλψης των πολιτών. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης του νομοσχεδίου στο Ελληνικό κοινοβούλιο,

εισηγητής της Ν.Δ. ήταν ο κ. Γεώργιος Βαγιωνάς, στο ξεκίνημα της τοποθέτησής του από το βήμα της Βουλής, είχε πει ότι: «Δεν νομοθετεί η νόμιμα εκλεγμένη Κυβέρνηση του ελληνικού λαού. Νομοθετούν, η τρόικα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο». Συμφωνούσε με την κοστολόγηση των φαρμάκων και υλικών, καθώς και με τον διαχωρισμό των ταμείων υγείας και ασφάλισης, αλλά είχε επιφυλάξεις για το πώς θα καλυφθούν τα επιπλέον χρήματα λόγω αυτού του διαχωρισμού. Είχε προτείνει την οικονομική ενίσχυση του κλάδου υγείας και ασφάλισης μέσω της χρηματοδότησης από τη νομιμοποίηση των αυθαιρέτων. Σε άλλο σημείο τόνιζε την εγκατάλειψη της υπαίθρου από ιατρικό προσωπικό, ενώ για τα νοσοκομεία ότι επί της ουσίας έχουν μετατραπεί σε ολόημερα με πληρωμή εξωτερικά ιατρεία, ότι τα νοσοκομεία ασκούν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία έπρεπε να ασκείται στα αστικά κέντρα από το Ι.Κ.Α. καθώς διαθέτει οργανωμένα ιατρεία και στην ύπαιθρο από τα κέντρα υγείας. Ο εισηγητής της Ν.Δ. επεσήμαινε ότι τα νοσοκομεία πρέπει να ασκούν μόνο δευτεροβάθμια και κάποια εξ' αυτών τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο αντίλογος συνεχιζόταν με το άρθρο 19 με τον ισχυρισμό ότι πλέον τα τέσσερα ταμεία (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ.) θα χρηματοδοτούνται με τα μισά και λιγότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό, επομένως η χρηματοδότηση δεν θα είναι επαρκής για την δημόσια υγεία. Για τις ρυθμίσεις των φαρμακοποιών, η Ν.Δ. εξέφρασε την αντίθεσή της, με την αιτιολογία ότι τα έσοδα των φαρμακοποιών θα υποστούν μια μεγάλη περικοπή, λόγω της μείωσης του ποσοστού κέρδους στο 19,5% και της επιστροφής από ένα ποσοστό 0%-6,5% που αφορά την κατανάλωση φαρμάκου. Η Ν.Δ. ήταν αντίθετη και με τη μείωση των τιμών των φαρμάκων, αναφέροντας το παράδειγμα με ένα φάρμακο που αν η τιμή του είναι κάτω από τα 5€, τότε ο φαρμακοποιός θα το αποσύρει για να φέρει στη θέση του ένα παρόμοιο με πολλαπλάσια τιμή, επομένως η επιβάρυνση θα μεταφέρεται στα ασφαλιστικά ταμεία επεσήμαινε ο εισηγητής της Ν.Δ.. (Πρακτικά Βουλής, 2011).

Από τα υπόλοιπα κόμματα της αντιπολίτευσης, ο ΛΑ.Ο.Σ. συμφωνούσε με την αλλαγή του συστήματος προμηθειών και υπηρεσιών στους φορείς υγείας, ώστε να αντιμετωπιστούν φαινόμενα διαπλοκής και διαφθοράς στον χώρο της υγείας και ζητούσε την παραδειγματική τιμωρία όσων διασπάθισαν δημόσιο χρήμα στην υγεία κατά τα προηγούμενα χρόνια. Επίσης, ήταν υπέρ της σύστασης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ωστόσο αμφισβητούσε την εφαρμογή των αλλαγών του νομοσχεδίου στην πράξη. Ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. ισχυριζόταν ότι το νομοσχέδιο προωθεί την εμπορευματοποίηση ως αντίληψη, ότι θα παραχωρηθούν δράσεις του συστήματος υγείας σε εταιρείες με

τελικό στόχο την ιδιωτικοποίηση, ότι στην ουσία αποδιαρθρώνει το δημόσιο σύστημα υγείας. Επίσης ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. επεσήμαινε τον κίνδυνο λόγω του νομοσχεδίου, να δυσχεραθεί η πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας, την οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών εν μέσω κρίσης και ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας θα υποβαθμιστεί ακόμα περισσότερο, με τον ιδιωτικό τομέα υγείας να επωφελείται και να επεκτείνεται εν καιρώ. Επίσης, διαφωνούσε και στις ρυθμίσεις για τα φαρμακεία: *«Ανοίγετε το δρόμο για την είσοδο του μεγάλου κεφαλαίου στο χώρο των φαρμακείων και την εξαφάνιση των μικρών φαρμακοποιών»*. Ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. προέβλεπε ότι σύντομα θα ξεκινούσε διάλογος ακόμα και για συγχωνεύσεις και κλείσιμο νοσοκομείων, καθώς και για άλλες ενέργειες που θα ακολουθούσαν το στόχο του μνημονίου και της κυβέρνησης για την ιδιωτικοποίηση της υγείας. Από την πλευρά του το Κ.Κ.Ε., τόνιζε ότι η υγεία είναι κοινωνικό δικαίωμα και ότι η κυβέρνηση με το νομοσχέδιο ουσιαστικά προχωρά στην πλήρη ιδιωτικοποίηση της υγείας. Ενώ για την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο αντίλογος του Κ.Κ.Ε. είχε να κάνει με το γεγονός ότι οι υπηρεσίες που θα παρέχονται στους ασφαλισμένους θα είναι ελάχιστες, ενώ ταυτόχρονα για ένα μέρος των υπηρεσιών θα αναγκάζονται οι ασφαλισμένοι να πληρώνουν ή να οδηγούνται στην επαγγελματική, ιδιωτική ασφάλιση. Ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο το Κ.Κ.Ε. διαφωνούσε με την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ήταν όπως επιχειρηματολόγησε κατά τη διάρκεια της συζήτησης στην Βουλή, ότι θα μπορεί να συνάπτει συμβάσεις με πάροχους υγείας, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, γιατρούς κλπ, έτσι *«θα χρηματοδοτείται ο ιδιωτικός τομέας και θα εμπορευματοποιείται ο δημόσιος χαρακτήρας της υγείας»* (Πρακτικά Βουλής, 2011).

Αντιδράσεις κατά του νομοσχεδίου υπήρχαν από το Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, ο αντιπρόεδρος του, Γιώργος Πατούλης, εξέφραζε την πάγια θέση του Ι.Σ.Α. όπου ήταν υπέρ της διατήρησης του δημόσιου χαρακτήρα των νοσοκομείων και τόνιζε την αντίθεση των γιατρών στην καταβολή εισιτηρίου στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία (5€) και στα απογευματινά ιατρεία (60€-90€). Ο σύλλογος, επίσης, ήταν υπέρ της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων, αλλά στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας φροντίδας και χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τους πολίτες. (www.in.gr, 2011). Οι αντιδράσεις ήταν έντονες από τους γιατρούς με συγκεντρώσεις και πορείες διαμαρτυρίας προς τη Βουλή, κατά τη διάρκεια της συζήτησης και ψηφοφορίας του νομοσχεδίου οι γιατροί του ΙΚΑ και των νοσοκομείων της χώρας είχαν πραγματοποιήσει 24ωρες απεργίες για να εκφράσουν την αντίθεσή τους στο νομοσχέδιο (www.capital.gr, 2011). Επίσης και η Π.Ο.Ε.-Ο.Τ.Α. είχε αντιδράσει ως

προς την ένταξη του ταμείου των δημοτικών υπαλλήλων (Ο.Π.Α.Δ.-Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.) στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η αντίδραση έγκειται στο ότι το Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. ήταν ένα ταμείο με αποθεματικά στο ταμείο του και η ένταξη του θα γινόταν για να αντιμετωπιστεί η περιορισμένη ρευστότητα και η κακή οικονομική κατάσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των εντασσόμενων σε αυτό ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε.). Για την περιορισμένη κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των δημοσίων υπαλλήλων, όπου τους κάλυπτε μόνο αν πήγαιναν σε γιατρούς συμβεβλημένους με τον Ο.Π.Α.Δ., ο ιατρικός σύλλογος Αθηνών είχε προσφύγει στο συμβούλιο της επικρατείας ζητώντας να κριθεί ως αντισυνταγματική η απόφαση του υπουργείου (Π.Ο.Ε.-Ο.Τ.Α., 2012 και www.tydky.gr, 2012). Η Ο.Ε.Ν.Γ.Ε διαφωνούσε με τις ρυθμίσεις συγκρότησης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τόνιζε ότι δεν υπάρχει κανένα σοβαρό σχέδιο οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με οικογενειακούς γιατρούς, ομάδα υγείας, υποδομές εργαστηριακού ελέγχου, ενώ ήταν έντονα αντίθετη με το νέο σύστημα των προμηθειών και των φαρμάκων. Η ομοσπονδία ισχυριζόταν ότι οι ρυθμίσεις θα ευνοούσαν τα μεγάλα ιδιωτικά κερδοσκοπικά συμφέροντα και ότι το νομοσχέδιο θα παραβίαζε την κλαδική συμφωνία των νοσοκομειακών γιατρών (www.thebest.gr, 2011). Απεργία είχε κηρύξει και ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος εκφράζοντας την αντίδραση του στο νομοσχέδιο του υπουργείου υγείας (typosthes.gr, 2011). Ο πρόεδρος του φαρμακευτικού συλλόγου Αττικής, Κωνσταντίνος Λουράντος, ήταν κατά των ρυθμίσεων του νομοσχεδίου και ο αντίλογος είχε να κάνει με την καθιέρωση του ποσού επιστροφής στους Φ.Κ.Α. και με το άνοιγμα του επαγγέλματος του φαρμακοποιού όπως είχε αρχικά διατυπωθεί στο άρθρο 36, εν τέλει η διάταξη για το άνοιγμα του επαγγέλματος τροποποιήθηκε στην τελική μορφή του νομοσχεδίου και έτσι το ιδιοκτησιακό καθεστώς των φαρμακείων παρέμεινε ως είχε (Φ.Σ.Α., 2011). Οι ιατρικοί σύλλογοι, απειλούσαν με κυρώσεις όσους γιατρούς δε συμμορφώνονταν με τις συλλογικές αποφάσεις. Ο πρόεδρος των γιατρών του Ι.Κ.Α., Μιχάλης Βλασταράκος, είχε εκφράσει την ανησυχία ότι με το νομοσχέδιο θα υπήρχαν συμβάσεις έργου της τάξης των 600€, όπως αναφερόταν στο μνημόνιο. Ο Ανδρέας Λοβέρδος, από το βήμα της Βουλής, είχε απαντήσει σε όλες αυτές τις αιτιάσεις ως εξής: *«Δεν έχω χρόνο για παιχνίδια, εγώ θέλω τους νόμους για να τους εφαρμόσω και όχι για να δημαγωγώ, η διαρθρωτική αλλαγή για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα προχωρήσει γιατί το χρωστάμε στον πολίτη»*, ξεκαθάριζε ότι με το νομοσχέδιο σταματάει πλέον το απαράδεκτο καθεστώς του να μην επιτρέπουν οι συντεχνίες στο πολιτικό σύστημα να λαμβάνει αποφάσεις, τονίζοντας

χαρακτηριστικά ότι: «Τα συντεχνιακά παιχνίδια δεν πείθουν πια τον κόσμο, η βουλή των συντεχνιών πρέπει να αλλάξει», ενώ για τις οικονομικές διεκδικήσεις των γιατρών του Ι.Κ.Α. ο υπουργός υγείας υπογράμμισε ότι το νομοσχέδιο δεν μεταβάλλει το οικονομικό τους στάτους (www.capital.gr, 2011).

3.4.2 Ίδρυση του Π.Ε.Δ.Υ. (Ν.4238/2014)

Το 2014, ο Άδωνης Γεωργιάδης, υλοποίησε το σημαντικότερο νομοσχέδιο κατά τη διάρκεια της θητείας του στο υπουργείο υγείας, τον Ν.4238/2014: «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», έγινε νόμος του κράτους με τις ψήφους Ν.Δ. και ΠΑ.ΣΟ.Κ.. Στην φιλοσοφία του νόμου είναι η δημιουργία καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου (Π.Ε.Δ.Υ.) που θα λειτουργεί υπό τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.4238/2014, το κράτος μεριμνά και εγγυάται για την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) της χώρας. Στο άρθρο 1 του νόμου αυτού ορίζονται οι υπηρεσίες που περιλαμβάνει η Π.Φ.Υ.:

- Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.
- Παροχή πρώτων βοηθειών.
- Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- Παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- Τακτική παρακολούθηση και η διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Υπηρεσίες μετανοδοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες αποκατάστασης.
- Οικογενειακός προγραμματισμός και υπηρεσίες μητέρας-παιδιού.

- Παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- Διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.
- Υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ., παρέχονται από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, από οδοντίατρους, μαιέες, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους - διατροφολόγους, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, βοηθούς ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγους/ακτινολόγους, οδοντοτεχνίτες και λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό. Ειδική μνεία γίνεται στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, οι υπηρεσίες τους παρέχονται στις δομές Π.Φ.Υ. των Τοπικών Δικτύων Π.Φ.Υ., στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον. Ο οικογενειακός γιατρός παρέχει μια δέσμη υπηρεσιών η οποία περιλαμβάνει (Ν.4238/2014):

- την διαχείριση χρόνιων καταστάσεων στην κοινότητα, την διαχείριση παραγόντων κινδύνου και υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης, τον συντονισμό και την διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς ή με νοσοκομεία,
- την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την καθοδήγηση των ασθενών και της οικογένειάς τους μέσα στο σύστημα υγείας,
- την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου και εμβολιασμού
- την παραπομπή των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης
- την δημιουργία και τήρηση ηλεκτρονικού ατομικού φακέλου υγείας.

3.4.2.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει

Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του υπουργείου υγείας, παθογένεια του συστήματος υγείας αποτελούσε το γεγονός ότι δεν είχε υλοποιηθεί μέχρι τότε η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που να στοχεύει α) στον πολίτη και στην ανάγκη του για παροχή υγειονομικής φροντίδας, β) στην διασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Η μη υλοποίηση αυτής της αναδιοργάνωσης προκαλούσε δυσарέσκεια και

ανασφάλεια στους πολίτες. Επομένως, υπήρχε η ανάγκη για ενίσχυση και περαιτέρω ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία σύμφωνα και με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας ήταν πιο επιτακτική από ποτέ (Εισηγητική Έκθεση, 2014).

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης στη Βουλή, ο υπουργός υγείας είχε επισημάνει τις παθογένειες του συστήματος υγείας και εξηγούσε την αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης. Μια πρώτη αδυναμία του συστήματος που επεδίωκε να θεραπεύσει ο Ν.4238/2014, ήταν το γεγονός ότι για την πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας, λειτουργούσαν μέχρι τότε δύο παράλληλα συστήματα, υπήρχε ένα σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το Ε.Σ.Υ., μέσω των κέντρων υγείας, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των αγροτικών ιατρείων και ένα δεύτερο σύστημα που ήταν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που ερχόταν από το πρώην Ι.Κ.Α. και τα ταμεία που είχαν και παροχές υπηρεσιών υγείας. Ήταν δύο παράλληλα συστήματα που ποτέ δεν συνεργάζονταν μεταξύ τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι σε μια Υ.ΠΕ. να υπάρχει το κέντρο υγείας και ο ειδικός γιατρός, ο οποίος έχει τις ειδικές γνώσεις χειρισμού ενός ιατρικού μηχανήματος, αλλά αυτό το μηχάνημα να μην υπάρχει στο κέντρο υγείας, γιατί δεν το έχει προμηθευτεί. Στην ίδια περιοχή σε μερικά μέτρα απόστασης να υπάρχει το μηχάνημα στο κέντρο υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αλλά να μην υπάρχει ο ειδικός γιατρός. Άρα, τα δύο αυτά παράλληλα συστήματα ήταν αδύνατο να συνεργαστούν μεταξύ τους. Άλλη μια στρέβλωση και ταυτόχρονα αδυναμία του συστήματος ήταν η ύπαρξη πολλών διαφορετικών ταμείων που είχαν πολλούς διαφορετικούς κλάδους υγείας. Η απουσία ενός ενιαίου δημόσιου χαρακτήρα καθολικής πρόσβασης δημόσιου συστήματος υγείας, για πολλά χρόνια από την περίοδο της μεταπολίτευσης, οφειλόταν στις πιέσεις που ασκούσαν οι ομάδες συμφερόντων κατά της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ενώ ήταν μια σωστή μεταρρύθμιση που κατάφερε να μειώσει το κόστος, ωστόσο είχε μια κατασκευαστική αδυναμία, υλοποιήθηκε ως καθολικός διάδοχος των παλιών ταμείων και των κλάδων υγείας των ταμείων, κληρονομώντας και τα ιατρεία τους, κυρίως του Ι.Κ.Α. και μερικών άλλων. Άρα, ενώ ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως ένας ενοποιημένος ασφαλιστικός οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας συναντάται σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, εντούτοις, στη χώρα μας η υλοποίησή του στηρίχθηκε στην καθολική διαδοχή του παλιού συστήματος που ήταν ένα σύστημα με στρεβλώσεις. Έτσι λοιπόν, η χώρα μας είχε έναν ενιαίο ασφαλιστικό οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, που ταυτόχρονα ήταν και πάροχος. Ο Άδωνης Γεωργιάδης σημείωνε ότι αυτό δεν

υφίσταται σε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Έτσι, η μεταρρύθμιση του Ν.4238/2014, ξεχώρισε αυτούς τους δύο ρόλους, δηλαδή: α) το κράτος από την πλευρά του να παρέχει δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε όλους, είτε είναι ασφαλισμένοι είτε δεν είναι και β) ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., επίσης, να πληρώνει για υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, ή να πληρώνει ο κάθε πολίτης εάν το επιθυμεί μόνος του (Πρακτικά Βουλής, 2014).

Μία ακόμα παθογένεια του υπάρχοντος συστήματος που επεδίωκε να θεραπεύσει η μεταρρύθμιση του Π.Ε.Δ.Υ. είχε να κάνει με το ζήτημα των διαγνωστικών εξετάσεων. Το πρόβλημα που υπήρχε ήταν η αδυναμία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. να ολοκληρώνει τις προμήθειες υλικών, γιατί δεν είχε τμήμα προμηθειών, όταν κατάφερε να ξεκολλήσει η διαδικασία, οι εταιρείες άσκησαν μεταξύ τους δικαστικές προσφυγές, και έτσι ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δεν μπορούσε να προμηθευτεί τίποτα. Ως αποτέλεσμα αυτού του διοικητικού προβλήματος, ήταν να μην μπορούν να γίνονται οι διαγνωστικές εξετάσεις και να στέλνονται έξω στον ιδιωτικό τομέα. Η συγκρότηση του Π.Ε.Δ.Υ. ερχόταν για να θεραπεύσει αυτή την παθογένεια του συστήματος, πλέον θα μπορούν να γίνονται οι διαγνωστικές εξετάσεις γιατί η προμήθεια των υλικών θα γίνεται μέσω των Υ.ΠΕ. του Ε.Σ.Υ., δηλαδή, όπως πραγματοποιούνται οι προμήθειες υλικών για τα νοσοκομεία θα πραγματοποιούνται και για τα κέντρα υγείας. Άρα, οι διαγνωστικές εξετάσεις θα μπορούν πλέον, χωρίς διοικητικά εμπόδια, να πραγματοποιούνται από τους γιατρούς και το λοιπό προσωπικό των κέντρων υγείας που αφορά τις διαγνωστικές εξετάσεις, με τα πολυιατρεία και τα ιατρικά μηχανήματα των κέντρων υγείας (Πρακτικά Βουλής, 2014).

Το θέμα του εργασιακού καθεστώτος των γιατρών, αποτελούσε ένα μείζον πρόβλημα που επίσης επεδίωκε να διορθώσει η υγειονομική μεταρρύθμιση του υπουργού υγείας, Άδωνη Γεωργιάδη. Το εργασιακό καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόληση που ίσχυε στο Ε.Σ.Υ., δεν ίσχυε για τους γιατρούς των κέντρων υγείας, οι οποίοι ήταν πλήρους και όχι αποκλειστικής απασχόλησης, ενώ παράλληλα μπορούσαν να λειτουργούν και τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Ένα από τα βασικά σημεία που επίλυε η μεταρρύθμιση ως προς το «πλήρους και αποκλειστικής» ήταν ότι ο γιατρός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έπρεπε να αποφασίσει αν θα είναι εντός του συστήματος ή όχι. Αν ένας γιατρός που είναι εντός του συστήματος επιλέξει να αποχωρήσει, τότε η θέση του θα αδειάζει και θα προσλαμβάνεται άμεσα ένας νέος γιατρός στη θέση του. Εφόσον όμως, ο γιατρός επιθυμεί να παραμείνει στο σύστημα, τότε αυτός ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να παύσει τη λειτουργία του ιδιωτικού του

ιατρείου. Αυτή η ρύθμιση αντιμετώπιζε έως ένα βαθμό το πρόβλημα της ανεργίας στον ιατρικό κλάδο, γιατί ένας γιατρός που θα επέλεγε να αποχωρήσει από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προκειμένου να απασχοληθεί στο ιδιωτικό του ιατρείο, όπως προβλέπει η ρύθμιση της «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης», που του επιβάλλει να επιλέξει αν θα απασχοληθεί στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή στο ιδιωτικό του ιατρείο, τότε λοιπόν στην κενή θέση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που θα προκύψει λόγω αυτής της αποχώρησης, θα δώσει την ευκαιρία σε έναν νέο γιατρό να καλύψει αυτήν την θέση. Αντίστοιχα στον ιδιωτικό τομέα υγείας, το ιατρείο που θα κλείσει ο γιατρός για να παραμείνει στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπό το καθεστώς της «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης», θα έδινε νέες ευκαιρίες σε γιατρούς που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, να αυξήσουν το πελατολόγιο τους (Πρακτικά Βουλής, 2014). Τέλος, ως προς τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού, προγενέστεροι νόμοι (Ν.1397/1983, Ν.3232/2004) είχαν κάνει σχετική αναφορά στον ρόλο και τα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού, ωστόσο, αυτοί οι νόμοι είχαν μια εξαιρετικά περιορισμένη εφαρμογή στην καθημερινή πρακτική. Ο Ν.4238/2014 προσπάθησε να ενισχύσει και να συγκεκριμενοποιήσει το ρόλο του οικογενειακού ιατρού (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου et al., 2015).

3.4.2.2 Διακηρυγμένοι στόχοι

Στόχος της μεταρρύθμισης του Ν.4238/2014 είναι: α) η διαμόρφωση μιας ικανής και αναγκαίας δέσμης παροχής υπηρεσιών υγείας η οποία να προσφέρεται ελεύθερα στο σύνολο του πληθυσμού, χωρίς κοινωνικούς ή οικονομικούς αποκλεισμούς ή εμπόδια πρόσβασης και β) να τεθούν οι προϋποθέσεις να εφαρμοστεί για πρώτη φορά η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην πράξη (Εισηγητική Έκθεση, 2014).

Γενικός σκοπός της επιχειρούμενης παρέμβασης της μεταρρύθμισης είναι να δημιουργηθεί ένα καθολικό και ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο θα διοικείται από τις υγειονομικές περιφέρειες με στόχο την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη (Εισηγητική Έκθεση, 2014).

Ειδικοί στόχοι της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας είναι: α) η εστίαση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., στην κύρια αποστολή του ως εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας και η ενίσχυση του ρόλου του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη κατάργηση

του διττού ρόλου του ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας, διατηρώντας την ονομασία του ως έχει και β) η ανάπτυξη του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), ενός ενιαίου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που προκύπτει από την ενοποίηση των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και του Ε.Σ.Υ, στοχεύοντας στη διασφάλιση μιας επαρκούς, αποτελεσματικής και αποδοτικής δέσμης υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό, στην αποτροπή του κατακερματισμού του συστήματος Π.Φ.Υ. και κατά συνέπεια τη βελτίωση του συντονισμού του και τη διασφάλιση μιας ορθολογικότερης διαχείρισης των δομών της Π.Φ.Υ., του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρικό προσωπικό, μαιευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κ.ά.) και των τεχνολογικών και λοιπών πόρων (Εισηγητική Έκθεση, 2014).

Στους διακηρυγμένους στόχους της μεταρρύθμισης περιλαμβάνεται (Εισηγητική Έκθεση, 2014):

- ✓ Η ενίσχυση της αρχής της ισότητας (κατοχυρωμένη συνταγματική αρχή) στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας
- ✓ Η καθιέρωση της Π.Φ.Υ. ως πυρήνα του συστήματος υγείας και η υποστηρικτική και συμπληρωματική, προς αυτή, δράση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.
- ✓ Η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στηριζόμενη στα ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς και γενικά στις εκτιμώμενες ανάγκες υγείας του.
- ✓ Η ενίσχυση της αποδοτικής χρήσης και αξιοποίησης των διαθέσιμων υλικών, οικονομικών και ανθρώπινων πόρων.
- ✓ Η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες και ανάγκες των πολιτών.

3.4.2.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης του νομοσχεδίου στο Ελληνικό Κοινοβούλιο για την ίδρυση του Π.Ε.Δ.Υ., όλα τα κόμματα της αντιπολίτευσης, ΣΥ.ΡΙΖ.Α., ΑΝ.ΕΛ., Χ.Α., Κ.Κ.Ε. και ΔΗΜ.ΑΡ., είχαν επιχειρηματολογήσει κατά των ρυθμίσεων του νομοσχεδίου και το είχαν καταψηφίσει.

Ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α., ως αξιωματική αντιπολίτευση, αντιδρούσε στο καθεστώς της διαθεσιμότητας των γιατρών του δημοσίου συστήματος υγείας και στην κατάργηση των δομών υγείας, όπως υπογράμμισε ο εισηγητής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. κατά τη διάρκεια της συζήτησης του νομοσχεδίου στην Βουλή, αυτό γινόταν για να έχει η χώρα δημοσιονομικό όφελος, αλλά στην πράξη θα λειτουργούσε εις βάρος των πολιτών στους οποίους θα παρέχονταν λιγότερες υπηρεσίες υγείας, ειδικότερα σε μια περίοδο που υπήρχε μια κατηγορία πολιτών που στερείται βασικών υπηρεσιών υγείας, επειδή ήταν ανασφάλιστοι, αλλά και επειδή δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες υγείας τους. Ο αντίλογος του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. είχε εστιάσει στην απουσία χρηματοδοτικής πρόβλεψης, λειτουργικής προετοιμασίας και διοικητικής υποστήριξης της Π.Φ.Υ.. Επίσης, ότι το νομοσχέδιο δεν θα καλύπτει τον βασικό στόχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που είναι η πρόληψη της υγείας των πολιτών. Για το μοντέλο χρηματοδότησης, ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. ήταν αντίθετος με τις προωθούμενες ρυθμίσεις που όριζε τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως αποκλειστικό αγοραστή, επίσης, για την αγοραστική του δύναμη ότι μειώνεται συνεχώς, ενώ για το πακέτο παροχών που προσφέρει ότι είναι ελάχιστο και περιορισμένο, ώστε να αναγκάζει τους πολίτες να το συμπληρώνουν με δικά τους χρήματα ή μέσω της συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης. Στην επιχειρηματολογία του ο εισηγητής της αξιωματικής αντιπολίτευσης, υποστήριξε ότι έπρεπε να στραφούμε προς ένα άλλο μοντέλο χρηματοδότησης, που θα προέρχεται από τη γενική φορολογία, μέσω της αναδιανομής του πλούτου και ενός δίκαιου φορολογικού συστήματος, το οποίο θα δημιουργεί ένα σημαντικό απόθεμα, με βάση το οποίο θα μπορούν να καλύπτονται με επάρκεια και με καθολικό τρόπο και δωρεάν οι ανάγκες όλων των ανθρώπων. Το διακύβευμα για τον ΣΥ.ΡΙΖ.Α. δεν ήταν η συγκράτηση του κόστους και η μείωση των δαπανών αλλά η κάλυψη της ανάγκης για την υγεία των πολιτών (Πρακτικά Βουλής, 2014).

Οι ΑΝ.ΕΛ., στην επιχειρηματολογία του είχε υποστηρίξει ότι η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. πραγματοποιείται με προχειρότητα, χωρίς χρηματοδοτικά εργαλεία και στάδια μετάβασης. Με μια αντιμνημονιακή ρητορική διαφώνησε με το στόχο της περικοπής της δημόσιας δαπάνης στην υγεία, γιατί αυτό θα ήταν εις βάρος της υγείας των πολιτών. Είχε επισημάνει την απουσία διαβούλευσης με τα κόμματα και τους αρμόδιους φορείς κατά το στάδιο της κατάρτισης του νομοσχεδίου. Οι ΑΝ.ΕΛ. διαφώνησαν με την αλλαγή του σκοπού λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. όπου από αγοραστή και πάροχος υπηρεσιών υγείας θα λειτουργεί πλέον μόνο ως αγοραστής

υπηρεσιών υγείας. Για την «πλήρη και αποκλειστική απασχόληση» των γιατρών, ο αντίλογος έγκειται στο γεγονός ότι θα μειωνόταν, όπως ισχυριζόταν ο εισηγητής των ΑΝ.ΕΛ., ο αριθμός των γιατρών που υπηρετούν στην Π.Φ.Υ., λόγω οικειοθελούς αποχώρησης. Επίσης, είχε αντιρρήσεις και για την περιορισμένη συνταγογράφηση των συμβεβλημένων γιατρών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με το επιχείρημα ότι θα αναγκάζει τους ασθενείς να πληρώνουν τα φάρμακα με δικά τους χρήματα κάθε φορά που οι συμβεβλημένοι γιατροί θα καλύπτουν τα μηνιαία όρια του κόστους φαρμακευτικής δαπάνης. Τέλος, για τις διαγνωστικές εξετάσεις αμφισβητούσε την δυνατότητα να πραγματοποιούνται αυτές στα ιατρικά εργαστήρια της Π.Φ.Υ. γιατί οι περισσότεροι εργαστηριακοί γιατροί που έχουν ιδιωτικό ιατρείο και μπορεί να οφείλουν χρήματα για τα μηχανήματα που έχουν εγκαταστήσει στα ιατρεία τους, προτιμούσαν να αποχωρήσουν εξαιτίας της «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» (Πρακτικά Βουλής, 2014).

Ο αντίλογος της Χ.Α. απέναντι στη μεταρρύθμιση, έγκειται στο γεγονός ότι δεν είχε καταρτιστεί μια οικονομοτεχνική μελέτη, ένα βιώσιμο σχέδιου χρηματοδότησης του νέου συστήματος. Επίσης, διαφωνούσε με την κατάργηση του μεικτού συστήματος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που λειτουργούσε ως αγοραστής και ως πάροχος υπηρεσιών. Ο εισηγητής της Χ.Α. τόνιζε ότι το νέο μοντέλο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. όπου θα αγοράζει χωρίς έλεγχο και αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας από ιδιώτες για λογαριασμό των ασφαλισμένων του έχει αποδειχθεί σπάταλο και αναποτελεσματικό. Για το νέο σύστημα υγείας το χαρακτήριζε ως ένα περίπλοκο σύστημα, με αδυναμίες ελέγχου και τήρησης διαφανών διαδικασιών και ότι δεν διευκρινίζεται η πηγή της κύριας χρηματοδότησης, επίσης, ότι θα χανόταν σημαντικός χρόνος μέχρι το νέο σύστημα να οργανωθεί, να παρατηρηθούν οι αδυναμίες του και να γίνουν οι διορθωτικές παρεμβάσεις. Η Χ.Α. εξέφραζε αμφιβολίες για το αν θα μπορέσει να λειτουργήσει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, καθώς δεν προσδιορίζονταν επαρκώς ούτε οι σχέσεις του με τους ασθενείς, ούτε το επίπεδο της συνεργασίας του με τους ειδικούς γιατρούς, με τις δευτεροβάθμιες δομές νοσηλείας (Πρακτικά Βουλής, 2014).

Το Κ.Κ.Ε. διαφωνούσε με τη μείωση της κρατικής χρηματοδότησης για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Είχε υπογραμμίσει την απουσία αναφοράς του νομοσχεδίου στον κύριο προσανατολισμό της Π.Φ.Υ. που είναι η πρόληψη της υγείας. Ο αντίλογος, έγκειται στη νέα οργανωτική δομή της Π.Φ.Υ. η οποία, σύμφωνα με το Κ.Κ.Ε., θα ενισχύσει την επιχειρηματικότητα και τον ανταγωνισμό

ανάμεσα στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και ότι θα ενισχυθούν οι κανόνες της αγοράς, όπου ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., θα αγοράζει υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα (Πρακτικά Βουλής, 2014).

Η ΔΗΜ.ΑΡ. αντιδρούσε στη διαθεσιμότητα των γιατρών, υπογραμμίζοντας παράλληλα τον κίνδυνο να παραμείνουν οι δομές υγείας κλειστές. Ο αντίλογος της ΔΗΜ.ΑΡ. είχε να κάνει με το γεγονός ότι δεν υπήρχαν οι αναγκαίες προβλέψεις και ρυθμίσεις για την χρηματοδότηση του Π.Ε.Δ.Υ. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., επίσης, στο ότι δεν έχουν οργανωτικά και διοικητικά προετοιμαστεί οι δημόσιοι φορείς για την ανάληψη των νέων αρμοδιοτήτων. Όσον αφορά τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών, η ΔΗΜ.ΑΡ. ήταν υπέρ των ενιαίων εργασιακών σχέσεων, με την προϋπόθεση «η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση» να αμείβεται ικανοποιητικά, στα αντίστοιχα επίπεδα με τους συναδέλφους τους στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Για το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, υποστήριζε, ότι αποτελεί συστατικό στοιχείο της όποιας μεταρρύθμισης στο χώρο της Π.Φ.Υ. και ότι το νομοσχέδιο αυτό που κάνει είναι μια απλή σκιαγράφηση, χωρίς να περιγράφονται οι λεπτομέρειες (Πρακτικά Βουλής, 2014).

Έντονες αντιδράσεις κατά της μεταρρύθμισης, είχαν εκφραστεί από τους γιατρούς του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οι οποίοι είχαν ακολουθήσει μια κοινή γραμμή πίεσης, κατόπιν κατευθυντήριων οδηγιών από τους τοπικούς ιατρικούς συλλόγους, με μαζική κατάθεση αιτήσεων ένταξης στο νέο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), για να ανακόψουν ή να καθυστερήσουν την έξοδό τους από το δημόσιο, ενώ παράλληλα θα ασκούσαν και προσφυγές στη δικαιοσύνη. Ο πρόεδρος της ομοσπονδίας ιατρών Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Θανάσης Αποστολόπουλος, προέβλεπε ότι το ενιαίο ταμείο θα επιφυλάξει ένα ζοφερό μέλλον για τους γιατρούς που θα επιλέξουν να παραμείνουν εντός των της Π.Φ.Υ., διότι η μεταρρύθμιση προβλέπει συγχωνεύσεις ή μέχρι και καταργήσεις ιατρικών μονάδων, με αφορμή τα αδικαιολόγητα υψηλά μισθώματα, όπως διαπιστώθηκε από καταγραφή του υπουργείου υγείας. Η οικονομική αβεβαιότητα, συμπλήρωνε, ότι θα αναγκάσει πολλούς γιατρούς του πρώην Ι.Κ.Α. να κλείσουν τα ιδιωτικά τους ιατρεία για να ενταχθούν στο Π.Ε.Δ.Υ. (tanea.gr, 2014).

3.4.3 Ρυθμίσεις για τους ανασφάλιστους πολίτες (Κ.Υ.Α. 48985/2014 και 56342/2014)

Έστω και καθυστερημένα, στα μέσα του 2014, θα ρυθμιζόταν και το θέμα των ανασφάλιστων πολιτών, ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού είχε χάσει την ασφαλιστική του ικανότητα και δεν είχε πρόσβαση στην νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της υψηλής ανεργίας.

Η Κ.Υ.Α. 48985/2014: «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», καθιστά ως δικαιούχους δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης τις ακόλουθες κατηγορίες πολιτών:

α) τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες ή πολίτες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς, κάτοχοι δελτίου ταυτότητας ομογενούς) ή υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή υπήκοοι τρίτων χωρών, που διαμένουν νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα, οι οποίοι δεν πληρούν τις προϋποθέσεις έκδοσης βιβλιαρίου ανασφάλιστου και δεν έχουν ασφάλιση από κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και

β) τους ασφαλισμένους που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους.

Η αρμοδιότητα για την κρίση των δικαιούχων δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης ανήκει στη τριμελή επιτροπή του κάθε νοσοκομείου, που ορίζεται από το διοικητή, ανάλογα με την περίπτωση, στο παθολογικό, χειρουργικό και ψυχιατρικό τομέα. Πρόεδρος της επιτροπής είναι ο διευθυντής της ιατρικής υπηρεσίας και μέλη της είναι: ο συντονιστής διευθυντής του αντίστοιχου τομέα και ο διευθυντής της διοικητικής-οικονομικής υπηρεσίας, ενώ γραμματέας της επιτροπής ορίζεται με απόφαση του διοικητή ένας διοικητικός υπάλληλος του νοσοκομείου. Προϋπόθεση για τη νοσοκομειακή περίθαλψη ανασφάλιστων πολιτών, είναι να υπάρχει πρώτα παραπεμπτικό από γιατρό του Π.Ε.Δ.Υ. ή από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, το οποίο στη συνέχεια θα κρίνεται από την τριμελή επιτροπή (Κ.Υ.Α. 48985/2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι η δυνατότητα πρόσβασης των ανασφάλιστων πολιτών στη νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν ένα από τα προαπαιτούμενα του μηχανισμού οικονομικής στήριξης (Ε.Κ.Τ. & Δ.Ν.Τ.) για την έγκριση της δόσης Ιουνίου 2014 (Τζώρτζη, 2014).

Σε συνέχεια των ευνοϊκών ρυθμίσεων για τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, στις 28 Ιουνίου 2014, μια νέα κοινή υπουργική απόφαση ρυθμίζει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων πολιτών. Συγκεκριμένα, με την Κ.Υ.Α. 56342/2014: «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», δικαίωμα στη δωρεάν φαρμακευτική φροντίδα έχουν: «οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες, οι νομίμως διαμένοντες στην ελληνική επικράτεια ομογενείς, οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστου και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και οι ασφαλισμένοι που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους». Οι γιατροί των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. έχουν την αρμοδιότητα να συνταγογραφούν φάρμακα για τους ανασφάλιστους πολίτες και πραγματοποιείται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην πλατφόρμα της Η.ΔΙ.Κ.Α. στο λογισμικό της οποίας οι ανασφάλιστοι αναγνωρίζονται ως ένα επιπλέον ταμείο. Η φαρμακευτική κάλυψη για τους ανασφάλιστους αφορά σε οξεία περιστατικά, χρόνιες παθήσεις και φάρμακα υψηλού κόστους, με τους ίδιους όρους, προϋποθέσεις και προβλεπόμενες επιβαρύνσεις που ισχύουν και για τους ασφαλισμένους (Κ.Υ.Α. 56342/2014).

Σύμφωνα με τον τότε διατελέσασα υπουργό υγείας, Μάκη Βορίδη, στόχος της Κ.Υ.Α. 56342/2014 είναι η καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού και ο προσδιορισμός συγκεκριμένων δράσεων για την εξασφάλιση της υγείας των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων (iaropsi.gr, 2014).

Η δωρεάν κάλυψη νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους ανασφάλιστους πολίτες, το οποίο αποτελεί ζήτημα ζωτικής σημασίας για τους κοινωνικά ευάλωτους πολίτες, όπως ήταν φυσικό δεν συνάντησε αξιοσημείωτες αντιδράσεις από τα κοινοβουλευτικά κόμματα της αντιπολίτευσης, γιατί ήταν ένα χρόνιο ζήτημα που εκκρεμούσε από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης και όλοι συμφωνούσαν ότι ήταν μια σημαντική εξέλιξη που κινείται προς την σωστή κατεύθυνση για την ικανοποίηση μιας εξαιρετικά πολύ ζωτικής κοινωνικής ανάγκης.

Ο πρόεδρος της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. είχε κρίνει ως απαραίτητη τη ρύθμιση για τη νοσοκομειακή περίθαλψη των ανασφάλιστων πολιτών και επικροτούσε την εφαρμογή

της. Παράλληλα, επεσήμαινε το γραφειοκρατικό χαρακτήρα της διαδικασίας για τη νοσηλεία ανασφάλιστων ασθενών και την ανησυχία να μετακυλισθεί το κόστος στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

Οι παρατηρήσεις της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. αναφέρονται στα εξής (Μιχαλάκης, 2014):

- Για την απουσία κοστολόγησης για τα νοσήλεια των ανασφάλιστων, ότι δεν υπάρχει ανάλογο κονδύλιο στον προϋπολογισμό του υπουργείου υγείας, μεταφέροντας έτσι το κόστος στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.
- Για τα εμπόδια στην πρόσβαση των ανασφάλιστων στα νοσοκομεία, τα οποία δεν ισχύουν για τους ασφαλισμένους. Για την υποχρέωση δηλαδή των ανασφάλιστων που έχουν να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα υγείας να επισκέπτονται υποχρεωτικά πρώτα ένα γιατρό του Π.Ε.Δ.Υ. και εφόσον υπάρχει ο γιατρός με την ειδικότητα που θα τον εξετάσει, θα τον παραπέμψει στη συνέχεια σε τριμελή επιτροπή γιατρών του νοσοκομείου η οποία θα τον εξετάσει εκ νέου για να γνωμοδοτήσει αν πρέπει να εισαχθεί ή όχι.
- Ότι το υπουργείο υγείας δεν εξασφαλίζει τους ανασφάλιστους ως προς τα φάρμακα και την απαραίτητη μετεγχειρητική νοσηλεία όταν λάβουν εξιτήριο από το νοσοκομείο.

3.4.4 Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Ν.4368/2016)

Το 2016, η κυβέρνηση του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., με υπουργό υγείας τον Ανδρέα Ξανθό, είχε φέρει προς ψήφιση στο Ελληνικό Κοινοβούλιο, με επιτυχή κατάληξη, τον Ν.4368/2016 με τίτλο: «*Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις*». Στο Κεφάλαιο Ε': «*Διατάξεις αρμοδιότητας υπουργείου υγείας*» και στο Υποκεφάλαιο Ε1: «*μέτρα ανακούφισης από την ανθρωπιστική κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού*» του Ν.4368/2016, συμπεριελήφθη το Άρθρο 33 για την «*Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων*». Το νομοσχέδιο είχε περιγραφεί ως «*παράλληλο πρόγραμμα*» και στόχευε να λειτουργήσει αντισταθμιστικά στα προαπαιτούμενα μέτρα των θεσμών (Ε.Ε. - κομισιόν, Ε.Κ.Τ. και Δ.Ν.Τ.). Στην φιλοσοφία του νόμου είναι η ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας για όλους και η πλήρης νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους.

Σύμφωνα με το άρθρο 33, του Ν.4368/2016, οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Δικαιούχοι είναι οι Έλληνες πολίτες ή όσοι διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, έχουν χάσει λόγω της οικονομικής κρίσης, την ασφάλισή τους, ακόμα και στην περίπτωση που έχουν χρέη στους ασφαλιστικούς τους φορείς, ή αν δεν έχουν νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής και χρειάζονται άμεση υγειονομική περίθαλψη ως μέλη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως π.χ. ανήλικοι, έγκυες, Α.Μ.Ε.Α., εξαρτώμενα άτομα από τοξικές ουσίες, άστεγοι κλπ.. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καλύπτει τις δαπάνες για την παροχή περίθαλψης στους ανασφάλιστους και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ενώ η διαπίστωση της ασφαλιστικής ικανότητας των δικαιούχων γίνεται με την χρήση του ηλεκτρονικού συστήματος της Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε..

3.4.4.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει

Ένας μεγάλος αριθμός πολιτών, που κατά τις εκτιμήσεις της Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε. και του Ε.Ο.Π.Π.Υ. ανέρχονταν σε 2,5 εκατομμύρια, δεν είχαν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, λόγω του ότι έπαψαν να έχουν ασφαλιστική κάλυψη, αφού λόγω της κρίσης αδυνατούσαν να πληρώσουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές και έτσι έμεναν χωρίς νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Το ζήτημα των ανασφάλιστων πολιτών είχε ρυθμιστεί εν μέρει με τις προγενέστερες Κ.Υ.Α. 48985/2014 και 56342/2014, αλλά δεν είχε ρυθμιστεί το πρόβλημα με τα πρόσωπα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ή που δικαιούνται διεθνούς προστασίας όταν έρχονται στην χώρα μας ή διαμένουν προσωρινά σε αυτή. Με τις ρυθμίσεις του Ν.4368/2016 διορθώθηκε αυτή η παράλειψη. Ιδιαίτερα μάλιστα που εκείνη την χρονική περίοδο οι προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές αυξάνονταν και το ζήτημα έπρεπε, με άμεση προτεραιότητα, να αντιμετωπιστεί. Αποτελεί κύρια υποχρέωση για την πολιτεία, που απορρέει από το σύνταγμα αλλά και από διεθνείς συμβατικές υποχρεώσεις. Ιδιαίτερη μέριμνα της πολιτείας αποτελεί κυρίως η προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Παθογένεια του συστήματος ήταν το γεγονός ότι δεν υπήρχε καθόλου ένα αποτελεσματικό πλαίσιο προστασίας αυτών των ομάδων, αποτελούσε κατάφωρη κοινωνική αδικία που καθιστούσε αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη για την αποκατάστασή της. Επίσης, η δημόσια υγεία της χώρας υπέστη μεγάλη δοκιμασία

κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Τα προβλήματα επιδεινώθηκαν, διότι το σύστημα υγείας υστερούσε σε χρηματοδότηση και στελέχωση, ενώ προστέθηκαν και άλλα προβλήματα ετών που έχουν να κάνουν με τη διοικητική λειτουργία των φορέων της δημόσιας υγείας. Ο εκσυγχρονισμός των δομών υγείας και της λειτουργίας των φορέων της δημόσιας υγείας ήταν πάντοτε απαραίτητος, πλέον όμως αυτός ο εκσυγχρονισμός καθίσταται κατά πολύ περισσότερο αναγκαίος, γιατί αναπόφευκτα τα νοσοκομεία επιβαρύνονται με την ανάγκη κάλυψης της νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μεγαλύτερων πληθυσμιακών ομάδων, που σε αυτές ανήκουν και οι κατηγορίες των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Άρα και τα αντίστοιχα κενά σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να καλυφθούν. Τέλος, δεν υπήρχε ένας μηχανισμός συμμετοχής στον οποίο οι αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή οι ασθενείς, να αξιολογούν αυτές τις υπηρεσίες, γιατί η δημόσια υγεία είναι ένα ανταποδοτικό σύστημα που διέπεται από δημοκρατικές και κοινωνικές αξίες, άρα οι αποδέκτες των υπηρεσιών του θα πρέπει να είναι οι πρώτοι που θα το αξιολογούν (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρύθμισης, 2015).

3.4.4.2 Διακηρυγμένοι στόχοι

Ο βασικός στόχος, των ρυθμίσεων του Ν.4368/2016, είναι η διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (ανηλίκων, Α.Μ.Ε.Α., ατόμων που δικαιούνται διεθνούς προστασίας κλπ.) στις δημόσιες δομές υγείας και στην νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Επίσης, στοχεύει στη δημιουργία ενός βιώσιμου, αποτελεσματικού και αξιόπιστου δημόσιου συστήματος υγείας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου προτάθηκαν παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την θεραπεία των στρεβλώσεων του συστήματος και της θεσμοθέτησης της διαφάνειας επί των διαδικασιών καθώς και την αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας για τους εργαζόμενους στον χώρο της δημόσιας υγείας. Τέλος, στοχεύει στην αναγνώριση και στην προστασία των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας, για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, προβλέπεται η δημιουργία και λειτουργία σχετικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, στην οποία συμμετέχουν και οι ίδιοι οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Άρα, με τη δημιουργία του συστήματος προστασίας

των δικαιωμάτων των ασθενών αίρονται οι ανισότητες και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρύθμισης, 2015).

3.4.4.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις

Το νομοσχέδιο είχε ψηφιστεί κατά πλειοψηφία από τον ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και τους ΑΝ.ΕΛ., κατά είχαν ψηφίσει η Ν.Δ., η Χ.Α. και η Ένωση Κεντρώων, παρών το Κ.Κ.Ε., η Δημοκρατική Συμπράταξη (ΠΑ.ΣΟ.Κ. - ΔΗΜ.ΑΡ.) και το Ποτάμι. Τα κόμματα της αντιπολίτευσης είχαν υπερψηφίσει κάποια άρθρα του νομοσχεδίου (Τσιλιμιγκάκη, 2016).

Η Ν.Δ., ως αξιωματική αντιπολίτευση, δεν είχε ψηφίσει το άρθρο 33 του νομοσχεδίου για την υγειονομική κάλυψη. Ο αντίλογος αφορούσε για την κατηγορία εκείνων των αλλοδαπών που, όπως τόνιζε, δε διέθεταν καθόλου Α.Μ.Κ.Α. στην χώρα μας, αλλά ούτε και νομιμοποιητικά έγγραφα. Αυτό, όπως σημείωνε από την πλευρά της η Ν.Δ., θα δημιουργούσε τον κίνδυνο να προσέρχονται στην Ελλάδα όποιοι θέλουν, να κάνουν ιατρικές επεμβάσεις και να φεύγουν χωρίς να πληρώνουν τίποτα. Η Ν.Δ., επεσήμαινε ότι με τις Κ.Υ.Α. 48985/2014 και 56342/2014 που είχαν εκδοθεί την περίοδο που υπουργοί υγείας ήταν ο Άδωνης Γεωργιάδης και ο Μάκης Βορίδης, οι ανασφάλιστοι καλύπτονταν πλήρως από το σύστημα υγείας με την προϋπόθεση όμως να είχαν Α.Μ.Κ.Α. ή νομιμοποιητικά έγγραφα (sofokleousin.gr, 2016). Κατά τη διάρκεια της συζήτησης στο Ελληνικό Κοινοβούλιο, η Ν.Δ. εκφράζοντας διαφωνίες επί του άρθρου 33 και συγκεκριμένα στις υποπεριπτώσεις της παραγράφου 2, στις οποίες, όπως τόνιζε ο εισηγητής της Ν.Δ.: *«μπορεί να λειτουργήσουν ως κερκόπορτα για κάποιους που θα θελήσουν να εκμεταλλευτούν τη φιλόξενη και ανθρώπινη πλευρά της Ελλάδας και των Ελλήνων»* και συνέχιζε την ομιλία του λέγοντας ότι: *«αυτήν τη στιγμή, το μόνο που πετυχαίνετε είναι όσοι παράνομα βρίσκονται εδώ ή παράνομα θα βρεθούν, να έχουν τη δυνατότητα να εξετάζονται, να χειρουργούνται με τα πάντα δωρεάν. Και βέβαια, στις περιοχές που γειτονεύουν με χώρες όπως η Αλβανία, τα Σκόπια και λοιπά να είστε σίγουροι ότι θα έρχονται να γεννάνε οι κυρίες εδώ δωρεάν, να χειρουργούνται εδώ δωρεάν και όλοι εμείς, η μεσαία τάξη, θα πληρώνουμε αυτόν τον λογαριασμό»* (Πρακτικά Βουλής, 2016). Επίσης, η Ν.Δ. πριν έρθει το νομοσχέδιο για την υγεία στην Βουλή, είχε παρουσιάσει στα κεντρικά της γραφεία την *«Μαύρη Βίβλο της Υγείας»*, ήταν ένα κείμενο που είχε τον τίτλο: *«43 ψεύτικες υποσχέσεις»*, το

οποίο περιείχε τις προεκλογικές υποσχέσεις της κυβέρνησης του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και παράλληλα περιέγραφε το τι επικρατεί στον τομέα της υγείας (protothema.gr, 2016).

Η ομοσπονδία των νοσοκομειακών γιατρών (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.) συμφωνούσε με τις ρυθμίσεις του νομοσχεδίου για το «παράλληλο πρόγραμμα» που αφορούσαν την υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως επίσης και για το σύστημα υγείας. Υποστήριζαν ότι οι προσλήψεις σε κρίσιμους τομείς της υγείας και η έναρξη των διαπραγματεύσεων για την επικαιροποίηση της κλαδικής συμφωνίας, θα δημιουργούσαν τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση του συστήματος υγείας (capital.gr, 2016).

3.4.5 Μεταρρύθμιση Π.Φ.Υ. (Ν.4486/2017)

Το 2017, την περίοδο που υπουργός υγείας ήταν ο Ανδρέας Ξανθός, ιατρός στο επάγγελμα, ψηφίστηκε ο Ν.4486/2017: *«Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»*. Η κεντρική φιλοσοφία του νόμου είναι η πρόληψη της υγείας με την θεσμοθέτηση για πρώτη φορά, στο σύστημα υγείας, των τοπικών μονάδων υγείας (Το.Μ.Υ.), οι οποίες θα λειτουργούν ως βάση του συστήματος υγείας και το πρώτο σημείο επαφής στην παροχή Π.Φ.Υ., κύριο έργο των Το.Μ.Υ. θα είναι η πρόληψη και η αγωγή της υγείας των πολιτών. Επίσης στην φιλοσοφία του νομοθέτη είναι η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα έχει την συνολική ευθύνη των ασφαλισμένων και θα αποτελεί το «εισιτήριο» εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, καθώς μόνο δια του παραπεμπτικού του οι ασθενείς θα μπορούν να απευθύνονται σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία.

Σύμφωνα με τον Ν.4486/2017 η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται ως: *«το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου»*. Στις υπηρεσίες εμπεριέχονται: η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της νόσου, η διάγνωση, η θεραπεία, η ολοκληρωμένη φροντίδα και η συνέχεια αυτής. Το κράτος ευθύνεται για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.

Στον παρόντα νόμο περιλαμβάνονται: α) η ομάδα υγείας η οποία αποτελείται: από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό.

Ως ελάχιστη σύνθεση προβλέπεται ένας ιατρός ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ένας νοσηλεύτης ή επισκέπτης υγείας και ένας διοικητικός υπάλληλος, β) υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας, οι οποίες περιλαμβάνουν εξειδικευμένη φροντίδα υγείας και παρέχεται στους λήπτες υπηρεσιών υγείας από τα κέντρα υγείας και τις άλλες δημόσιες δομές της Π.Φ.Υ., γ) η τοπική μονάδα υγείας, η οποία είναι δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ. και αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο Ε.Σ.Υ. και εξυπηρετεί εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς, σκοπό της είναι να παρέχει υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ., η στελέχωση της απαρτίζεται από μία ομάδα υγείας, δ) ο περιφερειακός συντονιστής τομέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Το.Π.Φ.Υ). Είναι το πρόσωπο που συντονίζει τις Το.Π.Φ.Υ. (τομέας Π.Φ.Υ.) εντός της περιφερειακής ενότητας, λειτουργεί με κριτήρια κυρίως τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας γεωγραφικών περιορισμών (γεωμορφολογικές ιδιαιτερότητες, νησιωτικοί αποκλεισμοί, ή άλλοι γεωγραφικοί αποκλεισμοί), καθώς και με βάση τις ιδιαιτερότητες που επικρατούν σε κάθε τομέα, ε) η ηλεκτρονική εφαρμογή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει δημιουργηθεί ή αποκτηθεί για να υποστηρίζει την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ., ζ) ο συντελεστής ηλικιακής ομάδας, πρόκειται για δείκτη ο οποίος καθορίζει την αποζημίωση των συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιατρών, σύμφωνα με την ηλικία των ατόμων που δηλώνονται σε αυτούς.

Τα κέντρα υγείας αστικού τύπου όπως προβλέπονταν με τον Ν.1397/1983 και οι μονάδες υγείας του Π.Ε.Δ.Υ όπως προβλέπονταν με τον Ν.4238/2014, μετονομάζονται σε κέντρα υγείας. Σε κάθε κέντρο υγείας μαζί με τις υπαγόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ, καθώς και τα υπαγόμενα σε αυτό περιφερειακά ιατρεία (Π.Ι.), πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία (Π.Π.Ι.), ειδικά περιφερειακά ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και τοπικά ιατρεία (Τ.Ι.) αποτελεί οργανική μονάδα με δική του στελέχωση.

Με τον Ν.4486/2017, δίνεται η δυνατότητα να συστήνονται, με απόφαση του υπουργού υγείας ύστερα από εισήγηση του διοικητή της οικείας Υ.ΠΕ. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ., οι τοπικές μονάδες υγείας (Το.Μ.Υ.) ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Οι Το.Μ.Υ. αποτελούν τη βάση του συστήματος υγείας και το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι Το.Μ.Υ., δηλαδή οι δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ θα αποτελούν το σημείο εισόδου του πληθυσμού στο Ε.Σ.Υ.. Στελεχώνεται από μία ομάδα υγείας ο ρόλος της οποίας είναι: η παροχή δωρεάν, καθολικής και ποιοτικής Π.Φ.Υ. στον εγγεγραμμένο πληθυσμό, καθώς και η

ανάληψη δράσεων που σκοπό έχουν την πρόληψη και την αγωγή υγείας της κοινότητας. Ο διοικητής της οικείας Υ.ΠΕ. με απόφασή του ορίζει ως υπεύθυνο για το συντονισμό και τη λειτουργία της δράσης της ομάδας υγείας, έναν από το ιατρικό προσωπικό της ομάδας υγείας. Η θητεία του ως υπεύθυνου της Το.Μ.Υ. είναι για 2 χρόνια με δυνατότητα ανανέωσης για δύο επιπλέον χρόνια.

3.4.5.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει

Η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. (Ν.4486/2017), επεδίωκε να θεραπεύσει προβλήματα διοικητικής οργάνωσης και θεσμικών αδυναμιών στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ., που απορρέουν κατά κύριο λόγο από την εφαρμογή του Ν.4238/2014. Μια σημαντική αδυναμία του δημόσιου συστήματος Π.Φ.Υ. είναι το γεγονός ότι ένα σημαντικό μέρος περιστατικών υγείας που θα μπορούσαν κανονικά να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από την Π.Φ.Υ., εντούτοις αυτά τα περιστατικά προσέρχονται στην δευτεροβάθμια περίθαλψη των Νοσοκομείων της χώρας ή σε ιδιωτικά ιατρεία που είναι συμβεβλημένα ή μη με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Έκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2017).

Οι παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει η μεταρρύθμιση του Ανδρέα Ξανθού για την Π.Φ.Υ., αφορούσε στις αδυναμίες του οργανωτικού πλαισίου, το οποίο δεν είχε καταστεί λειτουργικό. Με το προηγούμενο θεσμικό πλαίσιο του Ν.4238/2014, το δημόσιο σύστημα Π.Φ.Υ. παρείχε κυρίως εξειδικευμένη φροντίδα υγείας μέσω των κέντρων υγείας και των άλλων δημόσιων δομών Π.Φ.Υ., ο οικογενειακός γιατρός είχε έναν περιορισμένο ρόλο στην παρακολούθηση του ατόμου, ενώ παράλληλα οι επαγγελματίες υγείας ασκούσαν αποσπασματικές δράσεις στην κοινότητα. Στην έκθεση αξιολόγησης του υπουργείου υγείας γινόταν αναφορά για θεσμικές παθογένειες που είχαν διαμορφωθεί στα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα να μην παρέχονται ισχυρά εγγύα για την εκπλήρωση θεμελιωδών αρχών όπως: το δικαίωμα του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.. Σύμφωνα με την έκθεση αξιολόγησης συνεπειών ρυθμίσεων του υπουργείου υγείας, οι δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ. που εντάχθηκαν στην οργανωτική δομή των Υ.ΠΕ. με τον Ν.4238/2014 ήταν μια διαδικασία που προκάλεσε διοικητικές και οργανωτικές δυσχέρειες στη λειτουργία της κεντρικής υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων των Υ.ΠΕ., όπως επίσης και στο πεδίο της εξυπηρέτησης των ληπτών

υπηρεσιών υγείας. Μια άλλη αδυναμία ήταν η απουσία ενός αποτελεσματικού τρόπου για την εποπτεία και το συντονισμό του κεντρικού σχεδιασμού σχετικά με την πραγματοποίηση προγραμμάτων και δράσεων στην κοινότητα, αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται μια ουσιαστική διασύνδεση ανάμεσα στις δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ.. Τέλος, μια ακόμα παθογένεια είναι το γεγονός ότι η λειτουργία των δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ. δε βασιζόταν στην εξυπηρέτηση ενός εγγεγραμμένου πληθυσμού ευθύνης, με αποτέλεσμα λόγω αυτής της κατάστασης να διατηρούνται οι δυσμενείς συνέπειες, όπως είναι για παράδειγμα η συνταγογραφική αντιμετώπιση, η οποία ενθαρρύνεται λόγω της αποσπασματικής και τυχαίας εξέτασης ενός ατόμου που επιλέγει όπως αυτό νομίζει και χωρίς τεκμηριωμένη πληροφόρηση το σημείο εισόδου του στο σύστημα υγείας και την υπηρεσία υγείας, επίσης στις δυσμενείς συνέπειες συνίσταται η αδυναμία να επιτυγχάνεται μια ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα, η ανορθολογική διαχείριση των χρόνιων περιστατικών υγείας κλπ. Οι παθογένειες του δημόσιου συστήματος υγείας είχαν να κάνουν τόσο με τον τρόπο με τον οποίο είχε δομηθεί και οργανωθεί κατά τα προηγούμενα χρόνια, όσο και με τις γραφειοκρατικού χαρακτήρα διαδικασίες οι οποίες δυσκόλευαν ακόμη περισσότερο την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2017).

3.4.5.2 Διακηρυγμένοι στόχοι

Η μεταρρύθμιση για την Π.Φ.Υ. (Ν.4486/2017) στόχευε στην αναμόρφωση του προηγούμενου θεσμικού πλαισίου της χώρας για την παροχή υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο σύστημα υγείας της Π.Φ.Υ., τους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ. και τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. γιατρούς και οδοντιάτρους και στην εναρμόνισή του θεσμικού πλαισίου με τα ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα. Επίσης, στη ρύθμιση ζητημάτων που σχετίζονται με την οργάνωση των δημόσιων μονάδων και υπηρεσιών Π.Φ.Υ. καθώς και την ηλεκτρονική τους διακυβέρνηση. Ο Ν.4486/2017 στόχευε στον εξορθολογισμό της λειτουργίας του συστήματος υγείας, στην ουσιαστική αναμόρφωση και τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου πλαισίου για την ανάδειξη της ιδιαίτερα σημαντικής θέσης των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2017).

Διακηρυγμένοι στόχοι της μεταρρύθμισης είναι (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2017):

- Η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος δημόσιων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Η διασφάλιση του δικαιώματος του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Η διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της Π.Φ.Υ.
- Ο ορθολογισμός των δαπανών υγείας για την οικονομική προστασία του πληθυσμού.
- Ο κοινωνικός έλεγχος και η λογοδοσία των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Η διασφάλιση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα, με τη μεταρρύθμιση για την Π.Φ.Υ. θεσπίζονται νέες δημόσιες μονάδες παροχής Π.Φ.Υ., με περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών, συγκεκριμένα οι Το.Μ.Υ., τα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια και τα κέντρα ειδικής φροντίδας. Στόχος της μεταρρύθμισης είναι να επαναπροσδιοριστεί η θέση του οικογενειακού γιατρού στο σύστημα της Π.Φ.Υ., να επανακαθοριστεί το πλαίσιο για τη σύναψη συμβάσεων μεταξύ των ιδιωτών γιατρών και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και η θεσμοθέτηση της ομάδας υγείας, ως βασικό πυλώνα για την ανάπτυξη διεπιστημονικής συνεργασίας στο σύστημα της δημόσιας υγείας με σαφή καθορισμό των καθηκόντων των μελών της ομάδας υγείας η οποία απαρτίζεται από τους επαγγελματίες υγείας. Ως προς τα κέντρα υγείας, κεντρικός στόχος της μεταρρύθμισης είναι η δημιουργία του απαραίτητου πλαισίου, ώστε η στελέχωσή τους από ιατρικό, επιστημονικό και λοιπό υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό να γίνεται με ορθολογικό τρόπο και να συμβαδίζει τόσο με το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των μονάδων υγείας των Το.Μ.Υ., για τις οποίες οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν συμπληρωματικά χωρίς να τις υποκαθιστούν, όσο και με τις ανάγκες υγείας του τοπικού πληθυσμού. Η ορθολογική στελέχωση της Π.Φ.Υ. στοχεύει τόσο στις ανάγκες πρόσβασης του πληθυσμού στις εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας όσο και στην ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Καινοτομία της μεταρρύθμισης είναι η ίδρυση των Το.Μ.Υ., οι οποίες συνιστούν το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.. Στόχος

της μεταρρύθμισης είναι να λειτουργούν οι Το.Μ.Υ. ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, μέσω των οποίων να παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στον εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης τους. Επίσης ως προς το στόχο της εύρυθμης λειτουργίας των Το.Μ.Υ. και της καλύτερης δυνατής εξυπηρέτησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας, η μεταρρύθμιση καθιέρωσε ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από την ομάδα υγείας. Με την μεταρρύθμιση εισάγεται η καινοτομία της κοινωνικής ευθύνης της Π.Φ.Υ. και θεσπίζεται η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας, με την ακρόαση κοινωνικών φορέων και πολιτών σε συνεργασία με τον περιφερειακό συντονιστή και τη διοικούσα επιτροπή του Το.Π.Φ.Υ.. Ο σκοπός αυτής της ρύθμισης, που αποτελεί το βασικό στόχο της μεταρρύθμισης, είναι η εύρυθμη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., μέσω της εξωστρέφειας, του προσανατολισμού στην κοινότητα, στην έμφαση της πρόληψης της νόσου και της προαγωγής της υγείας. Ένας ακόμα στόχος της μεταρρύθμισης είναι η αναβάθμιση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, στις διατάξεις του νόμου περιγράφεται ο ενδεδειγμένος εγγεγραμμένος πληθυσμός ευθύνης των οικογενειακών γιατρών στη βάση διεθνών αναγνωρισμένων πρακτικών, όσον αφορά την κατανομή του πληθυσμού στις ιατρικές ειδικότητες, που εφαρμόζονται σε χώρες που έχουν ανεπτυγμένη Π.Φ.Υ.. Διακηρυγμένος στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η αποτελεσματική εποπτεία, ο συντονισμός και κεντρικός σχεδιασμός και η ουσιαστική διασύνδεση μεταξύ των δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ. για την πραγματοποίηση προγραμμάτων και δράσεων στην κοινότητα. Για την επίτευξη του στόχου η μεταρρύθμιση προέβλεπε (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2017):

- Τη σύσταση «*Επιτροπής Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*» στο υπουργείο υγείας, με κύριες αρμοδιότητες το συντονισμό, την προώθηση και την παρακολούθηση της εφαρμογής μέτρων, προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης, προαγωγής υγείας και δημόσιας υγείας. Στόχος της επιτροπής, μέσω του συντονιστικού της ρόλου, είναι να συμβάλει στην επίτευξη της απαραίτητης συνεργασίας των διάφορων συναρμόδιων φορέων στον τομέα της παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Τη συγκρότηση τριμελούς διοικούσας επιτροπής σε κάθε Το.Π.Φ.Υ με αναφορά σε συγκεκριμένα καθήκοντα, αρμοδιότητες και τρόπο λειτουργίας.
- Τον ορισμό περιφερειακού συντονιστή των Το.Π.Φ.Υ. ανά περιφερειακή ενότητα ή τομέα. Στην ουσία η πρόβλεψη για περιφερειακό συντονιστή

Το.Π.Φ.Υ. στοχεύει στην αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία των μονάδων Π.Φ.Υ. εντός των Το.Π.Φ.Υ. ευθύνης του, αλλά και στην εμπέδωση για αυτές τις μονάδες του χαρακτήρα της εξωστρέφειας, της πρωτοβουλίας και στον κοινοτικό προσανατολισμό, με πρωταρχικό στόχο την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας, ατομικά και συλλογικά.

- Τον ορισμό Συντονιστή Οδοντιάτρου Υγειονομικών Περιφερειών (Σ.Οδ.Υ.Π.) ανά Υ.ΠΕ., οι οποίοι θα έχουν ως μέριμνα την ανάπτυξη επιχειρησιακών σχεδίων τα οποία θα συμβάλλουν στο στόχο της προστασίας και προαγωγής της στοματικής υγιεινής του πληθυσμού, όπως επίσης θα μεριμνούν για την καλύτερη και αποδοτικότερη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών υγείας των οδοντιατρικών μονάδων.

Με τη μεταρρύθμιση καθιερώνεται η υποχρεωτική εγγραφή του πληθυσμού έκαστου Το.Π.Φ.Υ. σε οικογενειακό γιατρό, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τον πληθυσμό που τον επέλεξε. Δικαίωμα εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό έχουν όχι μόνο οι δικαιούχοι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αλλά και οι ανασφάλιστοι, καθώς επίσης και οι δικαιούχοι του άρθρου 33 του Ν.4368/2016. Στόχος της ρύθμισης είναι να σταματήσει σταδιακά η συνταγογραφική αντιμετώπιση του ατόμου, που ενισχύεται λόγω της αποσπασματικής και τυχαίας εξέτασης του ατόμου που όπως νομίζει αυτό και χωρίς να έχει σωστή πληροφόρηση διαλέγει την είσοδο του στο σύστημα υγείας και την υπηρεσία υγείας. Πλέον, με την παρούσα μεταρρύθμιση καθιερώνεται η παραπομπή των ατόμων ως υποχρεωτική προϋπόθεση για την πρόσβασή τους στα κέντρα υγείας και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση φυσικά τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά. Επίσης προβλεπόταν η δημιουργία ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) ως ηλεκτρονικό εργαλείο με το οποίο θα διασφαλιζόταν η συνέχεια στη φροντίδα ενώ παράλληλα θα αποτελούσε προαπαιτούμενο για τη σωστή και αποτελεσματική εφαρμογή της παραπομπής. Τέλος, η μεταρρύθμιση του Ανδρέα Ξανθού, διακήρυττε τη συνεχιζόμενη επανεκπαίδευση. Για το στόχο αυτό είχε εισαχθεί η έννοια των ακαδημαϊκών μονάδων Π.Φ.Υ., μέσω των οποίων το επιστημονικό προσωπικό των δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ. θα καταρτιζόταν για να μπορεί να ανταποκρίνεται στα αυξημένα του καθήκοντα αλλά και για να διατηρεί το απαιτούμενο επίπεδο επιστημονικής γνώσης (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2017).

3.4.5.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις

Κατά τη σχετική ψηφοφορία, η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. υπερψηφίστηκε από ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και ΑΝ.ΕΛ., ενώ η Ν.Δ., η Χ.Α., η ΔΗ.ΣΥ. και το Κ.Κ.Ε. είχαν καταψηφίσει, το Ποτάμι και η Ένωση Κεντρώων είχαν δηλώσει «παρών» (ΑΠΕ, 2017). Η Ν.Δ. κατά την διάρκεια της συζήτησης στη Βουλή ανέπτυξε την επιχειρηματολογία της κατά του νομοσχεδίου. Συγκεκριμένα, για τον οικογενειακό γιατρό ήταν υπέρ της ελεύθερης επιλογής του από τον πολίτη και της λειτουργίας του ήδη υπάρχοντος συστήματος. Κατηγορούσε την κυβέρνηση για ιδεοληψία υπέρ του κρατικού και ενάντια του ιδιωτικού τομέα, αυτή η ιδεοληψία συναγωνίζεται την προχειρότητα και την αποσύνδεση από τις πραγματικές ανάγκες των πολιτών, υπογράμμισε ο εισηγητής της Ν.Δ.. Επίσης, ήταν κατά της δημιουργίας των Το.Μ.Υ., όπως τόνιζε, οι νέες κρατικές δομές που δεν χρειάζονταν, θα κάλυπταν το 30% του πληθυσμού και θα ιδρύονταν αρχικά μόνο στις μεγάλες πόλεις και όχι στην ύπαιθρο, επομένως δεν θα υπάρχει καθολική κάλυψη για τους πολίτες. Παράλληλα για τον οικογενειακό γιατρό της Το.Μ.Υ. ότι: *«επιβάλλεται υποχρεωτικά στον πολίτη και δεν αποτελεί ελεύθερη επιλογή του»*. Για την χρηματοδότηση της νέας δομής των Το.Μ.Υ. μέσω του Ε.Σ.Π.Α. η Ν.Δ. ήταν αντίθετη και ότι θα έπρεπε το Ε.Σ.Π.Α. να διοχετευθεί στην περαιτέρω βελτίωση του υπάρχοντος συστήματος με τους συμβεβλημένους οικογενειακούς γιατρούς και τους ελεύθερους επαγγελματίες στα κέντρα υγείας και στα διαγνωστικά κέντρα, με τον ισχυρισμό ότι εκεί θα προσφέρονται ποιοτικότερες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στους πολίτες (Πρακτικά Βουλής, 2017α). Ο αντίλογος της ΔΗ.ΣΥ. έγκειται στην χρηματοδότηση του σχεδίου, όπως τόνιζε ο εισηγητής της ΔΗ.ΣΥ. η έλλειψη της χρηματοδότησης για τη μεταρρύθμιση καταλήγει να είναι μόνο μια καταγραφή καλών προθέσεων και όχι μεταρρύθμιση (Πρακτικά Βουλής, 2017β). Η Χ.Α. είχε κάνει λόγο για κενόδοξη μεταρρύθμιση αφού εξαρτάται από το Ε.Σ.Π.Α. και για ανεφάρμοστο νομοθέτημα λόγω της οικονομικής κρίσης και της οικονομικής ύφεσης. Το Κ.Κ.Ε. ισχυριζόταν ότι: *«ο οικογενειακός γιατρός θα λειτουργεί σαν κόφτης, φραγμός για παραπέρα εξετάσεις ή ιατρικές επισκέψεις σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όταν απαιτείται»*. Ενώ για την χρηματοδότηση των Το.Μ.Υ. ότι δεν υπήρχε καμία σχετική πρόβλεψη στον κρατικό προϋπολογισμό, αλλά αντίθετα η υλοποίησή τους θα στηριζόταν στην προσωρινή χρηματοδότηση του Ε.Σ.Π.Α.. Η Ένωση Κεντρώων είχε εστιάσει στην

στελέχωση των Το.Μ.Υ. με το απαραίτητο προσωπικό, ώστε να μπορέσουν να επιτελέσουν το έργο τους. Επίσης ότι δεν έχει εξασφαλιστεί η μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση των Το.Μ.Υ. και ότι στηρίζεται στην αβέβαιη χρηματοδότηση του Ε.Σ.Π.Α.. Ενώ για τον οικογενειακό γιατρό ο αντίλογος έγκειται στον υπερβολικό αριθμό, όπως τόνιζε ο εισηγητής της Ένωσης Κεντρών, των εγγεγραμμένων ενηλίκων, καθώς δεν θα μπορούσε να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του με επιτυχία. Τέλος, το ΠΟΤΑΜΙ είχε εγείρει ζητήματα βιωσιμότητας του νέου μοντέλου Π.Φ.Υ., ότι δεν ήταν ξεκάθαρο το καθεστώς χρηματοδότησης, αφού με τη λήξη της τριετούς κάλυψης από το Ε.Σ.Π.Α. θα υπήρχε κίνδυνος να καταργηθεί εξαιτίας της μη ύπαρξης μοντέλου οικονομικής υποστήριξης του συστήματος. Για το νομοσχέδιο το ΠΟΤΑΜΙ υπογράμμισε ότι υπήρχε μια σαφής μεροληψία υπέρ του κρατικού τομέα που δεν θα μπορούσε να υποστηριχθεί εξαιτίας των οικονομικών συνθηκών της χώρας (Πρακτικά Βουλής, 2017α).

Σχεδόν σύσσωμος ο ιατρικός κόσμος, μεταξύ αυτών ο Ι.Σ.Α., η Π.Ο.Σ.Κ.Ε. και η Ε.Ε.Κ.Ε. είχαν απορρίψει το νομοσχέδιο και ζητούσαν διαπραγμάτευση από μηδενική βάση. Ο αντίλογος από τον πρόεδρο της Π.Ο.Σ.Κ.Ε. έγκειται στο ότι δεν είχε προβλεφθεί η εξασφάλιση της χρηματοδότησης των Το.Μ.Υ. από εθνικούς πόρους όταν θα έληγε η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Π.Α. μετά τα 2+2 χρόνια. Για τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ο πρόεδρος της Π.Ο.Σ.Κ.Ε. ισχυριζόταν ότι πρέπει να είναι δικαίωμα και όχι υποχρέωση του πολίτη και ότι ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού πρέπει να σαφής ως συμβούλου υγείας του κάθε πολίτη, με τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και δίνοντας συμβουλές υγείας στους πολίτες για τους οποίους θα είναι υπεύθυνος στα πλαίσια πρόληψης νοσημάτων και περιοδικών ελέγχων. Διαφωνούσε με το ρόλο του οικογενειακού γιατρού ως Gatekeeper όπου ο ασθενής για να πάει σε έναν ειδικό γιατρό (π.χ. καρδιολόγο) θα έπρεπε πρώτα να πάρει παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό (Πατσουράκος, 2017). Αντιδράσεις υπήρξαν επίσης και από την Ο.Ε.Ν.Γ.Ε., η οποία έκανε λόγο για: «Δημιουργία υποβαθμισμένων μονάδων, στελεχωμένων με ελάχιστο προσωπικό και με γιατρούς μόνο κάποιων ειδικοτήτων που θα παρέχουν ορισμένες υποτυπώδεις υπηρεσίες υγείας». Επίσης ως προς την χρηματοδότηση εξέφραζε την ίδια άποψη με τα κόμματα της αντιπολίτευσης και τους συλλόγους του ιατρικού κόσμου, ότι δηλαδή το Ε.Σ.Π.Α. θα είναι μια προσωρινή και αποσπασματική χρηματοδότηση και ότι με τη λήξη του Ε.Σ.Π.Α. θα μετακυλούσε το κόστος στους πολίτες και θα λειτουργούσε με ανταποδοτική βάση και με κριτήρια ιδιωτικής οικονομίας, όπως υπογράμμισε η

Ο.Ε.Ν.Γ.Ε., εκφράζοντας την αντίθεσή της απέναντι στη μεταρρύθμιση (Σκιτζί, 2017).

3.4.6 Σύσταση του Ε.Ο.Δ.Υ. (Ν.4633/2019)

Το 2019, ένα από τα πρώτα νομοσχέδια της νέας κυβέρνησης της Ν.Δ. για την υγεία ήταν ο Ν.4633/2019: «*Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις*». Στην φιλοσοφία του νόμου είναι η διαλειτουργικότητα των υπηρεσιών του Ε.Ο.Δ.Υ., η ταχύτητα στη λήψη κρίσιμων αποφάσεων, η στρατηγική αντιμετώπιση καταστάσεων υγειονομικής κρίσης, μέσω της συνεργασίας με άλλους εθνικούς και διεθνείς φορείς. Ο Ε.Ο.Δ.Υ. αποτελεί Ν.Π.Ι.Δ. και υπάγεται στην εποπτεία του υπουργού υγείας. Είναι καθολικός διάδοχος του προϋφιστάμενου ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., το οποίο καταργήθηκε από τον Ν.4600/2019. Σκοπός του Ε.Ο.Δ.Υ. είναι να παρέχει υπηρεσίες για την προστασία, βελτίωση και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. Κύρια αποστολή του Ε.Ο.Δ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας, για την προστασία της ανθρώπινης υγείας από μεταδοτικά νοσήματα, τα μέσα που αξιοποιούνται για αυτό το σκοπό είναι η έγκαιρη ανίχνευση, η παρακολούθηση και αξιολόγηση των κινδύνων, η αναφορά και κατάθεση επιστημονικά τεκμηριωμένων προτάσεων και μέτρων παρέμβασης. Ο Ε.Ο.Δ.Υ. είναι: «*το επιχειρησιακό κέντρο σχεδιασμού και υλοποίησης δράσεων προστασίας της δημόσιας υγείας με προληπτικό, λειτουργικό και παρεμβατικό χαρακτήρα, με ετοιμότητα απόκρισης σε έκτακτους κινδύνους υγείας, συντονίζοντας τις λειτουργίες του με τις εκάστοτε ανάγκες της χώρας και των διεθνών οργανισμών με τους οποίους συνεργάζεται*». Στο παρών νομοσχέδιο είχαν συμπεριληφθεί ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, διατάξεις για τα φάρμακα, με τις οποίες έδινε τη δυνατότητα στους κάτοχους αδειών κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων να προσφέρουν, τιμές χαμηλότερες από τις ορισθείσες του δελτίου τιμών. Τέλος, είχε συμπεριλάβει διατάξεις για την εκκαθάριση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των νοσοκομείων, καθώς και για την κατάργηση του Ε.Κ.ΕΠ.Υ. ως Αυτοτελούς Δημόσιας Υπηρεσίας και σύσταση διεύθυνσης επιχειρησιακής ετοιμότητας εκτάκτων καταστάσεων δημόσιας υγείας (Ν.4633/2019).

3.4.6.1 Παθογένειες που επεδίωκε να θεραπεύσει

Παθογένεια του προηγούμενου καθεστώτος του εθνικού οργανισμού δημόσιας υγείας, που λειτουργούσε ως Ν.Π.Δ.Δ., αποτελούσε το πρόβλημα της γραφειοκρατικής δυσλειτουργικότητας, η οποία δημιουργούσε εμπόδια στην επαρκή και άμεση ανταπόκριση του οργανισμού σε ζητήματα διαχείρισης επειγουσών και απρόβλεπτων καταστάσεων. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος περιλαμβανόταν μεταξύ άλλων η τοποθέτηση για πρώτη φορά ενός μάνατζερ ως προέδρου και δύο αντιπροέδρων από τον χώρο των επιστημών υγείας με συγκεκριμένες θεσμικές αρμοδιότητες. Επίσης, για πρώτη φορά θεσπιζόταν η σύσταση αυτοτελούς γραφείου οικονομικών μελετών δημόσιας υγείας για την χάραξη πολιτικής στην δημόσια υγεία η οποία θα στηρίζεται σε αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας. Μία ακόμα παθογένεια αποτελεί το γεγονός ότι είχαν παρατηρηθεί προβλήματα κατά την εφαρμογή των διατάξεων του Ν.4600/2019 σχετικά με τις κατεπείγουσες δράσεις του Ε.Ο.Δ.Υ., τα οποία οφείλονταν στην αλλαγή της νομικής του προσωπικότητας ως Ν.Π.Δ.Δ. (είχε αντικαταστήσει το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. που ήταν Ν.Π.Ι.Δ.), όπως για παράδειγμα οι καθυστερήσεις των διαδικασιών πρόσληψης προσωπικού για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κάλυψης του μεταναστευτικού-προσφυγικού κύματος στην Ελλάδα. Παράλληλα η διοικητική διάρθρωση του προσωπικού ήταν ελλιπής για την εκπλήρωση του ρόλου του Ε.Ο.Δ.Υ., απουσίαζε μια γενική διεύθυνση πληροφορικής, η οποία δραστηριοποιείται τηρώντας συγκεκριμένα πρωτόκολλα, που ορίζονται με ευθύνη της διεύθυνσης ετοιμότητας και απόκρισης, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την άμεση απόκριση σε έκτακτα γεγονότα, διαχείρισης υγειονομικών κινδύνων και καταστάσεων που απειλούν την δημόσια υγεία και δρα συντονίζοντας και αξιοποιώντας τα διαθέσιμα εργαλεία Τ.Π.Ε. του Ε.Ο.Δ.Υ. με άλλους μηχανισμούς πολιτικής προστασίας τύπου C4I (Command, Control, Coordination, Communication & Intelligence) για ειδικές έκτακτες περιπτώσεις μολυσματικών παραγόντων και διαχείρισης υγειονομικών κρίσεων. Στον Ν.4633/2019 περιλαμβάνονταν και ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού. Κατά το παρελθόν υπήρξαν νομοθετικές ρυθμίσεις, περί 11 τον αριθμό, μετά το 2008, για την απαγόρευση του καπνίσματος, οι οποίες είχαν συμπεριλάβει μέτρα περιορισμού του καπνίσματος. Η αντικαπνιστική νομοθεσία είχε εφαρμοστεί πλήρως σε συγκεκριμένους χώρους όπως στα μεγάλα εμπορικά κέντρα, στα αεροδρόμια, στους σταθμούς του μετρό καθώς και σε όλα τα

μέσα μαζικής μεταφοράς, ωστόσο είχε διαπιστωθεί ότι η αντικαπνιστική νομοθεσία είχε πλημμελή εφαρμογή κυρίως στις δημόσιες υπηρεσίες και στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, συνιστούσε λοιπόν μια παθογένεια του συστήματος των ελεγκτικών μηχανισμών για τον περιορισμό του καπνίσματος σε απαγορευμένους χώρους που έπρεπε άμεσα να αντιμετωπιστεί (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2019).

3.4.6.2 Διακηρυγμένοι στόχοι

Διακηρυγμένος στόχος του Ε.Ο.Δ.Υ. που επανιδρύεται ως νέο Ν.Π.Ι.Δ., είναι η διαλειτουργικότητα του νομικού προσώπου με ευρύτερες και σαφείς παρεχόμενες υπηρεσίες οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση της αποδοτικότητας και του επιχειρησιακού του χαρακτήρα, διότι ο τελικός του στόχος δεν είναι μόνο η αυτοδιαχείριση της δημόσιας υγείας των πολιτών αλλά και το τεράστιο έργο της διαχείρισης της υγειονομικής κάλυψης των προσφύγων και μεταναστών, ένα ζήτημα που διαρκώς λαμβάνει αυξανόμενες διαστάσεις. Άρα, ο επιχειρησιακός του ρόλος απαιτεί και προσαρμογή στα νέα δεδομένα τόσο σε μεσοπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο. Στόχος του Ν.4633/2019 αποτελούσε και η ενημέρωση των πολιτών για τη διαχείριση έκτακτων καταστάσεων διακινδύνευσης της δημόσιας υγείας και επιδημιολογικών κρίσεων. Οι δράσεις διαφημιστικής προβολής για θέματα άμεσου κινδύνου της υγείας των πολιτών, που προέβλεπε σχετική διάταξη του Ν.4633/2019, στόχευαν στην προάσπιση της υγείας των πολιτών από πανδημίες και μολυσματικές ασθένειες καθώς και στην ενημέρωσή τους για τις άμεσες επιπτώσεις στην υγεία τους. Στους στόχους του Ν.4633/2019 συγκαταλέγεται και ο έλεγχος του καπνίσματος. Οι διατάξεις για τις ρυθμίσεις των προϊόντων καπνού βασίζονται στις βέλτιστες πρακτικές που εφαρμόζονται στα κράτη μέλη της Ε.Ε. και σε άλλες προηγμένες χώρες και συμβαδίζουν με τις οδηγίες του παγκόσμιου οργανισμού υγείας. Στόχος αυτών των ρυθμίσεων είναι ο περιορισμός του καπνίσματος, το οποίο αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κινδύνους της δημόσιας υγείας (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2019).

3.4.6.3 Ο αντίλογος και οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης και από τις συλλογικές οργανώσεις

Επί της αρχής του νομοσχεδίου η Ν.Δ. και το ΚΙΝ.ΑΛ. είχαν ταχθεί υπέρ, ενώ ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α., το Κ.Κ.Ε., η Ελληνική Λύση και το ΜεΡΑ25 είχαν ταχθεί κατά του νομοσχεδίου. Ωστόσο, οι ρυθμίσεις για την απαγόρευση του καπνίσματος είχαν ψηφιστεί με ευρύτατη πλειοψηφία, αφού η Ν.Δ., ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α., το ΚΙΝ.ΑΛ. και το ΜεΡΑ25 είχαν ψηφίσει θετικά, το Κ.Κ.Ε. είχε δηλώσει «παρών» και η Ελληνική Λύση είχε καταψηφίσει. Ο αντίλογος του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. επί του νομοσχεδίου έγκειται στην αλλαγή του νομικού καθεστώτος από Ν.Π.Δ.Δ. σε Ν.Π.Ι.Δ., διότι όπως υποστήριζε ο εισηγητής της αξιωματικής αντιπολίτευσης, η αλλαγή αυτή επαναφέρει ένα καθεστώς το οποίο κατά το παρελθόν ήταν αυτό που επέτρεπε φαινόμενα αδιαφάνειας και ανορθολογικής διαχείρισης του σημαντικού τομέα της δημόσιας υγείας. Επίσης, υποστήριζε ότι δημιουργούσε πολιτικό θέμα σχετικά με την παρέμβαση για την εξυγίανση που είχε δρομολογηθεί από τις αρχές του 2019, με την μετατροπή του πρώην ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. σε Ε.Ο.Δ.Υ. ως Ν.Π.Δ.Δ., σύμφωνα με τον εισηγητή του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., η κρίσιμη αλλαγή που έφερνε το νομοσχέδιο, ουσιαστικά ακύρωνε την εξυγίανση του οργανισμού. Το Κ.Κ.Ε. υποστήριζε ότι η μόνη διαφορά είναι η μετατροπή του Ε.Ο.Δ.Υ. από Ν.Π.Δ.Δ. σε Ν.Π.Ι.Δ. και ότι το περιεχόμενο και η χρηματοδότηση του οργανισμού διατηρεί τον χαρακτήρα της ενίσχυσης της ανταποδοτικότητας και του περιορισμού των κρατικών δαπανών. Για τις ρυθμίσεις που αφορούσαν στον περιορισμό του καπνίσματος, το Κ.Κ.Ε. διαφωνούσε ως προς τη διενέργεια ελέγχων από την ΕΛ.ΑΣ., καθώς και με τα υψηλά χρηματικά πρόστιμα. Το κόμμα της Ελληνικής Λύσης τόνιζε ότι το νομοσχέδιο παρά τις εξαγγελίες του υπουργού περί ενίσχυσης του ρόλου της πρόληψης και της αντιμετώπισης της δημόσιας υγείας των πολιτών, απέχει σημαντικά από μία ουσιαστική και καθολική αντιμετώπιση των προβλημάτων στον χώρο της υγείας. Η εισηγήτρια της Ελληνικής Λύσης, συνέχιζε λέγοντας ότι θα καλύψει αποσπασματικές προβληματικές καταστάσεις, που η αντιμετώπισή τους θα φανεί στην πράξη, εφεξής, ότι υπολείπεται των απαιτήσεων των καιρών και των απαιτήσεων για τα ερχόμενα, δηλαδή και γι' αυτά που ήδη είναι, αλλά και για όσα αναμένονται να έρθουν. Αναφορικά με τον αντικαπνιστικό νόμο, η αγορήτρια της Ελληνικής Λύσης υποστήριζε ότι έπρεπε να εφαρμοστεί και να απαγορευτεί το κάπνισμα, ωστόσο το σχέδιο νόμου θα δημιουργούσε συνθήκες διωγμού, τόσο για τους καπνιστές, όσο και για τους

ιδιοκτήτες των διαφόρων επιχειρήσεων. Τέλος, το ΜεΡΑ25, ως προς τις ρυθμίσεις για τον Ε.Ο.Δ.Υ. υποστήριζε ότι η αλλαγή αυτή έχει δυσμενείς συνέπειες στα εργασιακά ζητήματα, όπως στις προσλήψεις και τις απολύσεις, τη διαχείριση των πόρων, τη δυνατότητα μείωσης δαπανών και πρόσθετε ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να «στηθεί ένα νέο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.». Επίσης, το ΜεΡΑ25 διαφωνούσε με την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου από την ΕΛ.ΑΣ., γιατί όπως υποστήριζε, έτσι θα εμπέδωνε ένα θέαμα επικίνδυνης αστυνομοκρατίας. Ως προς τις ρυθμίσεις του νομοσχεδίου για την φαρμακευτική δαπάνη, το ΜεΡΑ25 ήταν αντίθετο, ο αντίλογος έγκειται στο ότι το άρθρο 21 καταργεί ουσιαστικά το claw back (Πανέλλη, 2019 και Πρακτικά Βουλής, 2019).

Ο Π.Ι.Σ. είχε τοποθετηθεί επί του νομοσχεδίου κατά τη διάρκεια των συζητήσεων στην επιτροπή κοινωνικών υποθέσεων της Βουλής και σε γενικές γραμμές συμφωνούσε με την κατεύθυνση του νομοσχεδίου. Παρά ταύτα υπήρχε αντίλογος από τον Π.Ι.Σ. ως προς τη σύνθεση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Δ.Υ., ο σύλλογος ζητούσε να προβλέπεται η συμμετοχή του, όπως επίσης και του ιδιωτικού τομέα της υγείας. Ο Π.Ι.Σ. υπογράμμιζε ότι τόσο ο πρόεδρος όσο και οι αντιπρόεδροι ενδέχεται να μην έχουν εμπειρία ως μαχόμενοι ιατροί ή να μην είναι καν ιατροί, προτείνοντας τα όσα ίσχυαν και για το πρώην ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, δηλαδή ένα μέλος του Δ.Σ. να ορίζεται από τον Π.Ι.Σ. έτσι ώστε να διασφαλίζεται η συμμετοχή των ιατρών (Π.Ι.Σ., 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

4.1 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας

Από το 2009 και έπειτα, η Ελλάδα βρέθηκε σε μια από τις πιο σοβαρές κρίσεις χρέους στην ιστορία της, η οποία οδήγησε το 2010 στην υπογραφή του μνημονίου οικονομικών και χρηματοοικονομικών πολιτικών με την τρόικα, στην οποία συμμετείχαν η ευρωπαϊκή επιτροπή, η ευρωπαϊκή κεντρική τράπεζα και το διεθνές νομισματικό ταμείο, σε αντάλλαγμα η Ελλάδα έλαβε δάνειο 110 δισεκατομμυρίων ευρώ που αναφέρεται ως χρηματοδοτικό πρόγραμμα διάσωσης. Το μνημόνιο περιελάμβανε όρους δανεισμού που συμφωνήθηκαν μεταξύ της τρόικας και της ελληνικής κυβέρνησης, που επίσης εγκρίθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο τον Μάιο του 2010 (Matsaganis, 2011). Οι κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της κρίσης χρέους εμφανίστηκαν αμέσως με τα ποσοστά ανεργίας να φτάνουν το 14,2% και το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (Α.Ε.Π.) της χώρας να πέφτει στο -3,5% το 2010, ενώ οι μετρήσεις για το 2011 ήταν ακόμη πιο ανησυχητικές (Economou et al., 2013). Μετά την υπογραφή του μνημονίου ακολούθησαν και άλλα χρηματοοικονομικά πακέτα διάσωσης, μια σειρά μέτρων λιτότητας επιβλήθηκαν στην Ελλάδα από το 2010 που απαιτούσαν τόσο επείγουσες όσο και ζωτικές μεταρρυθμίσεις του δημόσιου τομέα. Το Ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας δεν θα μπορούσε να αποκλειστεί από τα μέτρα των μεταρρυθμίσεων, καθώς αντιμετώπιζε σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα αναφορικά με τη χρηματοδότηση, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών, για τουλάχιστον μια δεκαετία. Αυτά τα προβλήματα εντάθηκαν λόγω των δυσμενών οικονομικών συνθηκών (Economou, 2013 · Kentikelenis and Papanicolas, 2012). Σύμφωνα με το υπουργείο υγείας, λόγω της ανορθολογικής οργάνωσης του Ε.Σ.Υ., ο ελληνικός πληθυσμός δεν λάμβανε τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που θα έπρεπε, παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα ξοδεύει για την υγεία περισσότερο από το 10% του Α.Ε.Π.. Ως εκ τούτου, θα έπρεπε να γίνουν οι μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη (Π.Φ.Υ.) και στα νοσοκομεία, μαζί με περικοπές του κόστους (Houston et al., 2011). Εκτενείς συζητήσεις έχουν διεξαχθεί σχετικά με τις υπάρχουσες και τις πιθανές επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην υγεία και

την υγειονομική περίθαλψη. Οι αρνητικές προοπτικές για τις επιπτώσεις εμφανίζονται στην επιστημονική έρευνα και στα δελτία τύπου, με αναφορές για μια δυνητική «τραγωδία στην υγεία» (Kentikelenis et al., 2011 · Bonovas and Nikolopoulos, 2012). Από την άλλη πλευρά, η χρηματοπιστωτική κρίση έχει επίσης θεωρηθεί ως ο καταλύτης που δημιουργεί αλλαγές προς την αναμόρφωση, τη βελτίωση και την επιβολή μεταρρυθμίσεων για το Ε.Σ.Υ. που είχαν αναβληθεί για πολλά χρόνια πριν την κρίση (Matsaganis, 2011 · Milionis, 2013 · Dervenis et al., 2013 · Liaropoulos, 2012).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας των E. Simou και E. Koutsogeorgou, οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα από το 2009 ήταν ανησυχητικές, σε αυτές συμπεριλαμβάνονται τα αυξημένα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας, αυτοκτονιών και επιδημιών, που επηρεάζονται από την ταχεία αύξηση της ανεργίας ή από τις οικονομικές συνθήκες. Οι συνέπειες για την υγειονομική περίθαλψη ήταν πιο κυρίαρχες, σε αυτές συμπεριλαμβάνονται κυρίως οι περικοπές των δαπανών δημόσιας υγείας, η μείωση του αριθμού των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των μισθών τους, οι περικοπές στις συντάξεις, οι περικοπές στην προμήθεια ιατρικών αγαθών, οι ταχείες μεταρρυθμίσεις στους τομείς της φαρμακευτικής και κοινωνικής ασφάλισης, η συγχώνευση μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, τα ζητήματα πρόσβασης και διαφθοράς, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες Π.Φ.Υ., ενώ υπήρξε μεγαλύτερη ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με την ιδιωτική. Επίσης, το Ε.Σ.Υ. είχε μακροχρόνια προβλήματα αποτελεσματικότητας - διαφάνειας, οργάνωσης, διάρθρωσης και οικονομικής φύσεως προβλήματα (Koutsogeorgou and Simou, 2014). Τα ευρήματα της έρευνας των E. Simou και E. Koutsogeorgou επιβεβαιώνουν τις προγενέστερες καταγραφές των D. Kaitelidou και E. Kouli για προοπτικές που θα επιδείνωναν την πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που θα αύξαναν τις εισφορές των ασφαλισμένων, καθώς επίσης και για τα αυξανόμενα ζητήματα της παρακολούθησης και αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας (Kaitelidou and Kouli, 2012).

Όπως αναφέρουν οι E. Simou και E. Koutsogeorgou, μετά την κρίση, εντοπίστηκαν κυρίως προβληματικές επιπτώσεις και ανησυχίες, ειδικά όσον αφορά την κατάσταση της υγείας, με τις ευεργετικές επιπτώσεις και τις θετικές προοπτικές να είναι λιγότερο εμφανείς. Από την έναρξη της ελληνικής οικονομικής κρίσης, τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης επικεντρώθηκαν κυρίως στις βραχυπρόθεσμες

επιπτώσεις με τη μείωση των δαπανών, ενώ τα μέτρα που επιβλήθηκαν φαίνεται να έχουν δυνητικά επιζήμιες μακροπρόθεσμες συνέπειες για τη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Αν και είναι νωρίς να εκτιμηθεί με ακρίβεια ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, ωστόσο, τα ευρήματα από την έρευνα των Ε. Simou και Ε. Koutsogeorgou έδειξαν ότι υπάρχουν ήδη ανησυχητικά ζητήματα (Koutsogeorgou and Simou, 2014).

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξαν σοβαρές ελλείψεις στα δημόσια νοσοκομεία όπου συχνά οι ασθενείς έπρεπε να αγοράζουν γάζες και φάρμακα από εξωτερικό φαρμακείο για να γίνονται δεκτοί. Άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας με σοβαρές ασθένειες δεν είχαν πρόσβαση σε θεραπεία. Επίσης, η ελονοσία, που ήταν μια ασθένεια που εξαλείφθηκε πριν από 40 χρόνια, είχε επιστρέψει το 2012 με περιπτώσεις που σημειώθηκαν στην ανατολική Αττική και την Πελοπόννησο. Επιπλέον, τα ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα ανέρχονταν στο 30%, το ίδιο ποσοστό που είχε και το 1961. Συγκριτικά, η ανεργία στις Ηνωμένες Πολιτείες κατά την περίοδο του οικονομικού «κραχ» του 1929 ήταν 25%, επίσης, στην Αργεντινή το 2001, που είχε προσφύγει για οικονομική βοήθεια στο Δ.Ν.Τ., ήταν στο 30%. Πάνω από το 70% των ανέργων στην Ελλάδα είχαν μείνει εκτός εργασίας για περισσότερο από ένα χρόνο, αφήνοντας τους περισσότερους να βασίζονται στις φιλανθρωπικές οργανώσεις μετά την απώλεια των μηνιαίων αποδοχών απασχόλησης και της ασφάλισης υγείας (Gounari, 2014). Πριν εκδηλωθεί η οικονομική κρίση, οι Μ.Κ.Ο. και άτυπες ομάδες προσέφεραν προστασία σε πρόσφυγες και μετανάστες, οι οποίοι δεν είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η κρίση άλλαξε τις «ομάδες στόχους» τους, αφού οι ίδιοι εθελοντές (γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί κλπ.) εξυπηρετούσαν πλέον όχι ξένους αλλά γηγενείς (Σωτηρόπουλος, 2017).

4.2 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων

Για να αποτιμήσει κανείς τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη της περιόδου 2009-2019 οι οποίες θεσμοθετήθηκαν και εφαρμόστηκαν σε μια περίοδο δημοσιονομικής και οικονομικής κρίσης όπου η Ελλάδα έπρεπε παράλληλα να τηρήσει και τους όρους του μνημονίου (πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής), θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής τέσσερα δεδομένα (Οικονόμου, 2019):

1. Το Ε.Σ.Υ. δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένο για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της οικονομικής κρίσης. Τα δομικά προβλήματα που προϋπήρχαν διαμόρφωσαν ένα σύστημα με αδυναμίες το οποίο είναι ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις, παράλληλα δεν μπορούσε να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού.
2. Ήταν επιτακτική η ανάγκη της διόρθωσης των αδυναμιών του συστήματος με την εφαρμογή λειτουργικών και οργανωτικών μεταρρυθμίσεων.
3. Τα μέτρα του μνημονίου που εφαρμόστηκαν (πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής) περιελάμβαναν μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και λιτότητας, με συνέπεια οι πολιτικές για τη συγκράτηση του κόστους να λάβουν τη μορφή οριζόντιων περικοπών.
4. Επιβλήθηκε μια μαζική ταυτόχρονη επιβολή μεταρρυθμιστικών αλλαγών στο Ε.Σ.Υ. που έπρεπε να εφαρμοστούν σε πολύ σύντομο και περιορισμένο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα κάθε μεταρρυθμιστικό βήμα που ήταν προαπαιτούμενο για το επόμενο να μην προλαβαίνει να ωριμάσει και να αποδώσει.

Μία από τις κύριες διαστάσεις των μεταρρυθμίσεων της περιόδου 2009-2019 ήταν ο βαθμός αποκέντρωσης. Είναι γεγονός ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας επέμενε να είναι ένα σύστημα εξαιρετικά συγκεντρωτικό. Παρά την ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών (Υ.ΠΕ.) στις αρχές της δεκαετίας του 2000, ο σχεδιασμός για την ανάθεση της ευθύνης για τη λειτουργία και τη διαχείριση των μονάδων υγείας δεν υλοποιήθηκαν. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις αποκαλύπτουν μια αμφίδρομη τάση: η συγκέντρωση των εισφορών ασφάλισης υγείας μέσω της δημιουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δείχνει μια κίνηση προς τον συγκεντρωτισμό, ενώ η ανάθεση του ελέγχου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις Υ.ΠΕ. δείχνει την κατεύθυνση της αποκέντρωσης. Ωστόσο, απομένει να δούμε αν η τελευταία κίνηση θα υποστηριχθεί και με αποκέντρωση για ανάθεση αρμοδιοτήτων και ουσιαστική εξουσία στη λήψη αποφάσεων (Petmesidou, 2019).

Είναι γεγονός ότι καμία κυβέρνηση μεταπολιτευτικά δεν προχώρησε σε ουσιαστική αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στην υγεία. Ο γιατρός και πρώην υπουργός υγείας, Παρασκευάς Αυγερινός, είχε πει στη Βουλή για το νόμο του Ε.Σ.Υ. ότι *«προβλεπόταν η αξιολόγησή του κατά διαστήματα μετά την εφαρμογή του»* και ότι *«θα 'πρεπε να εκτιμάται η πορεία εφαρμογής του ανά 4ετία και να διορθώνεται»*. *«Πέρασαν 10ετίες και ουσιαστική αποτίμηση της απόδοσης του δεν έγινε»* (Αυγερινός, 2013).

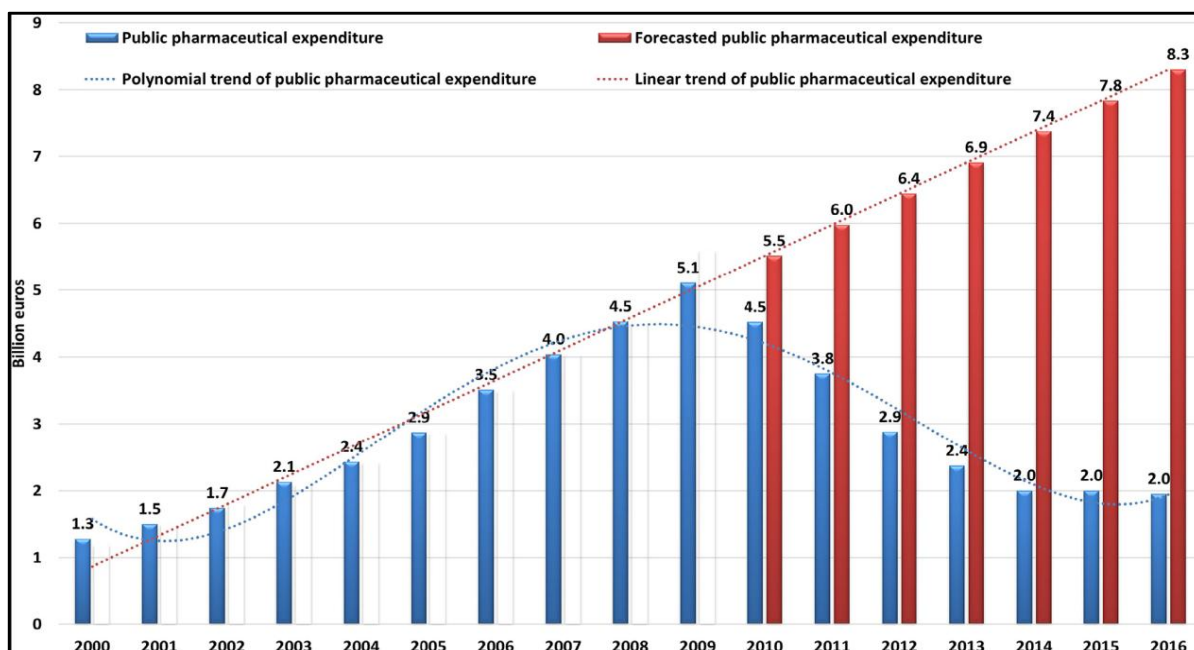
4.2.1 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων ως προς την χρηματοδότηση και τους μηχανισμούς αποζημίωσης των παροχών

Η Ελλάδα, υπήρξε η χώρα στην οποία εφαρμόστηκαν τα πιο ακραία μέτρα στην κλίμακα των περικοπών του τομέα της υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τα μνημόνια υποχρέωναν την Ελλάδα να περιορίσει τη δημόσια δαπάνη υγείας σε ποσοστό κάτω από το 6% του Α.Ε.Π.. Για να επιτευχθεί αυτό το όριο, όπως ορίζεται στα μνημόνια, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ήταν πλέον λιγότερες από οποιαδήποτε χώρα μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης πριν από το 2004. Υπό αυτούς τους περιορισμούς και μαζί με την ταυτόχρονη φθίνουσα πορεία του Α.Ε.Π. μετά το 2009, ο δημόσιος τομέας υγείας θα έπρεπε πλέον να καλύπτει τις αυξανόμενες ανάγκες που παρουσιάστηκαν με λιγότερους οικονομικούς πόρους. Την περίοδο 2010-2014, η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα μειώθηκε κατά 34,3%, η δημόσια τρέχουσα δαπάνη υγείας κατά 44,6% και η ιδιωτική δαπάνη κατά 13,3%, ενώ στη συνέχεια παρουσιάστηκε μια μικρή αυξητική τάση (Πίνακας 2). Παράλληλα, η ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας και δη των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των εισαγωγών, είχαν την περίοδο 2010-2015, μια αυξητική τάση κατά 2,3% και 10,5% αντίστοιχα (Kentikelenis et al., 2014 · Economou et al., 2018).

Πίνακας 2: «Τρέχουσα δαπάνη υγείας 2010-2016»
(Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή 2017 και 2018)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Συνολικές (εκατ. ευρώ)	21.608,7	18.835,7	16.984,3	15.201,1	14.201,2	14.447,9	14.727,3
Συνολικές (% ΑΕΠ)	9,56	9,10	8,88	8,41	7,95	8,19	8,45
Κρατικές (εκατ. ευρώ)	6.475,4	4.202,2	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.195,5	4.595,9
Κρατικές (% συνολικών)	30	22,3	29,9	30,5	29,6	29	31,2
Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (εκατ. ευρώ)	8.445,4	8.223,1	6.204	4.806,9	4.056,5	4.224,6	4.438,8
Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (% συνολικών)	39	43,7	36,5	31,6	28,6	29,2	30,1
Συνολικές δημόσιες (εκατ. ευρώ)	14.920,8	12.425,3	11.286,1	9.445,5	8.267	8.420,1	9.034,7
Συνολικές δημόσιες (% συνολικών)	69%	66,0	66,5	62,1	58,2	58,3	61,3
Ιδιωτική ασφάλιση (εκατ. ευρώ)	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3	567,5
Ιδιωτική ασφάλιση (% συνολικής)	2,5	2,8	3,1	3,3	3,8	3,7	3,9
Ιδιωτικές πληρωμές (εκατ. ευρώ)	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9
Ιδιωτικές πληρωμές (% συνολικών)	28,1	30,9	30,1	33,7	36,6	36,2	34,3
Συνολικές ιδιωτικές (εκατ. ευρώ)	6.614,6	6.358	5.644,6	5.616,3	5.737,8	5.765,4	5.625,4
Συνολικές ιδιωτικές (% συνολικών)	30,6	33,8	33,2	36,9	40,4	39,9	38,2
Λοιπές (εκατ. ευρώ)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4	262,1	67,2
Λοιπές (% συνολικών)	0,3	0,3	0,3	0,9	1,4	1,8	0,5

Από το 2011, τα γενικά νοσοκομεία συμμετείχαν στην προσπάθεια να περιοριστεί το κόστος, αλλά χωρίς να καταφέρουν να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Μέσα σε μια περίοδο δύο ετών, το κόστος μειώθηκε κατά 680.000.000 ευρώ, αλλά αυτό στην πραγματικότητα ήταν το αποτέλεσμα των περικοπών στις καθημερινές ιατρικές επεμβάσεις. Επίσης και σε άλλες μελέτες παρουσιάζονται παρόμοια ευρήματα, με την επισήμανση ότι τα δημόσια νοσοκομεία κατάφεραν να μειώσουν τον προϋπολογισμό τους αλλά χωρίς να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους (Farantos and Koutsoukis, 2018).



Σχήμα 1: «Η συνεπαγόμενη εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, αν δεν είχαν ληφθεί μέτρα περιορισμού του κόστους» (Yfantopoulos and Chantzaras, 2018).

Στο πλαίσιο των συμφωνηθέντων μνημονίων, τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα πρότειναν την εφαρμογή ενός ευρέος φάσματος φαρμακευτικών πολιτικών ελέγχου κόστους με στόχο τη μείωση του μεριδίου των φαρμακευτικών δαπανών στο Α.Ε.Π. σε λιγότερο από 1% μέχρι το έτος 2014 (Yfantopoulos and Chantzaras, 2018). Μέσω της στατιστικής ανάλυσης, παρατηρούμε, ότι εάν δεν υπήρχαν αυτές οι πολιτικές, οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες θα είχαν φθάσει στο επίπεδο των 8,3 δισεκατομμυρίων ευρώ μέχρι το έτος 2016 (Σχήμα 1). Ωστόσο, η εφαρμογή μιας σειράς ελέγχων τιμών, αυξήσεων της ίδιας συμμετοχής των ασφαλισμένων,

υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων (rebates¹, clawbacks²) και οι πολιτικές ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και συνταγογράφησης γενοσήμων, μείωσαν τις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες στο επίπεδο των 1,95 δισ. Ευρώ (Kontodimopoulos et al., 2013 · Yfantopoulos and Chantzaras, 2018). Τα οφέλη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων, επισημαίνονται από τον πρώην πρόεδρο του οργανισμού, Δ. Κοντό, σε συνέντευξη που είχε παραχωρήσει στην εφημερίδα «all about Health» υποστήριξε ότι σχεδόν το 98% των συνταγών και των παραπεμπτικών καταχωρούνται ηλεκτρονικά από το σύνολο σχεδόν των επαγγελματιών υγείας, κατατάσσοντας έτσι την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Κοντός, 2014). Επιπροσθέτως, η εφαρμογή των ηλεκτρονικών προγραμμάτων στην Ελλάδα συνέπεσε με τα ταραχώδη χρόνια της οικονομικής κρίσης. Έτσι η τεχνολογία πληροφοριών (Τ.Π.Ε.) χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο για τη μείωση του λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων και για την προώθηση μεταρρυθμίσεων προς την κατεύθυνση της αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας. Η ηλεκτρονική πλατφόρμα της «Διαύγειας», στην οποία δημοσιεύονται υποχρεωτικά (Ν. 3861/2010) όλες οι διοικητικές και οικονομικές δραστηριότητες όλων των τομέων του δημοσίου συμπεριλαμβανομένων των οργανισμών υγείας (εξαιρείται η δημοσίευση θεμάτων που συνδέονται με την εθνική ασφάλεια του κράτους και τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα), διασφάλισε τη διαφάνεια στη λήψη αποφάσεων, τόσο οι πολίτες-χρήστες όσο και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε αυτές τις αποφάσεις (Voutsidou et al., 2019). Ως προς την ενεργοποίηση του μηχανισμού clawback, στη μελέτη των Souliotis et al., (2015), υποστηρίζεται η άποψη ότι ήταν η αιτία να δημιουργηθούν κάποιες σημαντικές παρενέργειες, όπως η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των κύριων πηγών δημοσίων εσόδων, υπονομεύοντας την χρηματοδότηση των αξιών της αλληλεγγύης, της ισότιμης πρόσβασης και της παροχής υψηλής και ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης (Souliotis et al., 2015).

Η Ελλάδα αποτελεί ένα καλό παράδειγμα τόσο επιτυχίας όσο και αποτυχίας των φαρμακευτικών πολιτικών. Ακόμη και πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα

¹ «Το rebate, ως έννοια, μπορεί να ταυτιστεί με την έκπτωση επί του τζίρου που κάνουν οι εμπορικές εταιρείες στους προμηθευτές τους. Στην ουσία, ο ΕΟΠΥΥ επιβάλλει να του γίνουν εκπτώσεις επί του ποσού που τιμολογούν οι πάροχοι υγείας (π.χ. κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, μονάδες αιμοκάθαρσης κ.λπ.) βάσει ενός κλιμακούμενου ποσοστού» (Παπαδογιαννάκης, 2013).

² «Ως clawback (επανάκτηση ή υποχρεωτική επιστροφή) ορίζεται η επιστροφή χρημάτων στην ασφάλιση όταν η κατανάλωση και συνεπώς η δαπάνη υπερβαίνει τα όρια που έχουν τεθεί μέσω ενός κλειστού προϋπολογισμού» (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019).

υγείας επλήγη από πληθώρα διαρθρωτικών αδυναμιών. Η μακροχρόνια σπατάλη πόρων έχει αντικατασταθεί από σοβαρή υποχρηματοδότηση κατά τη διάρκεια της κρίσης, και το ήδη υποβαθμισμένο σύστημα δημόσιας υγείας έχει υποστεί περαιτέρω υποβάθμιση της ποιότητας. Η υποχρηματοδότηση και οι αυξανόμενες ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες ενδέχεται να προκαλέσουν ένα de facto διττό σύστημα υγείας, το οποίο διαχωρίζεται στους ασθενείς που μπορούν να αντέξουν οικονομικά τη φαρμακευτική περίθαλψη και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους σε ιατρική περίθαλψη και των οικονομικά ευάλωτων ατόμων που μπορούν να έχουν πρόσβαση μόνο σε απαραίτητες υπηρεσίες υγείας από ένα αυστηρά επιβαρυνόμενο σύστημα δημόσιας υγείας (Yfantopoulos and Chantzaras, 2018).

Πριν την εμφάνιση της κρίσης, η δαπάνη υγείας καλυπτόταν μέσω της κοινωνικής ασφάλισης σε ποσοστό 39%. Το 2016, το ποσοστό μειώθηκε στο 30,1%, στο οποίο αποτυπώνεται η συνολική μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας κατά το ήμισυ (Πίνακας 2). Τα μειωμένα έσοδα από εισφορές ένεκα της συρρίκνωσης του Α.Ε.Π., η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των μισθών, αποτελούν τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται αυτή η τάση. Αντιθέτως, η ιδιωτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας είχε αυξητική τάση από 30,6% το 2010 σε 38,2% το 2016. Το 90% της ιδιωτικής δαπάνης υγείας συνιστά άμεσες πληρωμές, ενώ ένα ποσοστό μόλις 10% αποτελεί δαπάνη της ιδιωτικής ασφάλισης. Η τάση αυτή οφείλεται στην αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας που σημειώθηκε από το 2010 και μετά, που σκοπό είχε να ενισχυθούν τα έσοδα και να μειωθεί η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Economou et al., 2014 · Economou, 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Συγκεκριμένα, το 2011 παρατηρήθηκε αύξηση στην οικονομική επιβάρυνση της επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας από τα 3 ευρώ στα 5 ευρώ (καταργήθηκε το 2015) και το 2012 είχε θεσπιστεί η καταβολή ποσού των 25 ευρώ για τους ασθενείς που θα εισάγονταν στο δημόσιο νοσοκομείο (καταργήθηκε το 2014), παράλληλα υπήρχε και η πληρωμή του 1 ευρώ ανά κάθε συνταγή που εκδίδεται από πάροχο του Ε.Σ.Υ. (το 2016 θεσπίστηκαν εισοδηματικά κριτήρια απαλλαγής από την καταβολή του 1 ευρώ ανά συνταγή). Ακόμα, το 2011 υπήρχε αύξηση και στη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων. Σε πολλά φάρμακα, η συμμετοχή των ασθενών αυξήθηκε από 0% σε 10% και για άλλα φάρμακα από 0% σε 25%. Επιπλέον, οι ασθενείς επιβαρύνονται με τη διαφορά ανάμεσα στην τιμή πώλησης του φαρμάκου και της ασφαλιστική τιμής που καλύπτει

ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Αν και υπήρξαν συνεχείς μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων, καθώς και η πρόβλεψη για δωρεάν φαρμακευτική κάλυψη για τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (άτομα με χαμηλό εισόδημα, Α.Μ.Ε.Α., ασθενείς με χρόνιες παθήσεις κλπ), εντούτοις τα αποτελέσματα της εφαρμοζόμενης πολιτικής ήταν να αυξηθεί η μέση μηνιαία οικογενειακή φαρμακευτική δαπάνη καθώς και το μέσο ποσοστό συμμετοχής των ασθενών από 9% το 2009 σε 30% το 2016 (Economou, 2015 · Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Οι οικονομικές επιβαρύνσεις για τους ασθενείς είχαν και συνέχεια, συγκεκριμένα το 2014 εκχωρήθηκε σε ιδιωτικές τηλεφωνικές εταιρείες η διαχείριση των τηλεφωνικών ραντεβού με γιατρούς του Π.Ε.Δ.Υ., με χρεώσεις από 0,95€ μέχρι και 1,65€ ανά λεπτό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ακόμα περισσότερο η οικονομική επιβάρυνση των ασθενών. Ωστόσο, το 2017, είχαμε μια θετική εξέλιξη με την ανάπτυξη από την Η.Δ.Ι.Κ.Α. της εφαρμογής e-RDV, η οποία επιτρέπει στους ασθενείς να κλείνουν με ηλεκτρονικό τρόπο ραντεβού χωρίς χρέωση (Οικονόμου, 2019).

Ως προς τις συμπληρωμές που θεσπίστηκαν με τον Ε.Κ.Π.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το 2012, είναι ένα ακόμα ζήτημα που θα πρέπει να αξιολογηθεί. Έτσι, ενώ η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν, οι ιδιωτικές κλινικές που είναι συμβεβλημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., επιβαρύνουν με πληρωμή από τους ασθενείς σε ποσοστά που κυμαίνονται από 30% μέχρι 50% του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (Κ.Ε.Ν.) και επιπλέον την καταβολή πληρωμής από τους ασθενείς για την αμοιβή των γιατρών. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εργαστηριακές εξετάσεις που στις δημόσιες υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, αλλά αν ο ασθενής επιλέξει να επισκεφθεί ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο που είναι συμβεβλημένο με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα πρέπει να καταβάλει το 15%. Αυτό αναιρεί την αρχή της ισοτιμίας στην πρόσβαση, ιδιαίτερα σε περιοχές που δεν έχουν δημόσιες δομές αναγκάζει τους ασθενείς να απευθύνονται στους ιδιωτικούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρόχους (Economou, 2015 · Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Επίσης, ως προς την οδοντιατρική φροντίδα, πάρα το γεγονός ότι προβλέπεται στον Ε.Κ.Π.Υ. στην πραγματικότητα η οικονομική στενότητα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δεν επιτρέπει τη σύναψη συμβάσεων με οδοντιάτρους και έτσι οι πολίτες της χώρας είναι επί της ουσίας ανασφάλιστοι για υπηρεσίες στοματικής υγείας (Οικονόμου, 2019).

Σχετικά με τη μέθοδο των αποζημιώσεων για τις παροχές υπηρεσιών υγείας, στα δημόσια νοσοκομεία επιχειρήθηκε να αντικατασταθεί το ημερήσιο νοσήλιο με ένα μηχανισμό πληρωμής που να στηρίζεται στο σύστημα των ομοιογενών

διαγνωστικών κατηγοριών (DRGs³), προκειμένου να πετύχει αύξηση αποδοτικότητας και εξορθολογισμό στην κατανομή των πόρων (Economou et al., 2017). Η προηγούμενη μέθοδος αποζημίωσης που βασιζόταν στη σταθερή ημερήσια χρέωση εγκαταλείφθηκε, διότι δεν αντικατόπτριζε το πραγματικό κόστος νοσηλείας και εξαιρούσε μεταξύ άλλων, το κόστος της μισθοδοσίας του προσωπικού (Souliotis et al., 2015). Επιπλέον, το σύστημα παραπομπής που παρέχει έλεγχο κλινών σε νοσοκομειακούς γιατρούς και η απουσία ανεξάρτητων τμημάτων για περιστατικά έκτακτης ανάγκης, καθιστούν την είσοδο στο νοσοκομείο ως ένα ζήτημα ιδιωτικής ρύθμισης μεταξύ ασθενούς και γιατρού, συχνά βοηθούμενο από πληρωμή «κάτω από το τραπέζι» (φακελάκι) (Liaropoulos, 2012). Για το σκοπό αυτό, το 2012 αναπτύχθηκε ένα νέο σύστημα πληρωμών (K.E.N.-DRGs), το οποίο βασίστηκε στο γερμανικό πρότυπο των DRGs (Polyzos et al., 2013). Αυτή η μετάβαση, η οποία επεβλήθη από τα μνημόνια να γίνει μέσα σε ένα χρόνο, είχε ως αποτέλεσμα τα K.E.N., όπως ονόμασαν τη νέα μέθοδο, να εφαρμοστούν το 2013 μέσα σε μερικούς μήνες, ενώ στις Η.Π.Α. χρειάστηκαν 10 χρόνια. Έτσι, εμφανίστηκαν πολλά προβλήματα ως προς το σχεδιασμό και την εφαρμογή τους, αναιρώντας την χρηστικότητά τους. Καταδεικνύεται ότι δεν αφιερώθηκε ο κατάλληλος χρόνος για τη μελέτη και την προετοιμασία των KEN-DRGs τα οποία ήταν μια σημαντική μεταρρύθμιση. Υπήρξε λοιπόν μια βιασύνη και ένα άγχος για την εφαρμογή τους και έτσι, οι δυσκολίες του μέτρου και η βοήθεια αυτών που το αντιστρατεύονται, δημιούργησε μία εικόνα δυσφήμισης που μετά από όλα αυτά οδήγησε σιωπηρά στην εγκατάλειψη του. Είναι γεγονός ότι σχεδόν όλες οι επιχειρούμενες καινοτόμες αλλαγές είχαν υπονομευτεί από ένα μέρος του ιατρικού σώματος, του συνδικαλισμού και ακόμα και από τους ίδιους τους πολιτικούς που τις δυσφήμισαν λόγω επιπόλαιων κινήσεων και έλλειψης πίστης σε αυτές τις αλλαγές. Αναφορικά με την απασχόληση του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας (διοικητικών υπαλλήλων, ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού), τα μνημόνια έθεταν ως υποχρέωση τη μείωση της δαπάνης υγείας η οποία οδήγησε στις περικοπές των μισθών και των επιδομάτων και στο πάγωμα των νέων προσλήψεων με την τήρηση της αρχής μίας πρόσληψης για κάθε πέντε αποχωρήσεις (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019 · Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017). Συμπερασματικά, οι μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού

³ «Το σύστημα DRGs είναι ένα σύστημα τιμολόγησης και ομαδοποίησης των νοσοκομειακών νοσηλειών βάσει των χαρακτηριστικών των ασθενών που λαμβάνουν παρόμοια σύνολα υπηρεσιών» (Ο.Ο.Σ.Α., 2017).

τομέα, κυρίως η ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και του Π.Ε.Δ.Υ., επικεντρώθηκαν στις οριζόντιες περικοπές δαπανών και στη μετακύληση του κόστους στους πολίτες (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

4.2.2 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων ως προς την ασφαλιστική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας

Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο ενέκρινε η ελληνική κυβέρνηση σε συμφωνία με την Τρόικα, δεν είχε σαφή κατεύθυνση και προκάλεσε μια τάση για μεγαλύτερη ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας και αποκλεισμό των ανασφάλιστων. Η έλλειψη προσανατολισμού μεταξύ κυβέρνησης και τρόικας είναι εμφανής από τη σύλληψη και τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος συγχωνεύθηκε με την αντικατάσταση των βασικών κεφαλαίων της ασφάλισης υγείας των πολιτών (Ι.Κ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ., Ο.Γ.Α. και Τραπεζών). Είναι σημαντικό το γεγονός ότι, παρά τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το οποίο, ως ηγετικός οργανισμός, θα μπορούσε να λειτουργεί με οικονομίες κλίμακας και έλεγχο δαπανών, αυτό δεν επιτεύχθηκε πιθανώς επειδή τα ταμεία ασθενείας ή τα υποκαταστήματά τους εξακολουθούσαν να υπάρχουν και να διατηρούν παράλληλες υπηρεσίες και διοικητικές δομές. Μια παράβλεψη με την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το 2011 ήταν δεν υπήρξε ουσιαστική πρόβλεψη για τους ανασφάλιστους, τα κύρια θύματα της οικονομικής κρίσης, με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να αποκλείεται από την πρόσβαση στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας (Kentikelenis et al., 2011).

Ζωτικής σημασίας αποτελεί η οδοντιατρική υγεία η οποία αναγνωρίζεται από την επιστημονική κοινότητα ως αναπόσπαστο μέρος της γενικής και ποιοτικής υγείας του ατόμου. Στην Ελλάδα, οι ασθενείς κάλυπταν πάντα οι ίδιοι το κόστος των αναγκών τους για οδοντιατρικές υπηρεσίες φροντίδας. Πριν την περίοδο της οικονομικής κρίσης, ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία ήταν σε θέση να καλύπτουν ένα μέρος αυτών των δαπανών, πλέον όμως όχι. Ως αποτέλεσμα η οδοντιατρική περίθαλψη καταλαμβάνει πλέον το 31% των εξόδων του νοικοκυριού (Vlasiadis et al., 2019).

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. λειτουργεί ως ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, θεσμοθετήθηκε ο Ε.Κ.Π.Υ., με τον οποίο προσδιορίστηκε μια κοινή δέσμη παροχών, αν και υπάρχουν ακόμα διαφοροποιήσεις όπως για παράδειγμα στο

ύψος των καταβαλλόμενων εισφορών. Ο Ε.Κ.Π.Υ. τροποποιήθηκε τρεις φορές μέχρι σήμερα, όμως τα κριτήρια με τα οποία έγινε η διαμόρφωσή του και οι προαναφερθείσες τροποποιήσεις με τις οποίες οδηγήθηκε η ασφαλιστική κάλυψη σε ένα συνεχή περιορισμό, δεν έγιναν γνωστά. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ενώ προβλεπόταν να λειτουργεί ως «μοναδικός ενιαίος πληρωτής» στην πορεία της εφαρμογής του κατέληξε να μετατραπεί σε «ταμειακό κόφτη», αφήνοντας την υπόνοια ότι ο πραγματικός στόχος της μεταρρύθμισης ήταν να μεταφέρει μια μερίδα δαπανών υγείας στους ασφαλισμένους (π.χ. γυαλιά μυωπίας ή πρεσβυωπίας, οδοντιατρικές δαπάνες, φυσιοθεραπείες κτλ.) και να μεταβάλλει απλά την σύνθεση των δαπανών από δημόσιες σε ιδιωτικές. Υπάρχει το παράδειγμα ορισμένων ακριβών εξετάσεων των οποίων το κόστος δεν καλύπτεται πλέον από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., για άλλες εξετάσεις υπήρξαν περιορισμοί ως προς τον επιτρεπόμενο αριθμό τους, ενώ η αρνητική λίστα φαρμάκων που εφαρμόστηκε το 2012 έθεσε εκτός αποζημίωσης διάφορα φάρμακα. Επιπλέον, από το 2014, τέθηκαν ανώτατα όρια στον αριθμό των ιατρικών πράξεων των συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. γιατρών, συγκεκριμένα, οι επισκέψεις σε καθένα από αυτούς τους γιατρούς δεν έπρεπε να ξεπερνούν τις 200 ανά μήνα, τα φάρμακα που συνταγογραφούνται δεν έπρεπε να ξεπερνούν συγκεκριμένο ύψος αξίας και η συνταγογράφηση διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων υπόκεινται και αυτές σε αριθμητικό περιορισμό με βάση την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών, τη γεωγραφική περιφέρεια και τον μήνα του έτους. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι ασφαλισμένοι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που χρειάζονται περίθαλψη θα πρέπει να αναζητούν ποιος από τους συμβεβλημένους γιατρούς δεν έχει συμπληρώσει κανένα από τα παραπάνω όρια ή διαφορετικά θα πρέπει οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι να υποχρεώνονται στην καταβολή του κόστους παροχής της υπηρεσίας. Θετικό βήμα αποτέλεσε η ύστερη μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. με το Ν.4486/2017 με την οποία θα αίρονταν οι παραπάνω περιορισμοί. Κατά ένα βαθμό, θα μπορούσε να υποστηριχθεί το επιχείρημα ότι η λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως μοναδικού αγοραστή πέτυχε στο να περιορίσει την κατάτμηση της ασφαλιστικής κάλυψης, την σπατάλη πόρων και το διοικητικό κόστος, ότι συνέβαλλε στη συγκράτηση της αύξησης των δαπανών και στον καλύτερο ορθολογισμό της κατανομής των πόρων. Ωστόσο, η θεσμοθέτηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δεν είχε την κατάλληλη υποστήριξη σε λειτουργικό και διαχειριστικό επίπεδο, καθώς υποφέρει από υποστελέχωση και υποχρηματοδότηση, ενώ σε συνδυασμό με τους περιορισμούς στην κάλυψη κινδύνων που αναφέρθηκαν παραπάνω εγείρονται ζητήματα πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας

([Karakolias and Polyzos, 2014](#) · [Σαραντοπούλου, 2015](#) · [Τούντας et al., 2020](#) · [Economou et al., 2014](#) · [Economou, 2015](#) · [Economou et al., 2017](#) · [Economou et al., 2018](#)).

Η αλματώδης αύξηση της ανεργίας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της κατάρρευσης της αγοράς εργασίας οδήγησε, σύμφωνα με τα στοιχεία της Η.Δ.Ι.Κ.Α., το 2014 σε 2,5 εκατομμύρια άτομα να απολέσουν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα για υγεία. Μια σειρά μέτρων που υιοθετήθηκαν για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα πάρθηκαν με καθυστέρηση και όσα εν τέλει εφαρμόστηκαν ήταν ασυντόνιστα, ανεπαρκή και στιγματιστικά για τους δικαιούχους. Τον Σεπτέμβριο του 2013 η θέσπιση των κουπονιών υγείας με τα οποία επιτρεπόταν μια περιορισμένη, ποσοτικά και χρονικά, χρήση μόνο πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, αποσύρθηκαν σύντομα γιατί ήταν αναποτελεσματικά. Το 2014 πάρθηκαν νέα μέτρα δίνοντας τη δυνατότητα στους ανασφάλιστους να έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, χωρίς όμως να λυθεί το πρόβλημα. Οι δικαιούχοι είχαν να αντιμετωπίσουν οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση, αφού τους υποχρέωναν να καταβάλουν την ίδια συμμετοχή με τους ασφαλισμένους για φάρμακα. Ένα ακόμα εμπόδιο ήταν η πρόσβαση στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, οι δικαιούχοι υπόκειντο σε έναν εισοδηματικό έλεγχο ιδιαίτερα γραφειοκρατικό, ο τρόπος με τον οποίο εφαρμοζόταν ήταν διαφορετικός από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και όλα αυτά γίνονταν αντιληπτά από τους ασθενείς ως ιδιαίτερα στιγματιστικά για τους ίδιους ([Vasilopoulos, 2015](#) · [Economou et al., 2014](#) · [Economou, 2015](#) · [Economou et al., 2017](#) · [Economou et al., 2018](#)). Για το λόγο αυτό, πρόσφατα τέθηκε σε ισχύ ένα νέο νομοθετικό πλαίσιο με το Ν.4368/2016, θεσπίζοντας για πρώτη φορά το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δομές δημόσιας υγείας που παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε ανασφάλιστες και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ([Koulouri et al., 2017](#)), με μόνη προϋπόθεση την χρήση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) ή της Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων (Κ.Υ.Π.Α.) όταν πρόκειται για τους μετανάστες. Επιπλέον, για τα άτομα και τις οικογένειες των οποίων το ετήσιο εισόδημα, οι καταθέσεις και η περιουσία δεν ξεπερνούν συγκεκριμένα όρια είναι δικαιούχοι φαρμακευτικής περίθαλψης χωρίς καμία οικονομική συμμετοχή στο κόστος ([Economou et al., 2014](#) · [Economou, 2015](#) · [Economou et al., 2017](#) · [Economou et al., 2018](#)). Μια σημαντική αλλαγή που έφερε ο Ν.4368/2016, ήταν η κατάργηση των επιτροπών των νοσοκομείων οι οποίες εξέταζαν τα αιτήματα ανασφάλιστων πολιτών προκειμένου να εγκριθεί η πρόσβασή τους στο

δημόσιο σύστημα υγείας. Επίσης, στα θετικά καταγράφεται η κατάργηση του 1€ ανά συνταγή για τους ανασφάλιστους που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή στην φαρμακευτική αγωγή (www.moh.gov.gr, 2016). Χωρίς αμφιβολία η νέα νομοθεσία συνέβαλλε στην άρση των εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας καθώς και στη διασφάλιση της ισοτιμίας. Ωστόσο, εκφράζονται ορισμένες ενστάσεις αναφορικά με την πρόσβαση των ανασφάλιστων, οι οποίοι έχουν πρόσβαση μόνο στις δημόσιες υπηρεσίες και δεν έχουν στους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτικούς παρόχους, ιδιαίτερος δε σε περιοχές όπου οι δημόσιες δομές υγείας χαρακτηρίζονται από υποστελέχωση ή έχουν ελλείψεις σε διαγνωστική απεικονιστική τεχνολογία. ([Economou et al., 2014](#) · [Economou, 2015](#) · [Economou et al., 2017](#) · [Economou et al., 2018](#)). Τέλος, δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή ερευνητικά στοιχεία που να αποδεικνύουν κατά πόσον το μέτρο είναι εφαρμόσιμο και ποια προβλήματα αντιμετωπίζει ένα ήδη επιβαρυνόμενο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης από αυτήν την εξέλιξη ([Koulouri et al., 2017](#)).

4.2.3 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας

Το 2014, πραγματοποιήθηκε διαχωρισμός μεταξύ της ασφάλισης υγείας που διατηρεί ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που ανέλαβε ένας νέος οργανισμός, το Π.Ε.Δ.Υ.. Δυνητικά, ως ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από το δημόσιο, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα μπορούσε να επηρεάσει σημαντικά τις διαπραγματεύσεις με τους προμηθευτές υγείας. Ωστόσο, οι εξουσίες του είναι πολύ περιορισμένες, καθώς οι αποφάσεις εναπόκεινται στο Υπουργείο Υγείας σε ένα πλαίσιο εξαιρετικά συγκεντρωτικών συλλογικών διαπραγματεύσεων με τις ενώσεις προμηθευτών υγείας ([Petmesidou, 2019](#)). Το Π.Ε.Δ.Υ. ιδρύθηκε ως ένα εθνικό δίκτυο Π.Φ.Υ., το οποίο συγκροτούν τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρόχους και επιπλέον υπάγεται στην αρμοδιότητα των υγειονομικών περιφερειών (Υ.ΠΕ.). Η θεσμοθέτηση του Π.Ε.Δ.Υ. διακήρυττε ότι οι υπηρεσίες του θα λειτουργούσαν επί 24ώρου βάσεως, 7 ημέρες την εβδομάδα, ενώ προέβλεπε και την εφαρμογή συστήματος παραπομπών μέσω του θεσμού του οικογενειακού γιατρού ([Economou et al., 2017](#) · [Economou et al., 2018](#)). Ωστόσο το πρόβλημα της χρονικής διαθεσιμότητας των μονάδων υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.

εξακολουθεί να υφίσταται, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα λόγω μη λειτουργίας επί 24ώρου βάσεως και των σημαντικών ελλείψεων που υπάρχουν στις ιατρικές ειδικότητες, με συνέπεια οι ασθενείς να αναγκάζονται να κατευθυνθούν στις ιδιωτικές δομές ή στα νοσοκομεία (Φρεγγίδου et al., 2017). Ως προς τις ρυθμίσεις για τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού ο οποίος καθιερώνεται με το άρθρο 5 του Ν.4238/2014, δεν ήταν κάτι καινούργιο, καθώς ήδη προβλεπόταν στο άρθρο 18 του Ν.1397/1983 και στο άρθρο 32 του Ν.2519/1997. Θεωρητικά η νέα ρύθμιση του Ν.4238/2014 είναι προς τη σωστή κατεύθυνση καθώς για πρώτη φορά ενισχύεται και συγκεκριμενοποιείται ο ρόλος του. Ο θεσμός αυτός είναι ευρύτατα διαδεδομένος και σημαντικός και σε άλλες χώρες (Masseria et al., 2009) και δεν είναι λίγοι εκείνοι που ευελπιστούν ότι με το Ν.4238/2014 ο θεσμός αυτός θα εδραιωθεί και στην Ελλάδα (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου et al., 2015). Όμως ο νομοθέτης παρέλειψε να ορίσει ως υποχρεωτική την παραπομπή στον οικογενειακό γιατρό και αρκείται μόνο στην υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την καθοδήγηση (Ποτήρης και Σαράφης, 2014). Επίσης, η εξασφάλιση της πρόσβασης του πολίτη στην Π.Φ.Υ. με τη θεσμοθέτηση του Π.Ε.Δ.Υ. εξακολουθούσε να αποτελεί ζητούμενο εξαιτίας των ελλείψεων και των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών της. Αν και το νομοσχέδιο του Άδωνη Γεωργιάδη προέβλεπε να προκηρυχθούν θέσεις ιατρών, αυτό στην πράξη δεν έγινε ποτέ, ενώ και αυτοί που υπηρετούσαν ήδη στις συγκεκριμένες μονάδες τις εγκατέλειψαν, λόγω της νομοθετικής πρόβλεψης για καθεστώς πλήρης και αποκλειστικής απασχόλησης (Μπακόλα et al., 2017). Επιπροσθέτως οι υπηρεσίες του Π.Ε.Δ.Υ. παρέμειναν προσκολλημένες στη στελέχωση με γιατρούς ειδικοτήτων και εν τέλει δεν εισήχθη το σύστημα παραπομπών και η γενικότερη εφαρμογή της μεταρρύθμισης έγινε με ιδιαίτερα αργούς ρυθμούς εξαιτίας των περιορισμών σε ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους και κυρίως λόγω του ότι ο προσανατολισμός εστιαζόταν υπό την οπτική του δημοσιονομικού-διαχειριστικού περιορισμού της δαπάνης (Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Οι προκλήσεις της προσβασιμότητας, της συνέχισης και του συντονισμού των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. έχουν συνεχώς επισημανθεί, ενώ η ανάγκη για μεταρρύθμιση έχει αναγνωριστεί ευρέως. Η οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει η χώρα για σχεδόν μια δεκαετία έθεσε αυτήν τη μεταρρύθμιση σε προτεραιότητα, η οποία επιβάλλεται τόσο από τις οικονομικές συνθήκες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όσο και από τους πιστωτές της χώρας (Souliotis et al., 2019). Συνέπεια αυτών είναι το 2017 να έρθει μια νέα νομοθεσία να εφαρμοστεί, σύμφωνα με την οποία η πρόσβαση στην Π.Φ.Υ.

είναι εντελώς δωρεάν. Η παροχή υπηρεσιών σε ένα πρώτο επίπεδο θα πραγματοποιούνται από τις Το.Μ.Υ. και έως ότου να αναπτυχθούν σε όλη την χώρα και από τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. γιατρούς. Οι Το.Μ.Υ. θα λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής και θα είναι στελεχωμένες με ομάδες υγείας τις οποίες θα συγκροτούν γενικοί γιατροί και παθολόγοι, παιδίατροι, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας και διοικητικό προσωπικό. Υποχρέωση του κάθε πολίτη είναι να εγγραφεί σε κάποια κοντινή στην περιοχή κατοικίας του Το.Μ.Υ. την οποία θα επισκέπτεται για κάθε πρόβλημα υγείας που έχει. Στο δεύτερο επίπεδο θα είναι η λειτουργία των κέντρων υγείας με γιατρούς ειδικοτήτων στα οποία θα παραπέμπονται οι ασθενείς από τις Το.Μ.Υ., ενώ υπάρχει και πρόβλεψη για ίδρυση διαγνωστικών εργαστηρίων σε κάθε Υ.ΠΕ., καθώς και εξειδικευμένων κέντρων υγείας στα οποία θα παρέχεται ειδική φροντίδα, φυσιοθεραπεία και υπηρεσίες αποκατάστασης (Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018). Η πρόοδος της εφαρμογής του νέου εγχειρήματος των Το.Μ.Υ. είναι μάλλον αργή, ενώ η έλλειψη προσωπικού εξακολουθεί να αποτελεί σοβαρό εμπόδιο για την εύρυθμη λειτουργία ολόκληρου του πρωτογενούς συστήματος υγείας στην Ελλάδα (Baeten et al., 2018). Ο αρχικός σχεδιασμός προέβλεπε τη λειτουργία 120 Το.Μ.Υ. μέχρι το τέλος του 2018. Σύμφωνα με τα στοιχεία που αποτυπώνονται από την επιστημονική έρευνα των Economou et al. (2017) και των Economou and Panteli (2018) δείχνουν ότι λειτουργούν οι 101 από τις 239 Το.Μ.Υ. που προβλέπεται να συσταθούν σε όλη τη χώρα. Μπορεί η φιλοσοφία του όλου εγχειρήματος να κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση και να ανταποκρίνεται και στις κατευθυντήριες αρχές του Π.Ο.Υ., όμως από τη μέχρι τώρα πορεία του έχουν αναδυθεί ορισμένα σοβαρά ζητήματα που εμποδίζουν την επιτυχία της υλοποίησής του (Economou et al., 2017 · Economou and Panteli, 2019). Πρώτον, οι γιατροί δεν επιδεικνύουν πρόθεση, σε αντίθεση με το σύνολο όλων των άλλων κατηγοριών προσωπικού, να στελεχώσουν τις νέες δομές κυρίως επειδή αντιδρούν απέναντι στη νέα πολιτική οι ιατρικοί σύλλογοι σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας και την περιορισμένη χρονική ισχύ των συμβάσεων καθώς και για το ύψος της αμοιβής (Οικονόμου, 2019). Ως προς το τελευταίο αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Karakolias et al., (2017) που πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 212 γιατρών, στα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. και στις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι γιατροί θεωρούν την αμοιβή τους χαμηλότερη από την παραγόμενη εργασία και χαμηλότερη από αυτή των συναδέλφων τους στον ιδιωτικό τομέα (Karakolias et al.,

2017). Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι ότι δεν προσδιορίζονται με σαφήνεια οι διαδικασίες και λείπει ο συντονισμός μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων Π.Φ.Υ.. Τρίτον, δεν έχει ακόμα επιτευχθεί η ολοκλήρωση των προαπαιτούμενων για τη σωστή λειτουργία του συστήματος παραπομπών, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας του ασθενή. Τέταρτον, τίθεται το θέμα της αφομοίωσης του νέου συνεργατικού ρόλου που καλείται να ακολουθήσει κάθε μέλος της ομάδας Π.Φ.Υ.. Ένα πέμπτο ζήτημα έχει να κάνει με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού στην καθημερινή εφαρμογή των νέων κλινικών πρωτοκόλλων και τη μετατροπή των κατευθυντήριων οδηγιών σε φιλικές προς τον χρήστη διαδικασίες (Οικονόμου, 2019).

Ενώ η κλασική δομή του συστήματος βασίζεται στην εξειδίκευση, την τεχνολογία και σε ελευθερίες επιλογής, η Το.Μ.Υ. είναι μία απλή δομή που δεν έχει ακόμα την τεχνολογική επάρκεια και με κατευθυνόμενη διαδρομή για τους χρήστες. Ωστόσο οι πολίτες έχουν συνηθίσει την κλασική δομή και έχουν προτιμήσεις στις επιλογές τους όσον αφορά την Π.Φ.Υ.. Έτσι, οι Το.Μ.Υ., όταν θα ολοκληρωθούν, θα περιοριστούν σε μικρής κλίμακας έργο με περιορισμένο κοινό παρά την πρόβλεψη για σύστημα υποχρεωτικής παραπομπής προς τους πολίτες. Τέλος, η αποτελεσματικότητα αυτής της δομής εναπόκειται στο αν θα ενσωματωθεί στο υπόλοιπο σύστημα υγείας μέσω του συστήματος παραπομπών που θα τηρούνται πιστά από τις άλλες δομές του συστήματος υγείας, γιατί αν δε γίνει αυτό τότε θα προστεθεί ένα επιπλέον εμπόδιο στην πρόσβαση των πολιτών προς τις υπηρεσίες υγείας. Η αποτυχία λοιπόν του συστήματος παραπομπών, θα έχει ως συνέπεια, η νέα δομή να εισέλθει σε μια πορεία αποσάθρωσης, ωθώντας έτσι τους πολίτες στις ιδιωτικές πληρωμές και στις άτυπες πληρωμές (φακελάκι) (Κυριόπουλος και Τέλλογλου, 2019).

Ελάχιστα έχουν γίνει ως προς την ανάγκη να ενσωματωθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, την περίοδο της οικονομικής κρίσης η ψυχική υγεία τέθηκε στο περιθώριο της πολιτικής ατζέντας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι πιο διαδεδομένες διαταραχές στα χρόνια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι η κατάθλιψη και το άγχος, ενώ παρατηρείται γενική αύξηση των ψυχιατρικής νοσηρότητας που δεν ακολουθεί την ικανοποίηση των αντίστοιχων αναγκών του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Souliotis et al. (2017) που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου του 2015, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ψυχικές ασθένειες θεωρούν τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην

κοινότητά τους ως ανεπαρκείς. Ενώ, ευελπιστούν ότι η ένταξή τους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα οδηγήσει σε μειωμένο κοινωνικό στιγματισμό για προβλήματα ψυχικής υγείας, στην αυξημένη πρόσβαση και στη βελτίωση των ποσοστών ανίχνευσης και διαχείρισης συνηθισμένων καταστάσεων ψυχικής υγείας (Soulitotis et al., 2017).

Στον τομέα των νοσοκομείων, το 2011 είχε ανακοινωθεί ένα σχέδιο στο οποίο περιελάμβανε (Economou, 2012 · Kaitelidou et al., 2016):

- μείωση στον αριθμό των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων
- συνδιοίκηση νοσοκομείων
- συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτνιάζουν
- συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ)

Με το σχέδιο αυτό είχαμε μείωση των διοικητικών συμβουλίων στα δημόσια νοσοκομεία σε 83, των διοικητών σε 78 και των υποδιοικητικών σε 145, το σύνολο των κλινών στα δημόσια νοσοκομεία έπεσαν από 38.115 το 2009 σε 29.550 το 2016, τα ιατρικά τμήματα και οι μονάδες μειώθηκαν κατά 600 και το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου περιορίστηκε κατά 15.000 εργαζόμενους. Επιπλέον, 500 δημόσιες κλίνες παραχωρήθηκαν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για να την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών τους. Αλλαγές προβλέπονταν σχετικά με την χρήση οκτώ μικρών νοσοκομείων για τα οποία προοριζόταν η μετατροπή τους σε μονάδες Π.Φ.Υ. ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας ή υπηρεσίες αποκατάστασης και τελικού σταδίου, ωστόσο, με το πέρασμα του χρόνου οι σχετικές διαδικασίες δεν ολοκληρώθηκαν (Economou, 2012 · Kaitelidou et al., 2016). Στην έρευνα των Bolton et al., (2018), καταγράφονται οι απόψεις 20 γιατρών που εργάζονται στο Ε.Σ.Υ. (έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το καλοκαίρι μέχρι το φθινόπωρο του 2013). Οι γιατροί σχεδόν ομόφωνα υποστήριξαν ότι οι συγχωνεύσεις κλινικών και νοσοκομείων δεν βασίστηκαν σε στοιχεία και ότι δεν ακολούθησαν ορθολογικά κριτήρια, επίσης, ότι ήταν αυθαίρετες συγχωνεύσεις και ότι καθορίστηκαν από την πολιτική ευνοιοκρατία αντί να λάβουν υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού (π.χ. οι ανάγκες των γεωγραφικά απομακρυσμένων περιοχών) (Bolton et al., 2018).

Ως προς τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία (άσυλα) που έκλεισαν, η κυβέρνηση μετέφερε τα τμήματά τους σε γενικά νοσοκομεία, αλλά η όλη διαδικασία δεν έγινε ποτέ επίσημα. Χρειάστηκε ένα μνημόνιο συμφωνίας μεταξύ της Ελλάδας

και των πιστωτών της το 2012 για να αναγκάσει το επίσημο κλείσιμο των νοσοκομείων ψυχικής υγείας (N.4052/2012), παρόλο που αυτά τα ιδρύματα δεν λειτουργούσαν για αρκετά χρόνια. Η κατάργηση ενός ιδρύματος δεν δημιουργήσε αυτόματα ένα άλλο. Χρειάστηκαν να περάσουν 5-6 χρόνια ώστε οι κυβερνητικοί αξιωματούχοι να ενημερώσουν για τα οργανωτικά διαγράμματα των γενικών νοσοκομείων στα οποία είχαν αρχικά μεταφερθεί τα τμήματα ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Fountoulakis et al. (2019) σε τουλάχιστον μία περίπτωση, η ενημέρωση εκκρεμεί. Τα τμήματα ψυχικής υγείας λειτουργούν μόνο ανεπίσημα, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται στα κυβερνητικά οργανωτικά διαγράμματα, χωρίς να υπάρχει νομική βάση με την οποία να μπορούν να δέχονται και να διαχειρίζονται κονδύλια επιχορήγησης, ενώ αντιμετωπίζουν και σοβαρά διοικητικά προβλήματα για τον σχεδιασμό και την παρακολούθηση των υπηρεσιών. Το ολίστημα αυτό αφήνει ανεπίλυτες τις κρίσιμες προκλήσεις στην ψυχική υγεία, με μεγάλα τμήματα της χώρας να μένουν χωρίς τις κρίσιμες αυτές υπηρεσίες (Fountoulakis et al., 2019).

Ένας φαύλος κύκλος διαιωνίζεται σχετικά με τις πληρωμές στα νοσοκομεία από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθώς αυτές πραγματοποιούνται με πολύ μεγάλη καθυστέρηση με αποτέλεσμα να καθυστερούν και οι πληρωμές των προμηθευτών από τα νοσοκομεία. Η εκκρεμότητα των πληρωμών αυτών προς τους προμηθευτές προκαλεί και δυσλειτουργίες στην παροχή υπηρεσιών, αφού οι προμηθευτές αρνούνται να στείλουν το απαιτούμενο ιατρικό υλικό στα νοσοκομεία. Έτσι δημιουργούνται αρνητικές επιπτώσεις ως προς την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών και παράλληλα ενισχύονται τα εμπόδια της πρόσβασης, γιατί μεγαλώνουν οι λίστες αναμονής με απειλητικές διαστάσεις για την υγεία των πολιτών που χρήζουν θεραπείας (Πετμεζίδου et al., 2015).

Ως προς την ποιότητα της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης και την εμπειρία που έχουν αποκομίσει οι ασθενείς πριν και κατά τη διάρκεια της περιόδου που ελήφθησαν οι αποφάσεις για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, η μελέτη των Keramidoy et al. (2017) πραγματοποίησε έρευνα ερωτηματολογίου μεταξύ 1.872 ασθενών σε 110 νοσοκομεία της ελληνικής επικράτειας από τα 124 συνολικά. Τα ευρήματα από τις απόψεις των ασθενών κατατάσσουν την ποιότητα των δημόσιων νοσοκομείων σε ένα μεσαίο επίπεδο (66,2 σε κλίμακα από 1 έως 100) κατά την περίοδο 2007-2014, παρουσιάζοντας μια φθίνουσα τάση κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης. Οι μεταρρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της κρίσης μπορεί να συνέβαλαν στη μείωση των δαπανών των νοσοκομείων, όμως οι ασθενείς ήταν όλο

και περισσότερο δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης (Keramidooy et al., 2017).

Αναφορικά με τις ρυθμίσεις με τα φάρμακα, το 2011 θεσπίστηκε η θετική λίστα φαρμάκων που η αποζημίωσή τους γίνεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στη βάση συγκεκριμένων τιμών αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία. Στη συνέχεια, το 2012 θεσπίστηκαν η αρνητική λίστα και η λίστα μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.-ΦΑ.), στις οποίες μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακα που μέχρι πρότινος η αποζημίωσή τους γινόταν μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ τώρα οι ασθενείς καλούνται να καλύψουν μόνοι τους όλο το κόστος. Η χορήγηση των πολύ ακριβών φαρμάκων γίνεται μόνο από τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των δημόσιων νοσοκομείων. Επίσης, το 2012 θεσπίστηκε η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων, η καθιέρωση της σκοπεύει στην παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος και των φαρμακοποιών και στον περιορισμό της άσκοπης κατανάλωσης φαρμάκων. Κατά την ίδια χρονική περίοδο εκδόθηκαν οδηγίες για τη συνταγογράφηση οι οποίες βασίστηκαν στα διεθνή πρότυπα και ορίστηκαν προϋπολογισμοί συνταγογραφούμενων φαρμάκων για κάθε γιατρό. Παράλληλα, προωθήθηκαν μέτρα για τη συνταγογράφηση γενοσήμων, όπως η υποχρέωση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου, η υποχρεωτική χρήση γενόσημων φαρμάκων στα νοσοκομεία σε ποσοστό τουλάχιστον 50% και η υποχρέωση υποκατάστασης των πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα κατά την εκτέλεση των συνταγών στα φαρμακεία (Economou et al., 2015 · Economou et al., 2017).

Αναφορικά με την οδοντιατρική φροντίδα, θεωρητικά ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έπρεπε ήδη να την καλύπτει από τον Ιανουάριο του 2014, προσδιορίζοντας τόσο το είδος των σχετικών υπηρεσιών στο οποίο θα είχαν πρόσβαση οι ασφαλισμένοι όσο και το ποσοστό του κόστους με το οποίο θα αποζημιώνε και συνάπτοντας συμβάσεις με τους κατάλληλους προμηθευτές. Τελικά, εξαιτίας των περιορισμών στον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των περικοπών των δημοσίων δαπανών στην υγεία δεν επέτρεψαν ποτέ να συμβεί κάτι τέτοιο (Damaskinos et al., 2016). Επί της ουσίας αυτό αποτελεί αποτυχία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθώς υποβάθμισε την ασφαλιστική προστασία της στοματικής υγείας, διότι πριν την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τα ταμεία που συγχωνεύτηκαν σε αυτόν παρείχαν τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους να έχουν πρόσβαση σε συμβεβλημένους οδοντιάτρους ή οδοντιάτρους των πολυιατρείων, έστω και για ένα περιορισμένο σχετικά εύρος υπηρεσιών. Πρακτικά, όσοι είναι

ασφαλισμένοι στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν για να επισκεφθούν ιδιωτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες, μπορούν να επισκέπτονται υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.. Ωστόσο, οι οδοντίατροι που υπηρετούν στα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν κυρίως δευτεροβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν σύνθετα προβλήματα υγείας (π.χ. φορείς του AIDS) οι οποίοι αναλόγως της παρεχόμενης υπηρεσίας πρέπει να καταβάλλουν και συγκεκριμένη συμμετοχή στο κόστος, ενώ στα κέντρα υγείας η οδοντιατρική θεραπεία παρέχεται στους ανήλικους μέχρι 18 ετών και μόνο σε περιπτώσεις επείγουσας φροντίδας σε όλο τον πληθυσμό. Σύμφωνα με τα δεδομένα της επιστημονικής έρευνας των Damaskinos et al. (2016) παρατηρείται μια τάση μείωσης στον αριθμό των απασχολούμενων οδοντιάτρων στο δημόσιο τομέα, οι λόγοι είναι: η οικονομική κρίση, οι συγχωνεύσεις των ιατρικών τμημάτων των νοσοκομείων και οι συνταξιοδοτήσεις χωρίς να καλύπτονται τα κενά των θέσεων. Κατά συνέπεια, στο περιορισμένο εύρος της φροντίδας που παρέχουν πλέον τα κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία, έρχεται να προστεθεί και η υποστελέχωσή τους στις σχετικές ειδικότητες (Damaskinos et al., 2016).

4.2.4 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων σε σχέση με τις συνέπειές που είχαν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Η αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στην υγεία που ελήφθησαν στην χώρα μας κατά την δεκαετία της οικονομικής κρίσης σε σχέση με τις συνέπειές που είχαν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, συνιστά ένα δύσκολο εγχείρημα, γιατί δεν είναι εύκολο να γίνει μια εκτίμηση εάν και σε ποιο βαθμό ένα παρατηρούμενο αποτέλεσμα θα μπορούσε να αποδοθεί κατά αποκλειστικότητα στις δομικές και λειτουργικές αλλαγές του συστήματος υγείας ή να αποδοθεί στις αλλαγές των κοινωνικών προσδιοριστών⁴ της υγείας ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Επιπλέον, για να διαπιστωθεί το τι επίπτωση είχε οποιαδήποτε αλλαγή, απαιτεί χρόνο έως ότου γίνει ορατή, ενώ θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχουν στην Ελλάδα επίκαιρα και επαρκή διαθέσιμα δεδομένα (Οικονόμου, 2019).

⁴ «Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, που καταγράφονται και συνθέτουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον είναι: (α) το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση και το επίπεδο εκπαίδευσης, (β) η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, (γ) η ανεργία και (δ) οι παράγοντες υγείας, όπως το άγχος, τα πρώτα παιδικά χρόνια, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινωνικές σχέσεις, η διατροφή και οι συνθήκες διαβίωσης, οι μετακινήσεις (ατομικές και συλλογικές), ο εθισμός σε διάφορες ουσίες (οινόπνευμα, ναρκωτικά, καπνός)» (Μαλάμου, 2015).

Από το 2010 και μετά η Eurostat δημοσίευσε για την Ελλάδα ορισμένους δείκτες με τις τάσεις που καταγράφονται στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της Eurostat, την περίοδο 2010-2016, το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης στην Ελλάδα μειώθηκε κατά 3 έτη για τις γυναίκες, ήτοι από τα 67,7 σε 64,7 έτη, μείωση κατά 2,3 έτη καταγράφηκε για τους άντρες, ήτοι από 66,1 σε 63,8 έτη (Eurostat, 2020α). Αλλαγές καταγράφονται επίσης και ως προς την αυτοεκτίμηση που έχει ο Έλληνας πολίτης για την υγεία του. Παρότι, τα ποσοστά που δηλώθηκαν από τους Έλληνες πολίτες ως πολύ κακή (από 2,9% το 2010 σε 2,9% και πάλι το 2016), κακή (από 6,7% το 2010 σε 7,5% το 2016) ή μέτρια (από 14,8% το 2010 σε 15,7% το 2016) υγεία σημείωσαν μικρές μεταβολές, με εξαίρεση την πολύ κακή αφού παρέμεινε αμετάβλητη στο 2,9%, όμως υπάρχει εμφανής μείωση στο ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού που εκτίμησε την υγεία του ως πολύ καλή (από 49,9% το 2010 σε 44,9% το 2016) (Eurostat, 2020β). Επιπρόσθετα, το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα το οποίο ακολουθούσε μια συνεχή μείωση εδώ και δεκαετίες και ήταν πάντα πιο χαμηλό από τον μέσο της Ε.Ε. των 28 χωρών μελών, ωστόσο είχαμε αντιστροφή αυτής της τάσης από το 2014 και μετά. Το 2012 είχαμε στην Ελλάδα 2,9 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις ζώντων με τον μέσο όρο στην Ε.Ε. των 28 χωρών μελών να είναι 3,8, το 2016 καταγράφεται αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα με 4,2 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις ζώντων και στην Ε.Ε. των 28 χωρών μελών να είναι 3,6 (Eurostat, 2020γ). Ένας ακόμα δείκτης της Eurostat αφορά στην αποφεύξιμη θνησιμότητα, δηλαδή στους θανάτους που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί μέσω της παροχής καλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας επικεντρωμένων στους ευρύτερους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, καταγράφηκε λοιπόν αύξηση από 175,85 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το 2011 σε 182,24 το 2015 (Economou, 2018). Σε αυτό το σημείο, σύμφωνα με την άποψη των Karanikolos et al. (2018) επισημαίνεται ο προβληματισμός που εγείρεται σχετικά με την χειροτέρευση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η οποία οφείλεται στις μεγάλες οικονομικές περικοπές και στις επιπτώσεις που είχαν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Από τις μελέτες παρατηρείται ότι η αποφεύξιμη θνησιμότητα στην Ελλάδα (Karanikolos et al., 2018) καθώς και ο αριθμός των περιπτώσεων που είχαν δυσμενή έκβαση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας (Laliotis et al., 2016), κατέγραψαν μια αυξητική τάση κατά τα χρόνια που ακολούθησαν της οικονομικής κρίσης.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, η οποία διερεύνησε την περίοδο 2000-2016 σχετικά με τις αρρώστιες που καταγράφηκαν στην χώρα μας, καταλήγει στη διαπίστωση ότι πολλές από τις αιτίες θανάτου (π.χ. ο HIV, τα νεοπλάσματα, η κίρρωση ήπατος, οι νευρολογικές διαταραχές, η χρόνια νεφρική νόσος, οι περισσότεροι τύποι καρδιαγγειακών παθήσεων) που αυξήθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά συνδέονται με την κατάσταση που επικρατεί στο σύστημα υγείας και με την ποιότητα της φροντίδας υγείας που αυτό παρέχει (Global Burden of Disease, 2018). Αλλαγές καταγράφηκαν, από το 2010 και μετά, στους δείκτες απώλειας υγείας, το ερμηνεύουν ως αποτέλεσμα των πολιτικών λιτότητας οι οποίες επιδείνωσαν το προϋπάρχον νοσολογικό βάρος της χώρας. Η απότομη και η μεγάλη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας συνδέεται με τις απότομες ποσοτικές μεταβολές στις τάσεις θνησιμότητας και τις ποιοτικές μεταβολές των αιτιών της θνησιμότητας καθώς αυξήθηκαν οι μεταδοτικές, μητρικές, νεογνικές και διατροφικές ασθένειες (Οικονόμου, 2019).

Ως προς την προστασία της δημόσιας υγείας, το 2019, επανιδρύθηκε ο Ε.Ο.Δ.Υ. ως Ν.Π.Ι.Δ. με κύρια αποστολή την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας που θα προστατεύει την ανθρώπινη υγεία από μεταδοτικά νοσήματα και άλλους κινδύνους. Στο νομοσχέδιο επίσης συμπεριλήφθησαν και διατάξεις για τα προϊόντα καπνού και άλλα ζητήματα του υπουργείου υγείας. Η επίτευξη του στόχου για τη βελτίωση της λειτουργίας του Ε.Ο.Δ.Υ. και τον εκσυγχρονισμό του θα αποφέρει οφέλη για το γενικό πληθυσμό, τις ειδικές ομάδες πολιτών με μεταδοτικά ή μη μεταδοτικά νοσήματα καθώς και για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες πληθυσμού (ρομά, πρόσφυγες, μετανάστες κλπ.). Επίσης, η ρύθμιση της διαφημιστικής προβολής μπορεί να συνεισφέρει στην ενημέρωση του πολίτη για κάθε ασθένεια, για δραστηριότητες που είναι επιβλαβείς για την υγεία του, για την έκθεση σε ουσίες που απειλούν τη ζωή και την ποιότητα της υγείας του. Σε άλλες ρυθμίσεις του Ν.4633/2019 που αφορούν σε θέματα του υπουργείου υγείας, στα θετικά καταγράφεται η ρύθμιση για τη δυνατότητα που παρέχεται στους φαρμακοποιούς της χώρας να προχωρούν σε εθελουσία μείωση για τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων (για τις μειώσεις θα εκδίδεται συμπληρωματικό δελτίο τιμής). Έτσι, ενδυναμώνεται ο ανταγωνισμός μεταξύ των φαρμακείων, ο οποίος δύναται να επιφέρει μια γενικότερη μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη. Παράλληλα, ο ανταγωνισμός μεταξύ των εταιρειών διαφήμισης και προωθητικών ενεργειών είναι εξαιρετικά πιθανό να συμβάλει στην υλοποίηση δράσεων για την προάσπιση της

υγείας των πολιτών. Στη θετική κατεύθυνση είναι η ρύθμιση περί συμψηφισμού αυτόματης επιστροφής φαρμακευτικής δαπάνης με τις δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης. Θα βοηθήσει στην ανάπτυξη της κλινικής έρευνας στην Ελλάδα, με πολλαπλά οφέλη για την χώρα όπως: την αμεσότερη πρόσβαση των ασθενών στις αναπτυσσόμενες καινοτόμες θεραπείες, την ανάπτυξη νέων θέσεων εργασίας καθώς και στην αναστροφή της φυγής του ανθρώπινου επιστημονικού κεφαλαίου της χώρας στο εξωτερικό, την ενίσχυση της εθνικής οικονομίας, την πιο άμεση συνεργασία ακαδημαϊκής και επιχειρηματικής κοινότητας και στη βελτίωση της κλινικής πρακτικής των νοσοκομείων (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2019).

Ως προς τις ρυθμίσεις για τον περιορισμό του καπνίσματος στην χώρα μας, κινούνται προς τη θετική κατεύθυνση και το πιθανότερο είναι να συμβάλλουν περαιτέρω στον έλεγχο του καπνίσματος και στον περιορισμό του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος με ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή των ανθρώπων. Το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αιτία νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, καθιστώντας το ως το μεγαλύτερο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2019).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ινστιτούτου μετρήσεων και αξιολόγησης υγείας (I.H.M.E.) που αναφέρονται στο 2017, το 42% όλων των θανάτων στην Ελλάδα, δύναται να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου και σε αυτούς περιλαμβάνεται το κάπνισμα, οι διατροφικοί κίνδυνοι, η κατανάλωση αλκοόλ και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα, το αντίστοιχο ποσοστό στην Ε.Ε. είναι 39%. Το κάπνισμα (συμπεριλαμβανομένου τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού καπνίσματος), στην Ελλάδα, ευθύνεται για το ένα πέμπτο του συνόλου των θανάτων του 2017. Περισσότεροι από το 27% των Ελλήνων ενηλίκων, ανέφεραν ότι κάπνιζαν κάθε μέρα το 2014, δεύτερη χώρα στο κάπνισμα στην Ε.Ε., μετά την Βουλγαρία. Παρά το γεγονός ότι το κάπνισμα απαγορεύεται ρητά στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και ο νόμος υποχρεώνει τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος (εστιατόρια, μπαρ κλπ.) να έχουν καθορισμένους χώρους καπνίσματος, η επιβολή των ελέγχων δεν είναι στο βαθμό που θα έπρεπε να είναι για την προστασία της δημόσιας υγείας. Όσον αφορά τους έφηβους (15-16 ετών), μόνος ένας στους πέντε ανέφερε (κατά προσέγγιση) ότι κάπνισε το 2015 τον προηγούμενο μήνα, γεγονός που συνιστά θετική προοπτική και επιπλέον είναι το χαμηλότερο σε σύγκριση με πολλές χώρες της Ε.Ε (Ο.Ο.Σ.Α., 2019).

4.2.5 Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων σε σχέση με τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας

Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στην υγεία δεν είχαν επίδραση μόνο στο επίπεδο υγείας αλλά και στη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς μειώθηκε η διαθεσιμότητα, η πρόσβαση και η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες του πληθυσμού (Economou, 2015). Οι ασθενείς οδηγήθηκαν σε μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της πολιτικής των οριζόντιων περικοπών στις δαπάνες υγείας και της αύξησης της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, η ασφαλιστική κάλυψη για το 25% περίπου του πληθυσμού μειώθηκε εξαιτίας της υψηλής ανεργίας, ενώ το εισόδημα των νοικοκυριών περιορίστηκε λόγω των μισθολογικών και συνταξιοδοτικών περικοπών και των αυξήσεων στην άμεση και έμμεση φορολογία. Ενδεικτικά μέχρι το 2016 η Ελλάδα είχε την υψηλότερη αναλογία φορολογίας σε σχέση με το Α.Ε.Π. (ήταν 7,4 ποσοστιαίες μονάδες) μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., ήταν το αποτέλεσμα των μνημονιακών υποχρεώσεων. Οι προαναφερόμενοι παράγοντες είχαν ως συνέπεια να αυξηθεί σημαντικά κατά την περίοδο 2010-2016, σύμφωνα με την έρευνα της Eurostat, το ποσοστό των πολιτών που δήλωναν ότι δεν ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες τους για ιατρικές εξετάσεις λόγω του κόστους, της απόστασης ή του χρόνου αναμονής, από 5,5% σε 13,1%, όταν οι αντίστοιχοι μέσοι όροι των 28 χωρών μελών της Ε.Ε. ήταν 3,1% και 2,5%. Από το 2016 στο 2017 παρατηρήθηκε μια μείωση κατά 3,1 ποσοστιαίες μονάδες, γεγονός που οφείλεται στις νομοθετικές παρεμβάσεις που ελήφθησαν το 2016 για τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους ανασφάλιστους πολίτες και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Εξίσου αρνητικά ήταν τα αποτελέσματα ως προς την περίπτωση της καταστροφικής δαπάνης⁵ για την υγεία, καθώς και αυτή αυξήθηκε για τα Ελληνικά νοικοκυριά από 7,2% το 2010, σε 10,5% το 2015, ενώ σημειώθηκε μείωση το 2016 σε 9,7%. Το 2016, για το 1/5 του πληθυσμού που βρίσκεται στο χαμηλότερο σημείο της κλίμακας εισοδήματος το βάρος ήταν ιδιαίτερα δυσμενές, καθώς σχεδόν το 1/3 των νοικοκυριών στην Ελλάδα που ανήκαν σε αυτή την κατηγορία ξόδεψαν 1 στα 7 ευρώ του εισοδήματος τους για φροντίδα υγείας. Τα φάρμακα έπαιξαν σημαντικό ρόλο σε

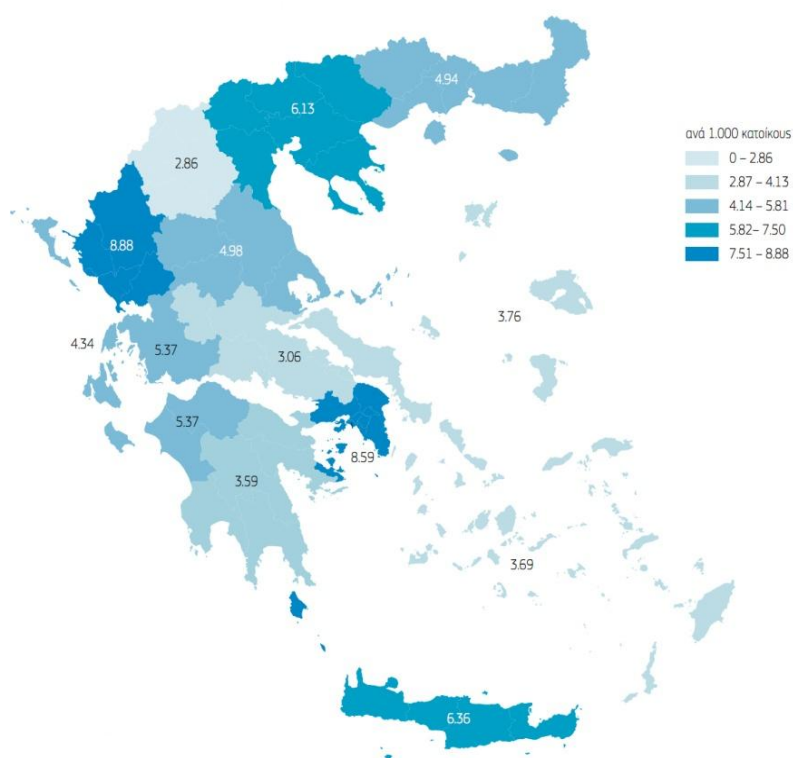
⁵ «Ως καταστροφική δαπάνη ορίζεται η άμεση δαπάνη του νοικοκυριού για υγεία που υπερβαίνει το 40% των συνολικών του δαπανών, εξαιρουμένων των βασικών δαπανών διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας)» (Ο.Ο.Σ.Α., 2017).

αυτή την εξέλιξη, αφού το 2016, το 44% των άμεσων πληρωμών των νοικοκυριών που αντιμετώπισαν καταστροφικές δαπάνες υγείας ήταν για την φαρμακευτική περίθαλψη (Οικονόμου, 2019). Παρομοίως και στη μελέτη των Chantzaras και Yfantopoulos (2018) συμπεραίνεται ότι αυξήθηκαν οι άμεσες πληρωμές την περίοδο 2008-2015 ως ποσοστό του προϋπολογισμού για όλα τα νοικοκυριά και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι αυξήθηκε η δαπάνη για φαρμακευτική (20,2%) και νοσοκομειακή περίθαλψη (63%) (Chantzaras and Yfantopoulos, 2018). Παράλληλα, η μελέτη των Crookes et al., (2020), διαπιστώνει ότι από την αρχή της κρίσης, οι δαπάνες για την εισαγωγή ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα και για φαρμακευτικά προϊόντα να αυξάνονται, ενώ οι δαπάνες για τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία να μειώνονται. Υπήρξε διάβρωση της οικονομικής προστασίας για τα ελληνικά νοικοκυριά ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Όλα τα νοικοκυριά που πλήρωναν από την τσέπη τους για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, υπέστησαν τη μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση σε σχέση με την περίοδο πριν το 2009, αλλά ιδιαίτερα έντονο ήταν για τα φτωχότερα νοικοκυριά διότι υπέστησαν δυσανάλογα την υψηλότερη επιβάρυνση, γεγονός που υποδεικνύει την ανορθολογικότητα του συστήματος χρηματοδότησης. Ο Π.Ο.Υ. έχει περιγράψει την «δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση» ως βασικό στόχο του συστήματος υγείας. Η έρευνα των Crookes et al., (2020), καταλήγει στη διαπίστωση ότι το ελληνικό σύστημα υγείας δεν πέτυχε αυτόν τον στόχο και ότι η οικονομική προστασία τέθηκε σε κίνδυνο μετά την έναρξη της κρίσης. Άρα, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να εστιάσουν στη σημασία της διασφάλισης των κρατικών προϋπολογισμών για την υγεία και του περιορισμού του επιμερισμού του κόστους κατά τη διάρκεια της λιτότητας (Crookes et al., 2020).

Ένα επιπλέον εμπόδιο για την ισότητα στην πρόσβαση του συστήματος υγείας αποτελούν οι άτυπες πληρωμές, το λεγόμενο «φακελάκι⁶». Οι άτυπες πληρωμές στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (Ο.Ο.Σ.Α., 2019). Η ανορθολογική μέθοδος τιμολόγησης και αποζημίωσης είναι μία από τις αιτίες. Σύμφωνα με τις έρευνες του Π.Ο.Υ. ένας στους τρεις χρήστες υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχει προβεί έστω και σε μία άτυπη πληρωμή για υπηρεσίες υγείας, κυρίως στον τομέα των

⁶ «Η άτυπη χρηματική ανταμοιβή για την παροχή φροντίδας, το γνωστό «φακελάκι» αποτελεί ίσως έκφραση των κυρίαρχων σχέσεων και αντιλήψεων για την ανταποδοτικότητα και την εξασφάλιση παροχής φροντίδας» (Στασινοπούλου, 2002).

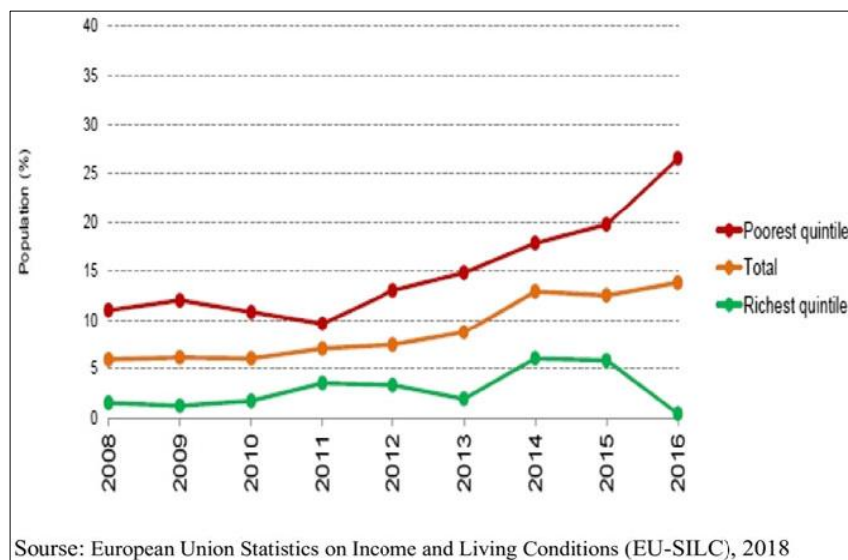
νοσοκομείων, για την αμοιβή του χειρουργού ή για να παρακάμψει τη λίστα αναμονής ή για να διασφαλίσει μια καλύτερη ποιότητα περίθαλψης (Οικονόμου, 2019). Όμως, την περίοδο της οικονομικής κρίσης προέκυψαν νέες μορφές άτυπων πληρωμών. Οι ασφαλισμένοι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι αναγκασμένοι να πληρώνουν «κάτω από το τραπέζι» αμοιβές που κυμαίνονται στα 10-20 ευρώ στους συμβεβλημένους γιατρούς, για παροχή υπηρεσιών που θεωρητικά η κάλυψή τους είναι δωρεάν, λόγω του ότι υπάρχει η νομοθετική πρόβλεψη για τήρηση ανώτατων ορίων επί των ιατρικών πράξεων (Economou, 2015 · Economou et al., 2017 · Economou et al., 2018).



Σχήμα 2: «Κατανομή γιατρών στην Ελληνική επικράτεια» (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016)

Πρόκληση για την προσβασιμότητα συνιστούν οι μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των γιατρών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., η πυκνότητα των γιατρών το 2014 κυμαινόταν από 2,9 ανά 1000 κατοίκους στη Δυτική Μακεδονία και στην Κεντρική Ελλάδα έως 8,6 ανά 1.000 κατοίκους στην Αττική (Σχήμα 2). Παρά το γεγονός ότι δόθηκαν ορισμένα οικονομικά κίνητρα για την απασχόληση γιατρών σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδος, αυτά δεν ήταν αρκετά ώστε να ενθαρρύνει την πρόσληψη και την παραμονή του προσωπικού σε αυτές τις περιοχές (Ο.Ο.Σ.Α., 2017).

Ως προς την οδοντιατρική υγεία στην Ελλάδα παρατηρήθηκε μια επιδείνωση, ενώ ταυτόχρονα διευρύνθηκε το χάσμα μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων κοινωνικών τάξεων. Ως αποτέλεσμα, σύμφωνα με την έρευνα της Eurostat, οι πλούσιες οικονομικά τάξεις φαίνεται να έχουν περιορισμένες τις ανικανοποίητες ανάγκες για υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας, ενώ αντίθετα στις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις το ποσοστό αυτό είναι υψηλό. (Σχήμα 3) (Vlasiadis et. al., 2019).



Σχήμα 3: «Ανικανοποίητες ανάγκες για υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της περιόδου 2008 - 2016» (Vlasiadis et. al., 2019)

Μια ομάδα πληθυσμού που επηρεάστηκε αρνητικά από τις εξελίξεις είναι οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι τηρούν σε μειωμένο βαθμό τη θεραπευτική τους αγωγή, έχουν περιορισμένη πρόσβαση στις διαγνωστικές εξετάσεις και στα φάρμακα, οι επιπλοκές στην υγεία τους παρακολουθείται σε χαμηλό επίπεδο και ο κίνδυνος για καταστροφικές δαπάνες είναι αυξημένος για αυτή την ομάδα πληθυσμού. Σύμφωνα με μελέτες είναι πολλοί οι ασθενείς με χρόνιες καταστάσεις οι οποίοι δε δέχονται να κάνουν ακριβότερες θεραπείες ή παράλληλα θα μειώσουν τη συχνότητα και την ποσότητα λήψης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων διότι αδυνατούν να καλύψουν το οικονομικό κόστος και τα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής που θεσπίστηκαν, ενώ επίσης σε πολλές περιπτώσεις έχουν να αντιμετωπίσουν και το κόστος μετακίνησης λόγω μη γεωγραφικής εγγύτητας των υπηρεσιών (Polyzos and Kountouras, 2012 · Aloumanis and Papanas, 2014 · Tsiligianni et al., 2013 · Tsiligianni et al., 2014 · Tsiantou et al., 2014 · Athanasakis et al., 2011 · Skroumpelos et al., 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την περίοδο της οικονομικής κρίσης του 2009 και μετά η Ελλάδα πέρασε σε μια περίοδο έντονων κοινωνικών συγκρούσεων και μεγάλων πολιτικών αντιπαραθέσεων, παράλληλα οι Ελληνικές κυβερνήσεις επιχείρησαν να υλοποιήσουν υπό καθεστώς μνημονιακής επιτροπείας (Ε.Ε.-Ε.Κ.Τ.-Δ.Ν.Τ.) μια σειρά από μεγάλες διαρθρωτικές αλλαγές για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.

Το 2011 και το 2014, οι μεταρρυθμίσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και του Π.Ε.Δ.Υ. ήταν οι σημαντικότερες τομές στο δημόσιο σύστημα υγείας και εστίασαν σε ζητήματα λειτουργικά, οργανωτικά και χρηματοδοτικά. Αδιαμφισβήτητα ήταν σε γενικές γραμμές προς τη σωστή κατεύθυνση γιατί ο κύριος στόχος ήταν να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος, μέσω της θεραπείας των χρόνιων παθολογιών του Ε.Σ.Υ. που προϋπήρχαν της οικονομικής κρίσης του 2009. Ωστόσο, εφαρμόστηκαν με λάθος τρόπο, με ελλιπές χρονοδιάγραμμα και τα μέτρα που ελήφθησαν στην παροχή υπηρεσιών υγείας έδειξαν να μην είναι προσανατολισμένα στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Το πρόβλημα της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης αποθάρρυνε την υλοποίηση ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων επηρεάζοντας αρνητικά τη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και επίσης δεν έγινε αποτίμηση των κοινωνικών επιπτώσεων και των επιπτώσεων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού από την οικονομική λιτότητα. Δεν δόθηκε έμφαση στην μακροπρόθεσμη αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος και η όλη διαδικασία καθώς και το περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και Π.Ε.Δ.Υ. είχαν κυρίως μια τεχνοκρατική και διαχειριστική διάσταση χωρίς να επικεντρωθούν στην ευρύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Τα μέτρα για τον περιορισμό του κόστους έγιναν με τη μορφή των οριζόντιων περικοπών, βέβαια η περιστολή των δημοσίων δαπανών υγείας ήταν μνημονιακή υποχρέωση, η οποία απαιτούσε αποτελέσματα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Όμως η μείωση αυτή δεν έγινε μέσω ενός εξορθολογισμού των δημοσίων πόρων, ούτε μέσω της αύξησης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Αντιθέτως οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώθηκαν επειδή περιορίστηκαν σε ποσότητα και ποιότητα οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ως προς τους ασφαλισμένους του ενιαίου οργανισμού, Ε.Ο.Π.Υ.Υ., έχουν πλέον μειωμένη ασφαλιστική κάλυψη και μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,

οι ασφαλισμένοι πληρώνουν περισσότερη συμμετοχή στο κόστος περίθαλψης και έχουν μειωμένη κάλυψη έναντι των κινδύνων και των παροχών υγείας και τέλος τους έχουν επιβληθεί ανώτατα όρια επισκέψεων στην χρήση των υπηρεσιών υγείας που δυσκολεύουν περαιτέρω την πρόσβαση. Παράλληλα, το ανθρώπινο δυναμικό στις δημόσιες δομές υγείας επηρεάστηκε αρνητικά, καθώς λιγότερο προσωπικό υπηρετεί πλέον στις δημόσιες δομές υγείας συγκριτικά με αυτό που υπηρετούσε πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης του 2009, κυριότερο πλήγμα αποτέλεσε φυγή των ιατρών επιστημόνων προς τις χώρες του εξωτερικού για λόγους όπως οι μειωμένες μισθολογικές αμοιβές και οι εξουθενωτικοί ρυθμοί εργασίας, ενώ στη μείωση του προσωπικού των δημόσιων δομών υγείας συνέβαλλε και η μνημονιακή υποχρέωση για την πρόσληψη ενός ατόμου για κάθε πέντε συνταξιοδοτήσεις. Η γενικότερη κατάσταση που επικράτησε στο σύστημα υγείας είχε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών και στην ικανοποίηση των αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ φαινόμενα άτυπων πληρωμών (φακελάκια) δεν περιορίστηκαν στο βαθμό που θα έπρεπε.

Αναμφίβολα η νομοθετική παρέμβαση του 2016 για τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων συνέβαλλε θετικά στη διασφάλιση της ισοτιμίας και της άρσης των εμποδίων πρόσβασης, ήταν ένα ζήτημα που εκκρεμούσε από την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Για τη μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. που έγινε νόμος του κράτους το 2017 εκφράζεται η προσδοκία ότι θα βελτιώσει την πρόσβαση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και θα οδηγήσει σε ένα πιο ορθολογικό και αποδοτικό σύστημα, αρκεί να εφαρμοστεί στην πράξη το σύστημα των παραπομπών ώστε να περιοριστούν οι μη αναγκαίες επισκέψεις στα νοσοκομεία.

Με τις μεταρρυθμίσεις του 2016 και 2017 έγιναν κάποια θετικά βήματα, αλλά δεν πρέπει να παραβλέπονται τα προβλήματα που εξακολουθούν να αποτελούν αντικείμενο συζητήσεων, όπως το καθεστώς συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, το γεγονός ότι ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εξακολουθεί να μην καλύπτει τους ασφαλισμένους του για δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης, οι περιορισμένες δημόσιες δαπάνες για την υγεία, οι ανισότητες και ο μη προοδευτικός χαρακτήρας της χρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος υγείας εξαιτίας του μεγάλου αριθμού ιδιωτικών άμεσων πληρωμών και άτυπων πληρωμών (τα λεγόμενα φακελάκια), ζητήματα σχετικά με το καθεστώς διοίκησης των νοσοκομείων, καθώς

εξακολουθεί να υφίσταται η απουσία διαφανών αξιοκρατικών διαδικασιών στην επιλογή των διοικητών των νοσοκομείων και ένα τελευταίο ζήτημα έχει να κάνει με την προώθηση μιας πραγματικής αποκέντρωσης και περιφερειακής οργάνωσης του συστήματος υγείας, το υπουργείο υγείας δεν φαίνεται να έχει πρόθεση να εκχωρήσει αρμοδιότητες στο περιφερειακό επίπεδο για να γίνει περισσότερο επιτελικός ο ρόλος του και οι υγειονομικές περιφέρειες να αποκτήσουν πραγματικές και ουσιαστικές αρμοδιότητες. Η μεταρρύθμιση Καλλικράτης προέβλεπε τη μεταβίβαση της αρμοδιότητας για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση, ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει προχωρήσει.

Εν κατακλείδι, η αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας στην Ελλάδα δεν θα μπορούσε να αμφισβητηθεί, η κατεύθυνση των αλλαγών είναι που αμφισβητούνται γιατί δεν επικεντρώθηκαν στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και στις ανάγκες του πληθυσμού, αλλά προσεγγίστηκαν από πολιτικές που επέβαλε ο μηχανισμός οικονομικής στήριξης (Ε.Ε.-Ε.Κ.Τ.-Δ.Ν.Τ.). Επομένως, θα ήταν χρησιμότερο για το σύστημα υγείας αν υπήρχε η κατάλληλη πολιτική βούληση για την αναζήτηση, εισαγωγή και εφαρμογή πιο συγκεκριμένων και λογικών μέτρων, που δεν θα στόχευαν μόνο στη βραχυπρόθεσμη μείωση του κόστους και σε λύσεις που μπορεί στο μέλλον να έχουν προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από αυτά που θα έχουν επιλυθεί. Βέβαια, στο εγγύς μέλλον, οι οικονομικές δυνατότητες της χώρας θα είναι αυτές που θα καθορίζουν την εξέλιξη του συστήματος υγείας. Οι υφιστάμενοι δημοσιονομικοί στόχοι με τους οποίους δεσμεύεται η Ελλάδα για την εξυπηρέτηση του δημόσιου χρέους της, δεν άφησε και πολλά περιθώρια για πολιτικές πρωτοβουλίες οι οποίες θα μπορούσαν να αντιστρέψουν την κατάσταση στο δημόσιο σύστημα υγείας, με την αξιοποίηση της δυνατότητας για υλοποίηση μεταρρυθμίσεων που θα είχαν ως προτεραιότητα και βασική κατεύθυνση, τη βελτίωση της ποιότητας της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλα αυτά, οι τελευταίες εξελίξεις γύρω από την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορονοϊού, μοιάζουν να ανατρέπουν τη μέχρι τώρα κατάσταση και να γεννούν προσδοκίες για αύξηση των πόρων στον τομέα της υγείας, ενώ η Ε.Ε. με πρόσφατες αποφάσεις της προχώρησε στην άρση των δημοσιονομικών στόχων και περιορισμών για το 2021, λόγω του κορονοϊού, δίνοντας έτσι στην Ελληνική κυβέρνηση την αναγκαία ευελιξία για να λάβει πλέον όλα τα απαραίτητα μέτρα για την ουσιαστική ενίσχυση του εθνικού συστήματος υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενογλωσσες:

- **Abel-Smith, Brian, Calltorp, Johan, Dixon, Maureen, Dunning, J. Ad., Evans, Robert, Holland, Walter, Jarman, Brian, Mossialos, Elias (1994).** *Report on the Greek Health Services.* Pharmetrica, Athens.
- **Allin, Sara, Rudoler, David (2017).** *The Canadian Health Care System.* In Commonwealth Fund. *International Profiles of Health Care Systems.* Ed. The Commonwealth Fund, USA.
- **Aloumanis, P. Kyriakos, Papanas, Nikolaos (2014).** *Greek financial crisis: consequences in the healthcare of diabetes and its complications.* Hippokratia, 18(1), pp. 4-6.
- **Athanasakis, Kostas, Souliotis, Kyriakos, Kyriopoulos, Elias-John, Loukidou, Evangelia, Kritikou, Persefoni, Kyriopoulos, John (2011).** *Inequalities in Access to Cancer Treatment: An Analysis of Cross-regional Patient Mobility in Greece.* Support Care Cancer, 20, pp. 455-460.
- **Baeten, Rita, Spasova, Slavina, Vanhercke, Bart, Coster, Stephanie (2018).** *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies.* European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
- **Bodenheimer, Thomas, Grumbach, Kevin (2020).** *Understanding Health Policy: A Clinical Approach.* Ed. McGraw-Hill Education, USA.
- **Bolton, C. Sharon, Charalampopoulos, Vasilis, Skountridaki, Lila (2018).** *Selective Consent and Dissent: Professional Response to Reform in the Post-Crisis Greek NHS.* Work, Employment and Society 1-18.
- **Bonovas, Stefanos, Nikolopoulos, Georgios (2012).** *High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy.* Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 53:169–71.
- **Cassels, Andrew (1995).** *Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries,* Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No 1. Division of Strengthening Health Services, WHO, Geneva.
- **Chantzaras, E. Athanasios, Yfantopoulos, N. John (2018).** *Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis.* Social Science and Medicine, 211, pp. 338-351.

- **CIHI, (2019).** *Physicians in Canada, 2018*. Ed. Canadian Institute for Health Information, Ottawa.
- **Crookes, Catriona, Palladino, Raffaele, Seferidi, Paraskevi, Raena, Hirve, Siskou, Olga, Filippidis, T. Filippos (2020).** *Impact of the economic crisis on household health expenditure in Greece: an interrupted time series analysis*. *BMJ Open*, 10:e038158.
- **Damaskinos, Popie, Koletsi-Kounari, Haroula, Economou, Charalampos, Eaton, A. Kenneth, Widstrom, Eeva (2016).** *The Healthcare System and Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 4: Greece*. *British Dental Journal*, 220(5), pp. 253-260.
- **Davaki, Konstantina, Mossialos, Elias (2005).** *Plus ca Change: Health Sector Reforms in Greece*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1–2, February–April 2005. Duke University Press. London School of Economics and Political Science.
- **Dervenis, Christos, Kastanioti, Caterina, Polyzos, Nikolaos (2013).** *Restructuring the finances of the Greek health care system in the Era of Economic Crisis*. *World Journal of Surgery*, 37:707–9.
- **Doran, Tim, Roland, Martin (2010).** *Lessons from major initiatives to improve primary care in the United Kingdom*. *Health Affairs* 29, No. 5.
- **Economou, Charalambos (2010).** *Greece health system review*. *Health Systems in Transition* Vol.12, No.7, pp 1–180.
- **Economou, Charalampos (2012).** *The Performance of the Greek Healthcare System and the Economic Adjustment Programme: «Economic Crisis» versus «System-specific Deficits» Driven Reform*. *Κοινωνική Θεωρία (Social Theory), Επιθεώρηση Κοινωνικής και Πολιτικής Θεωρίας (An International Journal of Social and Political Theory)* τεύχος 2 (vol. 2), pp. 33-69.
- **Economou, Charalampos (2015).** *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- **Economou, Charalampos (2018).** *Greece's healthcare system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state*. In Naumann, Reinhard and Hartz, M. A. Zulmira (eds). *Contributions to the International Seminar Healthcare and the crisis - A case study in the struggle for a capable welfare state* Lisbon,

22nd of November 2018. Lisbon, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, pp.s7-s26.

- **Economou, Charalampos, Kaitelidou, Daphne, Karanikolos, Marina, Maresso, Anna (2017).** *Greece: Health system review.* Health Systems in Transition, 19(5), pp. 1-192.
- **Economou, Charalampos, Kaitelidou, Daphne, Katsikas, Dimitris, Siskou, Olga, Zafiropoulou, Maria (2014).** *Impacts of the Economic Crisis on Access to Healthcare Services in Greece with a Focus on the Vulnerable Groups of the Population.* Social Cohesion and Development, 9(2), pp. 99-115.
- **Economou, Charalampos, Kaitelidou, Daphne, Kentikelenis, Alexander, Maresso, Anna, Sissouras, Aris (2015).** *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece.* In: A. Maresso et al. (eds), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- **Economou, Charalampos, Kaitelidou, Daphne, Siskou, Olga (2018).** *A Health System in the Era of Economic Crisis and Memoranda: Bearing Patiently the Consequences or Grabbing the Chance for Introducing Reforms?* In: Maria Saridi and Kyriakos Souliotis (eds). *The Impact and Implications of Crisis. A Comprehensive Approach Combining Elements of Health and Society.* New York: Nova Science Publishers.
- **Economou, Charalampos, Panteli, Dimitra (2019).** *Monitoring and Documenting the Systemic and Health Effects of Health Reforms in Greece.* WHO Regional Office for Europe.
- **Economou, Marina, Madianos, Michael, Peppou, E. Lily, Patelakis, Athanasios, Stefanis, N. Costas (2013).** *Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece.* Journal of Affective Disorders 145, pp 308-314.
- **Engel, Jonathan (2018).** *Unaffordable, American Healthcare from Johnson to Trump.* Ed. The University of Wisconsin Press, USA.
- **Farantos, I. Georgios, Koutsoukis, Spyros-Nikitas (2018).** *Modern Greek Public Health Policy.* European Journal of Economics, Law and Social Sciences, IIPCCCL Publishing, Vol. 2 No. 1, Graz-Austria.

- **Fitzpatrick, Michael (2004).** *Η τυραννία της υγείας, οι γιατροί και οι κανόνες για το σύγχρονο τρόπο ζωής.* Μετάφραση: Άσπα Γολέμη, Επιμέλεια: Βαγγέλης Γεωργίου – Θανάσης Παπαγεωργίου. Εκδόσεις: Πολύτροπον, Αθήνα.
- **Fountoulakis, N. Konstantinos, Koupidis, Sotirios, Souliotis, Kyriakos (2019).** *Legislation without implementation: a never-ending tragedy of the health system in Greece with sustainability of wasting resources.* Journal of Public Health Policy.
- **Global Burden of Disease (2018).** *The Burden of Disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000-16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016.* Lancet Public Health 3:e395-e406.
- **Gounari, Panayota (2014).** *Neoliberalism as Social Necrophilia.* In Reclaiming the Sane Society Essays on Erich Fromm's Thought. Edited by: Seyed Javad Miri, Robert Lake, Tricia M. Kress. Published by: Sense Publishers, Rotterdam/Boston/Taipei, pp 187-201.
- **Head, J. Stuart, Milojevic, Milan, Taggart, P. David, Puskas, D. John, (2017).** *Current Practice of State-of-the-Art Surgical Coronary Revascularization.* American Heart Association, Inc.
- **Houston, Muiris, Day, Michael, de Lago, Maria, Zarocostas, John (2011).** *Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite.* British Medical Journal, 343:d5266.
- **Kaitelidou, Daphne, Katharaki, Maria, Kalogeropoulou, Maria, Economou, Charalampos, Siskou, Olga, Souliotis, Kyriakos, Tsavalias, Konstantinos, Liaropoulos, Lycourgos (2016).** *The Impact of Economic Crisis to Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals.* European Journal of Business and Social Sciences, 4(10), pp. 111-125.
- **Kaitelidou, Daphne, Kouli, Eugenia (2012).** *Greece: the health system in a time of crisis.* Eurohealth incorporating. Euro Observer Vol.18, No 1.
- **Karakolias, E. Stefanos, Polyzos, M. Nikolaos (2014).** *The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece.* Health, 6, 809-821.
- **Karakolias, Stefanos, Kastanioti, Catherine, Theodorou, Mamas, Polyzos, Nikolaos (2017).** *Primary Care Doctors' Assessment of and Preferences on Their*

Remuneration: Evidence From Greek Public Sector. The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing, Volume 54: 1–8.

- **Karanikolos, Marina, Machenbach, Johan, Nolte, Ellen, Stuckler, David, McKee, Martin (2018)**. *Amenable Mortality in the EU – Has Crisis Changed its Course?* European Journal of Public Health, 1-6.
- **Kentikelenis, Alexander, Karanikolos, Marina, Papanicolas, Irene, Basu, Sanjay, McKee, Martin, Stuckler, David (2011)**. *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*. Lancet, 378:1457–8.
- **Kentikelenis, Alexander, Karanikolos, Marina, Reeves, Aaron, McKee, Martin, Stuckler, David (2014)**. *Greece’s health crisis: from austerity to denialism*. Lancet, 383: 748–53.
- **Kentikelenis, Alexander, Papanicolas, Irene (2012)**. *Economic crisis, austerity and the Greek public health system*. European journal of public health, Vol. 22, No. 1, pp 4–5.
- **Keramidou, Ioanna, Triantafyllopoulos, Loukas (2017)**. *The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece*. Health Policy.
- **Kontodimopoulos, Nick, Kastanioti, Catherine, Thireos, Eleftherios, Karanikas, Haralampos, Polyzos, Nikolaos (2013)**. *The contribution of generic substitution to rationalizing pharmaceutical expenditure in Greek public hospitals under recent economic crisis*. JPHSR 2013, 4: 211–216.
- **Kornai, János, Eggleston, Karen (2003)**. *Welfare, Choice, and Solidarity in Transition Reforming the Health Sector in Eastern Europe*. Published by Cambridge University Press. New York, USA.
- **Kotlikoff, J. Laurence (2007)**. *The Healthcare Fix, Universal Insurance for All Americans*. The MIT Press Cambridge, Massachusetts. London, England.
- **Koulouri, Foteini, Anastopoulos, George, Daglas, Aristeidis (2017)**. *The national health system in Greece and economic crisis: pathogenies and prospects*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 10 – Τεύχος 2, pp.3-5.
- **Laliotis, Ioannis, Ioannidis, P.A. John, Stavropoulou, Charitini (2016)**. *Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis*. Lancet Public Health, Vol.1, pp. e56–65.

- **Liaropoulos, Lycourgos (2012).** *Greek economic crisis: not a tragedy for health.* British Medical Journal, 345:e7988.
- **Marusic, Dorjan, Prevolnik Rupel, Valentina (2016).** *Health Care Reforms.* National Institute of Public Health, Slovenia.
- **Masseria, Cristina, Irwin, Rachel, Thomson, Sarah, Gemmill, Marin, Mossialos, Elias (2009).** *Primary care in Europe.* London: The London School of Economics and Political Science.
- **Matsaganis, Manos (2011).** *The welfare state and the crisis: the case of Greece,* Journal of European Social Policy, Vol. 21(5), pp. 501–512, Published by Sage. Brown University, U.S.A.
- **Milionis, Charalampos (2013).** *Provision of healthcare in the context of financial crisis: approaches to the Greek health system and international implications.* Nursing Philosophy, 14:17–27.
- **Minchin, Mark, Roland, Martin, Richardson, Judith, Rowark, Shaun, Guthrie, Bruce (2018).** *Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives.* The New England Journal of Medicine.
- **Mossialos, Elias, Karokis, Anthony (1992).** *Greece: Health Care Reforms.* Lancet 340: 41–42.
- **Nikolentzos, Athanasios, Mays, Nicholas (2008).** Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983–2001)?. Journal of European Social Policy 0958-9287, Vol 18(2): 163–176.
- **Nord, Erik (1999).** *Cost-Value Analysis in Health Care Making Sense out of QALYs.* National Institute of Public Health, Oslo, Norway.
- **OECD (2010).** *Making reform happen: structural priorities in times of crisis.* OECD, Paris.
- **Osborn, Robin, Squires, David, Doty, M. Michelle, Sarnak, O. Dana, Schneider C. Eric (2016).** *In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care.* Project Hope - The People-to-People Health. Foundation, Inc.
- **Pelagidis, Theodore, Mitsopoulos, Michael (2016).** *Who's to Blame for Greece? Austerity in Charge of Saving a Broken Economy.* Ed. Palgrave Macmillan, UK.
- **Petmesidou, Maria (2019).** *Challenges to Healthcare Reform in Crisis-Hit Greece.* e-cadernos CES, 31, 19-42.

- **Polyzos, A. Stergios, Kountouras, Jannis (2012).** *Trying to treat diabetes in Greek crisis.* International Journal of Clinical Practice, 66(5), p. 515.
- **Polyzos, Nikolaos, Karanikas, Haralampos, Thireos, Eleftherios, Kastanioti, Catherine, Kontodimopoulos, Nick (2012).** *Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system.* Health Policy 109 14–22.
- **Roland, Martin, Campbell, Stephen (2014).** *Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom.* The New England Journal of Medicine.
- **Roland, Martin, Guthrie, Bruce (2016).** *Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?* BMJ.
- **Saltman, B. Richard, Figueras, Josep (1997).** *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies,* WHO – Regional Office for Europe, Copenhagen.
- **Simou, Effie, Koutsogeorgou, Eleni (2014).** *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review.* Published by Elsevier Ireland Ltd.
- **Skroumpelos, Anastasios, Pavi, Elpida, Pasaloglou, Stavros, Kyriopoulos, John (2014).** *Catastrophic Health Expenditures and Chronic Condition Patients in Greece.* Value in Health, 17(7), pp. A501-A502.
- **Souliolis, Kyriakos, Golna, Christina, Tountas, Yannis, Siskou, Olga, Kaitelidou, Daphne, Liaropoulos, Lycourgos (2015).** *Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...* Eur J Health Econ.
- **Souliotis, Kyriakos, Agapidaki, Eirini, Tzavara, Chara, Economou, Marina (2017).** *Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study.* International Journal of Mental Health Systems 11:65.
- **Souliotis, Kyriakos, Papageorgiou, Manto, Politi, Anastasia, Frangos, Nikolaos, Tountas, Yiannis (2015).** *Estimating the fiscal effects of public pharmaceutical expenditure reduction in Greece.* Frontiers in Public Health 3:203.
- **Souliotis, Kyriakos, Tsimtsiou, Zoi, Golna, Christina, Nikolaidi, Sofia, Lionis, Christos (2019).** *Citizen Preferences for Primary Health Care reform in Greece.* Hippokratia 23, 3: 111-117.
- **Sowada, J. Barbara (2003).** *A Call to Be Whole The Fundamentals of Health Care Reform.* Εκδόσεις: Praeger, Westport, Connecticut London.

- **Syrakos, Theodoros, Chatzicocoli, Sophia (2004).** *The development of the Greek health care system.* Article in *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation.*
- **Tountas, Yannis, Karnaki, Panagiota, Pavi, Elpida (2002).** *Reforming the reform: the greek national health system in transition.* *Health Policy* 62 15–29.
- **Tragakes, Ellie, Polyzos, Nicholas (1998).** *The Evolution of Health Care Reforms in Greece: Charting a Course of Change.* *International Journal of Health Planning and Management*, 13, 107-130.
- **Tsiantou, Vassiliki, Zavras, Dimitris, Karampli, Eleftheria, Athanasakis, Kostas, Pavi, Elpida, Kyriopoulos, John (2014).** *Physicians' Estimation Regarding the Impact of Recession on Patient Adherence to Treatment in Diabetes Type 2 in Greece.* *Value in Health*, 17(7), pp. A357.
- **Tsiligianni, G. Ioanna, Anastasiou, Foteini, Antonopoulou, D. Maria, Chliveros, Constantinos, Dimitrakopoulos, A. Stelios, Duijker, George, Kounalakis, Dimitrios, Makri, Kornilia, Petraki, S. Chrysa, Prokopiadou, Dimitroula, Stefanaki, N. Ioanna, Symvoulakis, Emmanouil, Tsakountakis, Nikos, Vasilopoulos, K. Theodoros, Vittorakis, Charalampos, Lionis, Christos (2013).** *Greek Rural GPs' opinions on how financial crisis influences health, quality of Care and health equity.* *Rural Remote Health*, 13(2), pp. 2528.
- **Tsiligianni, G. Ioanna, Papadokostakis, Polyvios, Prokopiadou, Dimitra, Stefanaki, Ioanna, Tsakountakis, Nikolaos, Lionis, Christos (2014).** *Impact of the financial crisis on adherence to treatment of a rural population in Crete, Greece.* *Quality in Primary Care*, 22(5), pp. 238-244.
- **Vasilopoulos, Georgios (2015).** *The problem of uninsured patients with wounds in Greece.* *Hellenic Society of Wound Healing and Chronic Ulcers (HSWH).*
- **Viscusi, W. Kip (1993).** *The Value of Risks to Life and Health.* *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXI (December 1993), pp. 1912-1946.
- **Vlasiadis, Konstantinos, Samaritaki, Euaggelia, Koutsamani, Maria, Konstantinidis Theocharis, Tzoutzas, G. Ioannis (2019).** *The effects of the financial crisis on the general and dental health status of Greek citizens.* *Int J Health Plann Mgmt.* 1–12.

- **Voutsidou, Sofia, Moraitis, Evaggelos, Sissouras, Aris, Jelastopulu, Eleni, Charalampous, Georgios (2019).** *The Information Management into Health System.* Innovative Journal of Medical and Health Science 09 (12), 754-759.
- **WHO (1946).** *Constitution of the World Health Organization.*
- **WHO (1998).** *Health Promotion Glossary.* Geneva.
- **WHO (2011).** *Health Systems Strengthening Glossary.*
- **Yfantopoulos, N. John, Chantzaras, Athanasios (2018).** *Drug Policy in Greece.* School Of Economics and Political Sciences. National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece. Value In Health Regional Issues 16, pp 1-8.

Ελληνόγλωσσες:

- **Αθανασάκης, Κωνσταντίνος, Βαφειάδης, Γιάννης, Γαρύφαλλος, Αλέξανδρος, Γιαννίρη, Σοφία, Δόλνερας, Απόστολος, Καλύβας, Δημήτρης, Κατσιμεντέ, Κυριακή, Κοντός, Δημήτρης, Κυριόπουλος, Γιάννης, Μοσχονάς, Άννελος, Μπραβάκος, Νικόλαος, Μυλωνά, Κατερίνα, Πολίτη, Αναστασία, Ρηγάτος, Θεοφάνης, Σκρουμπέλος, Αναστάσιος, Χροναίος, Κωσταντίνος (2013).** *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση.* Υπουργείο Υγείας. Αθήνα.
- **Ανδρικοπούλου, Ελένη (1995).** *Οι περιφέρειες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η εξέλιξη της περιφερειακής πολιτικής από την συνθήκη της Ρώμης έως το Maastricht.* Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα.
- **Αντωνοπούλου, Λίλα (2008).** *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία.* Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 3 (2),109-120
- **Αυγερίδης, Μάνος, Γαζή, Έφη και Κορνέτης, Κωστής (2015).** *Μεταπολίτευση: Η Ελλάδα στο μεταίχμιο δύο αιώνων.* Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα.
- **Αυγερινός, Παρασκευάς (2013).** *Η αλλαγή τελείωσε νωρίς. Τρεις ιστορίες από την πολιτική μου ζωή.* Εκδόσεις: Εστία, Αθήνα.
- **Δαρδαβέσης, Ι. Θεόδωρος (2008).** *Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981).* Ιατρικό Βήμα.
- **Διακήρυξη Κυβερνητικής Πολιτικής (1981).** *Συμβόλαιο με το Λαό.* Εκδόσεις: ΚΕ.ΜΕ.ΔΙΑ, ΠΑΣΟΚ, Αθήνα.

- **Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Αθηνά, Αδαμακίδου, Θεοδουλα, Βελονάκη, Βενετία – Σοφία, Βιβιλάκη, Βικτωρία, Καπρέλη, Ελένη, Κριεμπάρδης, Αναστάσιος, Λάγιου, Αρετή, Λιονής, Χρήστος, Μαρκάκη, Άντα, Μποδοσάκης, Πρόδρομος – Μερκούρης, Παπαδακάκη, Μαρία, Σακελλάρη, Ευανθία (2015).** *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.* Εκδόσεις: Σ.Ε.Α.Β., Αθήνα.
- **Κοντός, Δημήτρης (2014).** *Τα υπέρ και τα κατά του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. all about Health.* 29 Οκτωβρίου 2014, Φύλλο 4, σελίδες 6-7.
- **Κυριόπουλος, Γιάννης, Τέλλογλου, Τάσος (2019).** *Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Ο Γιάννης Κυριόπουλος και ο Τάσος Τέλλογλου συζητούν για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).* Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
- **Μαλάμου, Θεοδώρα (2015).** *Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας.* Νοσηλευτική, 54(3), 231–240.
- **Μπακόλα, Ελένη, Φραδέλος, Ευάγγελος, Ζυγά, Σοφία (2017).** *Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης.* Athens Medical Society, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 35(4):549-557.
- **Μπάτρα, Παρασκευή, Τζίκα-Χατζοπούλου, Αλίκη (2001).** *Η μετεξέλιξη της πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων από την ιδέα της ενιαίας αγοράς στην ιδέα του ενιαίου κοινωνικού χώρου. Μέρος Β: από την έκδοση του Κοινωνικού Χάρτη έως σήμερα.*
- **Μπιτσώρη, Ζωή, Μπαλάσκα, Δήμητρα (2016).** *Υπηρεσίες Υγείας και η Χρηματοδότηση τους.* Perioperative Nursing, Volume 5, Issue 2.
- **Ο.Ο.Σ.Α. (2017).** *Πρόγραμμα Ελλάδα - ΟΟΣΑ: Παροχή Τεχνικής Βοήθειας για την Καταπολέμηση της Διαφθοράς. Αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων για την καταπολέμηση της διαφθοράς στους τομείς των δημοσίων συμβάσεων, της υγείας και της φορολογικής και τελωνειακής διοίκησης.* Γενική Γραμματεία Καταπολέμησης της Διαφθοράς (ΓΕ.Γ.ΚΑ.Δ.).
- **Ο.Ο.Σ.Α. (2017).** *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU.* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

- **Ο.Ο.Σ.Α. (2019).** *Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019.* Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.
- **Οικονόμου, Χαράλαμπος (2012).** *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.* Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
- **Οικονόμου, Χαράλαμπος (2019).** *Το Ελληνικό Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής και οι Επιπτώσεις στο Σύστημα Υγείας.* Στο Σακελλαρόπουλος, Θεόδωρος, Κοταρίδης, Νίκος, Οικονόμου, Χαράλαμπος, Κοτέα, Μαριάνθη, Κήπας, Μιλτιάδης, Χουμεριανός, Μανώλης (επιμ.), Τιμητικός Τόμος για τον Ευστάθιο Ν. Τσοτσορό. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος, σσ. 235-259.
- **Πετμεζίδου, Μαρία, Παπαθεοδώρου, Χρίστος (2010).** *Κοινωνική μεταρρύθμιση και αλλαγές στο μείγμα «δημόσιου» - «ιδιωτικού» στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας, πρακτικά του 3ου διεθνούς συνεδρίου της επιστημονικής εταιρείας κοινωνικής πολιτικής (Αθήνα, 24-25 Οκτωβρίου 2008).* Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Πετμεζίδου, Μαρία, Παπαναστασίου, Στέφανος, Πεμπετζόγλου, Μαρία, Παπαθεοδώρου, Χρίστος, Πολυζωίδης, Περίκλής (2015).** *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα.* Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε., Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
- **Πετρέλης, Ματθαίος, Δομάγερ, Φίλιππος - Ριχάρδος (2016).** *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης.* Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 15, Τεύχος 4, σελ.365-379.
- **Ποτήρης, Αναστάσιος, Σαράφης, Παύλος (2014).** *Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα - Προτάσεις βελτίωσης.* Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 6, Τεύχος 3, σελ.116-121.
- **Σαραντοπούλου, Ζωή (2015).** *Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας.* Επιστημονικά Χρονικά 20(3): 256 – 262.
- **Σίσκου, Ολγα, Καϊτελίδου, Δάφνη, Θεοδώρου, Μάμας, Λιαρόπουλος, Λυκούργος (2008).** *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5), σσ.663-672.

- **Στασινοπούλου, Β. Όλγα (2002).** *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής, από το Κράτος Πρόνοιας στο «νέο» Προνοιακό Πλουραλισμό, Φροντίδα και Γήρανση – Η Σύγχρονη Πλουραλιστική Πρόκληση.* Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα.
- **Σωτηρόπουλος, Α. Δημήτρης (2017).** *Η Ελληνική κοινωνία πολιτών και η οικονομική κρίση.* Εκδόσεις: Ποταμός, Αθήνα.
- **Σωτηρόπουλος, Π. Δημήτρης (2019).** *Φάσεις και αντιφάσεις του ελληνικού κράτους στον 20ό αιώνα 1910-2001.* Εκδόσεις: Εστία, Αθήνα.
- **Τούντας, Γιάννης, Κυριόπουλος, Γιάννης, Λιονής, Χρήστος, Νεκτάριος, Μιλτιάδης, Σουλιώτης, Κυριάκος, Υφαντόπουλος, Γιάννης, Φιλαλήθης, Τάσος (2020).** *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.* Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης, διαΝΕΟσις.
- **Τριαντόπουλος, Χρήστος (2018).** *Οικονομία και Υγεία στην Ελλάδα: Κρίση, Προσαρμογή και Προκλήσεις.* Στο Μπιτσάνη, Π. Ευγενία, Μαυρέας, Κωνσταντίνος, Σωτηρόπουλος, Π. Δημήτρης, Τσέκος, Ν. Θεόδωρος (επιμ.), *Θεσμοί και πολιτικές τον καιρό της κρίσης. Διοίκηση, κοινωνία, υγεία και οι επιπτώσεις της κρίσης.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σσ. 311-345.
- **Φρεγγίδου, Ελισάβετ, Γαλάνης, Πέτρος, Ζαφειροπούλου, Μαρία, Παραστατίδης, Στέφανος (2017).** *Η προσπάθεια δικτύωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μέσω της εδραίωσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας: Περιπτωσιολογική μελέτη δικτύωσης δομών ΠΕΔΥ Κιλκίς.* Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 16, Τεύχος 1, σελ.33-47.
- **Χλέτσος, Μιχάλης (χ.η.).** *Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές.* Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Εισηγητικές Εκθέσεις Υπουργείου Υγείας,
Πρακτικά Συνεδριάσεων της Βουλής των Ελλήνων:

- Εισηγητική Έκθεση (2014). Σχέδιο Νόμου: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, Υπουργείο Υγείας. Ιστοσελίδα hellenicparliament.gr, 24. Ιανουάριος. Ανακτήθηκε 20 Σεπτεμβρίου, 2020, από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/8324406.pdf>
- Έκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων (2011). Σχέδιο Νόμου: Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ιστοσελίδα hellenicparliament.gr, 20. Ιανουάριος.

Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου, 2020, από

<https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/D-ALLESY-EKTHESI.pdf>

- Έκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων (2017). Σχέδιο Νόμου: Μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, Υπουργείο Υγείας. Ιστοσελίδα hellenicparliament.gr, 20. Ιούλιος. Ανακτήθηκε 28 Σεπτεμβρίου, 2020, από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/10151307.pdf>
- Έκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων (2019). Σχέδιο Νόμου: Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις, Υπουργείο Υγείας. Ιστοσελίδα hellenicparliament.gr, 4. Οκτώβριος. Ανακτήθηκε 30 Σεπτεμβρίου, 2020, από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/11099080.pdf>
- Έκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρύθμισης (2015). Σχέδιο Νόμου: Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις, Υπουργείο Υγείας. Ιστοσελίδα hellenicparliament.gr, 14. Δεκέμβριος. Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου, 2020, από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/9421703.pdf>
- Πρακτικά Βουλής (2011). ΙΓ΄ Περίοδος (Προεδρευομένης Κοινοβουλευτικής Δημοκρατίας), Σύνοδος: Β', Συνεδρίαση: ΟΔ' 09/02/2011. Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου, 2020, από [https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/a08fc2dd-61a9-4a83-b09a-09f4c564609d/es20110209\(proi\).pdf](https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/a08fc2dd-61a9-4a83-b09a-09f4c564609d/es20110209(proi).pdf)
- Πρακτικά Βουλής (2014). ΙΕ΄ Περίοδος (Προεδρευομένης Κοινοβουλευτικής Δημοκρατίας), Σύνοδος: Β', Συνεδρίαση: ΠΑ' 05/02/2014. Ανακτήθηκε 20 Σεπτεμβρίου, 2020, από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/a08fc2dd-61a9-4a83-b09a-09f4c564609d/es20140205.pdf>
- Πρακτικά Βουλής (2016). ΙΖ΄ Περίοδος (Προεδρευομένης Κοινοβουλευτικής Δημοκρατίας), Σύνοδος: Α' Σύνοδος, Συνεδρίαση: ΟΣΤ' 19/02/2016. Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου, 2020, από

<https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/a08fc2dd-61a9-4a83-b09a-09f4c564609d/es20160219.pdf>

- Πρακτικά Βουλής (2017α). ΙΖ΄ Περίοδος (Προεδρευομένης Κοινοβουλευτικής Δημοκρατίας), Σύνοδος: Β΄ Σύνοδος, Συνεδρίαση: ΡΞΔ' 02/08/2017. Ανακτήθηκε 28 Σεπτεμβρίου, 2020, από https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/a08fc2dd-61a9-4a83-b09a-09f4c564609d/es20170802_1.pdf
- Πρακτικά Βουλής (2017β). ΙΖ΄ Περίοδος (Προεδρευομένης Κοινοβουλευτικής Δημοκρατίας), Σύνοδος: Β΄ Σύνοδος, Συνεδρίαση: ΡΞΕ' 03/08/2017. Ανακτήθηκε 28 Σεπτεμβρίου, 2020, από https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/a08fc2dd-61a9-4a83-b09a-09f4c564609d/es20170803_1.pdf
- Πρακτικά Βουλής (2019). ΙΗ΄ Περίοδος (Θ΄ Αναθεωρητική - Προεδρευομένης Κοινοβουλευτικής Δημοκρατίας), Σύνοδος: Α' Σύνοδος, Συνεδρίαση: ΛΓ' 15/10/2019. Ανακτήθηκε 30 Σεπτεμβρίου, 2020, από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/a08fc2dd-61a9-4a83-b09a-09f4c564609d/es20191015.pdf>

Πηγές από το Ηλεκτρονικό Διαδίκτυο:

- «Έμφραγμα» στην Υγεία από την κλιμάκωση των απεργιών (2011, Φεβρουαρίου 4). Ιστοσελίδα typosthes.gr. Ανακτήθηκε 24 Νοεμβρίου, 2020, από https://www.typosthes.gr/politiki/2782_emfragma-stin-ygeia-apo-tin-klimakosion-apergion.
- Eurostat (2020α). Healthy Life Years by sex. Ιστοσελίδα ec.europa.eu/eurostat, 15, Μαΐου. Ανακτήθηκε 8 Δεκεμβρίου, 2020, από http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en
- Eurostat (2020β). Self-perceived health status. Ιστοσελίδα ec.europa.eu/eurostat, 17, Δεκεμβρίου. Ανακτήθηκε 8 Δεκεμβρίου, 2020, από http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_01&lang=en
- Eurostat (2020γ). Infant mortality rates. Ιστοσελίδα ec.europa.eu/eurostat, 9, Οκτωβρίου. Ανακτήθηκε 8 Δεκεμβρίου, 2020, από http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en

- Healthcare in the United States: The top five things you need to know (χ.η.). Ιστοσελίδα medical.mit.edu. Ανακτήθηκε 20 Οκτωβρίου, 2020, από <https://medical.mit.edu/my-mit/internationals/healthcare-united-states>
- Stewart, Conor (2020). Number of magnetic resonance imaging (MRI) units in selected countries as of 2019 (per million population). Ιστοσελίδα [statista.com](https://www.statista.com), 16, Οκτωβρίου. Ανακτήθηκε 14 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.statista.com/statistics/282401/density-of-magnetic-resonance-imaging-units-by-country/>
- ΑΠΕ (Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων). (2017). Parliament approves in principle health bill on primary care. Ιστοσελίδα [amna.gr](https://www.amna.gr), 3. Αύγουστος. Ανακτήθηκε 25 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.amna.gr/health/article/176867/>
- Θεرمόπουλος, Μιχάλης (2019). Τσέρνομπιλ: Τι κάνει η ραδιενέργεια στην υγεία. Ιστοσελίδα [iatropedia.gr](https://www.iatropedia.gr), 7, Ιουνίου. Ανακτήθηκε 10 Οκτωβρίου, 2020, από <https://www.iatropedia.gr/yegeia/tsernompil-ti-kanei-i-radienergeia-stin-yegeia-ti-deichnei-i-dimofilis-seira/119421/>
- Και φαρμακευτική κάλυψη για τους ανασφάλιστους (2014, Ιούνιος 24). Ιστοσελίδα [iaropsi.gr](https://www.iaropsi.gr). Ανακτήθηκε 25 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.iaropsi.gr/και-φαρμακευτική-κάλυψη-για-τους-ανασ/>
- Μαζικές αιτήσεις και προσφυγές στη Δικαιοσύνη. Οι γιατροί απειλούν με «έμφραγμα» τον νέο φορέα (2014, Φεβρουαρίου 13). Ιστοσελίδα [tanea.gr](https://www.tanea.gr). Ανακτήθηκε 24 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.tanea.gr/2014/02/13/greece/oi-giatroi-apeiloun-me-emfragma-ton-neo-forea/>
- Μιχαλάκης, Θανάσης (2014). Βαρνάβας: Τώρα θυμήθηκαν τη νοσηλεία των ανασφάλιστων. Ιστοσελίδα [trikkipress.gr](https://www.trikkipress.gr), 3, Ιούνιος. Ανακτήθηκε 26 Νοεμβρίου, 2020, από <https://trikkipress.gr/βαρνάβας-τώρα-θυμήθηκαν-τη-νοσηλεία-τ/>
- ΝΔ: Αυτές είναι οι 43 ψεύτικες υποσχέσεις του ΣΥΡΙΖΑ για τον χώρο της υγείας (2016, Φεβρουάριος 16). Ιστοσελίδα [protothema.gr](https://www.protothema.gr). Ανακτήθηκε 27 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.protothema.gr/greece/article/553768/nd-outes-einai-oi-43-pseutikes-uposheseis-tou-suriza-gia-ton-horo-tis-ugeias/>
- Οι νοσοκομειακοί γιατροί καταγγέλλουν για εξαπάτηση την κυβέρνηση (2011, Φεβρουαρίου 5). Ιστοσελίδα [thebest.gr](https://www.thebest.gr). Ανακτήθηκε 24 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.thebest.gr/article/52841->

- ΟΠΑΔ - Ακύρωση της υπουργικής απόφασης (2011, Νοεμβρίου 2). Ιστοσελίδα tydky.gr. Ανακτήθηκε 23 Νοεμβρίου, 2020, από <https://web.archive.org/web/20111102011057/http://www.tydky.gr/news/news/opad-kurose-tes-upourgikes-apophases.html>
- Π.Ι.Σ. (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος). (2019). Ο ΠΙΣ στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων για σύσταση ΕΟΔΥ. Ιστοσελίδα pis.gr, 11. Οκτώβριος. Ανακτήθηκε 2 Δεκεμβρίου, 2020, από <https://pis.gr/103468/ο-πισ-στην-επιτροπή-κοινωνικών-υποθέσ/>
- Π.Ο.Ε.-Ο.Τ.Α. (2012). ΠΟΕ-ΟΤΑ: Αφαιμάξη των αποθεματικών του ΤΥΔΚΥ. Ιστοσελίδα kedke.gr, 17. Φεβρουάριος. Ανακτήθηκε 22 Νοεμβρίου, 2020, από <https://kedke.gr/localit/poe-otaafaimaxi-ton-apothematikou-tou-tydky/>
- Πανέλλη, Αντιγόνη (2019). Υπερψηφίστηκε με ευρεία πλειοψηφία το αντικαπιλιστικό νομοσχέδιο. Ιστοσελίδα amna.gr, 16. Οκτώβριος. Ανακτήθηκε 2 Δεκεμβρίου, 2020, από <https://www.amna.gr/health/article/400566/Υperpsifistike-me-eureia-pleiopsifia-to-antikapnistiko-nomoschedio>
- Παπαδογιαννάκης, Μιχάλης (2013). Rebate – Clawback: καλές προθέσεις, κακό αποτέλεσμα. Ιστοσελίδα kathimerini.gr, 21, Δεκεμβρίου. Ανακτήθηκε 2 Δεκεμβρίου, 2020, από <https://www.kathimerini.gr/economy/local/506844/rebate-clawback-kales-protheseis-kako-apotelesma/>
- Πατσουράκος, Ν. Φώτιος (2017). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μία μεταρρύθμιση που στηρίζεται σε εμμονές και ιδεοληψίες. Ιστοσελίδα hcs.gr, Μάιος. Ανακτήθηκε 25 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.hcs.gr/default.aspx?pageid=516>
- Πρεμιέρα διαλόγου για την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, συνεχίζεται η αντιπαράθεση κυβέρνησης-γιατρών. (2011, Φεβρουάριος 17). Ιστοσελίδα in.gr. Ανακτήθηκε 9 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.in.gr/2011/02/17/health/health-news/premiera-dialogoy-gia-tin-prwtobathmia-perithalpsi-synexizetai-i-antiparathesi-kybernisis-giatrwn-2/>
- Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. (2016, Ιούνιος 24). Ιστοσελίδα moh.gov.gr. Ανακτήθηκε 1 Δεκεμβρίου 2020, από <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>

- Σκιτζή, Γεωργία (2017). Η ΟΕΝΓΕ απορρίπτει το νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ιστοσελίδα healthweb.gr, 25, Μάιος. Ανακτήθηκε 25 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.healthweb.gr/reportaz-ygeias/i-oenge-aporriptei-to-nomosxedio-gia-tin-protovathmia-frontida-ygeias>
- Σφοδρή επίθεση ΝΔ σε ΣΥΡΙΖΑ για την Υγεία (2016, Φεβρουάριος 17). Ιστοσελίδα sofokleousin.gr. Ανακτήθηκε 26 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.sofokleousin.gr/sfodri-epithesi-nd-se-syriza-gia-tin-ygeia>
- Τζώρτζη, Ευγενία (2014). Συστάσεις από Ε.Ε. και ΔΝΤ για συνέχιση των μεταρρυθμίσεων. Ιστοσελίδα kathimerini.gr, 3, Ιούνιος. Ανακτήθηκε 25 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.kathimerini.gr/economy/local/769947/systaseis-apo-e-e-kai-dnt-gia-synechisi-ton-metarrythmiseon/>
- Τούντας, Γιάννης (2008). Προς μια ενιαία πολιτική υγείας στην Ευρώπη. Ιστοσελίδα kathimerini.gr, 30, Απριλίου. Ανακτήθηκε 17 Οκτωβρίου, 2020, από <https://www.kathimerini.gr/opinion/709017/pros-mia-eniaia-politiki-ygeias-stin-eyropi/>
- Τσιλιμιγκάκη, Μαρία (2016). Ψηφίστηκε το παράλληλο πρόγραμμα εν μέσω αντεγκλήσεων και έντασης. Ιστοσελίδα iatropedia.gr, 21, Φεβρουαρίου. Ανακτήθηκε 26 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.iatropedia.gr/eidiseis/psifistike-parallilo-programma-en-meso-antegkliseon-kai-entasis/52190/>
- Φ.Σ.Α. (Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής) (2011). Τα επιμαχα αρθρα του νομου ετσι οπως ειχαν κατατεθει στο νομοσχεδιο και η τελικη τους μορφη μετα τον αγωνα του κλαδου. Ιστοσελίδα fsa.gr, 10, Φεβρουάριος. Ανακτήθηκε 25 Νοεμβρίου, 2020, από <http://www.fsa.gr/Portals/0/nomosx.doc>
- Φαρμακοποιοί και γιατροί απαντούν στα στελέχη της ΝΔ για τη "Μαύρη Βίβλο της Υγείας στον ένα χρόνο ΣΥΡΙΖΑ" (2016, Φεβρουάριος 17). Ιστοσελίδα capital.gr. Ανακτήθηκε 27 Νοεμβρίου, 2020, από <https://www.capital.gr/epikairoτητα/3104672/farmakopoioi-kai-giatroi-apantoun-sta-stelexi-tis-nd-gia-ti-mauri-biblo-tis-ugeias-ston-ena-xrono-syriza>
- Ψηφίστηκε επί της αρχής το νομοσχέδιο για την Υγεία. (2011, Φεβρουάριος 9). Ιστοσελίδα capital.gr. Ανακτήθηκε 8 Νοεμβρίου, 2020, από

<https://www.capital.gr/epikairoτητα/1132250/psifistike-epi-tis-arxis-to-nomosxedio-gia-tin-ugeia>

Νομοθεσία:

N.2882/1922: «ΠΕΡΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΜΕΤΟΝΟΜΑΖΟΜΕΝΟΥ ΕΙΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/ww6noon5> (18/9/2020)

N.1278/1982: «ΓΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/y94qjg46> (18/9/2020)

N.1397/1983: «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/2nvt5bx7> (18/9/2020)

N.2071/1992: «ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/2jpdqelk> (18/9/2020)

N.2519/1997: «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/53vzrhp4> (18/9/2020)

N.2768/1999: «ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΣΥΣΤΑΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΔΗΜ. ΔΙΚΑΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΩΝΥΜΙΑ Ο.Π.Α.Δ.Υ. ΣΥΣΤΑΣΗ ΑΝΩΝ. ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΑΠ ΟΤΕ ΕΔΕΚΤ ΟΤΕ ΑΕ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/1iy87mkh> (18/9/2020)

N.2889/2001: «ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/1tdwhkle> (18/9/2020)

N.3232/2004: «ΘΕΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/lbrbjjj5> (18/9/2020)

N.3329/2005: «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/220sxvcl> (19/9/2020)

N.3655/2008: «ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/59ujzero> (18/9/2020)

N.3861/2010: «ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΝΑΡΤΗΣΗ ΝΟΜΩΝ ΚΑΙ ΠΡΑΞΕΩΝ ΤΩΝ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΩΝ, ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΥΓΕΙΑ» ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/1cj5al15> (18/9/2020)

N.3918/2011: «ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/2qtdxbgo> (15/9/2020)

N.4052/2012: «ΝΟΜΟΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ «ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ (Ε.Τ.Χ.Σ.), ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΣΥΝΕΝΝΟΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ, ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΧΡΕΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΣΩΣΗ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ» ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/eceu7pz7> (27/11/2020)

N.4238/2014: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Ε.Δ.Υ.), ΑΛΛΑΓΗ ΣΚΟΠΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/3mt7ltoj> (20/9/2020)

Κ.Υ.Α. 48985/2014: Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β'), «ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ, ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/192a83cn> (20/9/2020)

Κ.Υ.Α. 56342/2014: «ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ, ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/bjt3imm3> (20/9/2020)

N.4368/2016: «ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ ΤΟΥ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/3hk62j2g> (24/9/2020)

N.4486/2017: «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/2ho6uxdn> (28/9/2020)

N.4600/2019: «ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ, ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/3c1p4fuk> (22/11/2020)

Ν.4633/2019: «*ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΔΥ), ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ, ΑΛΛΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ*».

Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/4qu9fwgy> (30/9/2020)