



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΜΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ –ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Βασιλική Τζουμελέκα

ΑΜ:236

Επιβλέπων: Χριστίνα Μπενέκη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΠΡΕΒΕΖΑ

Απρίλιος 2020

**THE EFFECT OF GREEK ECONOMIC CRISIS
ON PRIMARY HELTH CARE**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Πρέβεζα: 24/04/2020

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής
Χριστίνα Μπενέκη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

2. Μέλος επιτροπής
Κωνσταντίνος Καραμάνης
Αναπληρωτής Καθηγητής

3. Μέλος επιτροπής
Χαρίλαος Ναζάκης
Καθηγητής

© Τζουμελέκα Βασιλική, 2020.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εκ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Τζουμελέκα Βασιλική

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα απ' όλα θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Μπενέκη Χριστίνα για την πολύτιμη βοήθεια της και την καθοδήγησή της σε όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μου εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν σε όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη στήριξη και τη βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ψήφιση του νόμου Ν. 1397/1983 που αποτέλεσε την ιδρυτική νομοθετική πράξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας προέβλεπε την ισότητα και τη δωρεάν καθολική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών και τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ωστόσο η ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τη θεμελίωση της μέχρι και την έναρξη της οικονομικής κρίσης του 2009, παρουσίαζε εγγενείς αδυναμίες και παθογένειες που σχετίζονταν με την μερική προώθηση της πρόληψης, την υποστελέχωση των δομών της, τις κοινωνικές ανισότητες, τη μεγάλη αναμονή των ασθενών και το υψηλό κόστος της ιδιωτικής δαπάνης των πολιτών. Η έναρξη της οικονομικής κρίσης και η εφαρμογή των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας μέσω των τριών μνημονίων, όξυναν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό την υφιστάμενη κατάσταση. Δύο περίπου χρόνια από την εφαρμογή της τελευταίας μεταρρυθμιστικής πρωτοβουλίας, οι διαχρονικές αδυναμίες του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως το υψηλό κόστος συμμετοχής, οι περιορισμένες δράσεις πρόληψης, η μεγάλη αναμονή και οι κοινωνικές και οι γεωγραφικές ανισότητες παραμένουν και επιβαρύνουν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό την καθημερινότητα και τους προϋπολογισμούς των ελληνικών νοικοκυριών.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, οικονομική κρίση, Μνημόνια

ABSTRACT

The passage of Law 1397/1983, which was the founding act of the National Health System, provided for equality and free universal coverage of citizens' health needs and the creation of an effective Primary Health Care System. However, Greek Primary Health Care, from its founding until the start of the financial crisis of 2009, presented inherent weaknesses and pathogens related to partial promotion of prevention, underutilization of its structures, social inequalities, high patient waiting and the high cost of citizens' private spending. The onset of the economic crisis and the implementation of the country's memorandum obligations through the three memorandums further exacerbated the existing situation. About two years after the implementation of the latest reform initiative, the timeless weaknesses of the Primary Health Care system such as high participation costs, limited prevention actions, high waiting times and social and geographical inequalities remain and increasingly burden the daily life. the budgets of Greek households.

Keywords: Primary Health Care, Greece Health System, Financial Crisis, Greece Economic Adjustment Programme

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	17
ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	20
1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	20
1.1 Η εξέλιξη της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008	20
1.2 Η έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	22
1.3 Οι βασικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες της ελληνικής οικονομικής κρίσης	24
1.4 Περιγραφή της ελληνικής οικονομικής κρίσης του 2009	27
1.5 Οι συνέπειες της ελληνικής οικονομικής κρίσης.....	28
1.5.1 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στα βασικότερα οικονομικά μεγέθη.....	29
1.5.2 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον κοινωνικό ιστό.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	38
2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός συστήματος υγείας.....	38
2.2 Οι κύριες λειτουργίες των συστημάτων υγείας.....	38
2.3 Οι βασικές κατηγορίες συστημάτων υγείας.....	39
2.4 Τα επίπεδα οργάνωσης των συστημάτων υγείας	41
2.4.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	42
2.4.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	42
2.4.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	43
2.6 Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.....	43
2.7 Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	44
2.8 Η κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	47
3.Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	47
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας	47
3.2 Ο ρόλος και οι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	47
3.3 Τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.....	49
3.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη πριν την έναρξη της κρίσης .	51
3.5 Η δημιουργία και η ιστορική εξέλιξη της ελληνικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέχρι την έναρξη της κρίσης.....	53
3.6 Η κατάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	63
4. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	63
4.1 Τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης.....	63
4.2 Οι συνέπειες της κρίσης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.....	64
4.3 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη φαρμακευτική δαπάνη	69
4.6 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο υγειονομικό προσωπικό	83
4.7 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ...	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	89
5. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	89
5.1 Οι μεταρρυθμίσεις στην ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το 2009 μέχρι σήμερα.....	89
5.2 Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ	92
5.3 Συνέπειες από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ.....	94
5.4 Η Ίδρυση του ΠΕΔΥ	95

5.4.1 Ο ρόλος των Κέντρων Υγείας	98
5.4.2 Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού	98
5.5 Η ψήφιση του νομοσχεδίου 4486/2017.....	99
5.5.1 Υπηρεσίες που παρέχουν οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	102
5.5.2 Οι κύριοι πάροχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα βάσει του νόμου Ν. 4486/2017.....	103
5.5.3 Μεταρρυθμίσεις και καινοτομίες του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017	104
5.5.4 Ο ρόλος των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ)	105
5.5.5 Στόχοι του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017	106
5.5.6 Τα οφέλη της εφαρμογής του νόμου Ν. 4486/2017 για τους πολίτες	107
5.5.7 Η κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την εφαρμογή του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017.....	108
5.3 Τα χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από την εφαρμογή των μνημονίων	114
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	123
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	128
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ	128
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ	131
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	141
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ	141
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ	143
ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΑ	146

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Η διακύμανση του δημοσίου χρέους των κρατών μελών της ΕΕ.....	21
Πίνακας 2: Το ελληνικό δημόσιο χρέος κατά την περίοδο 2008-2016.....	27
Πίνακας 3: Διακύμανση του ελλείμματος της ελληνικής οικονομίας την περίοδο 2008-2016.....	29
Πίνακας 4: Η διακύμανση του ελληνικού χρέους και του ΑΕΠ την περίοδο 2008-2016.....	30
Πίνακας 5: Η διακύμανση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ελλάδας κατά την περίοδο 2008-2016.....	32
Πίνακας 6: Η διακύμανση των αποταμιεύσεων στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2016.....	33
Πίνακας 7: Ποσοστό ελλήνων πολιτών στα όρια της φτώχειας. 2009-2016 (Eurostat).	34
Πίνακας 8: Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας κατά άτομο. Eurostat 2009-2016.....	35
Πίνακας 9: Ανεργία στους νέους ηλικίας 15-24. Ιαν 2009-2016.....	35
Πίνακας 10: Ποσοστό ανεργίας του γενικού πληθυσμού 2009-2016.....	36
Πίνακας 11: Τα κύρια μοντέλα συστημάτων υγείας.....	40
Πίνακας 12: Τα σημαντικότερα νομοσχέδια που ψηφίστηκαν στην Ελλάδα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης και αφορούσαν την ΠΦΥ.....	56
Πίνακας 13: Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015.....	65
Πίνακας 14: Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις στην ΠΦΥ από την έναρξη της οικονομικής κρίσης.....	91
Πίνακας 15: Δομές παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	97
Πίνακας 16: Στάδια ολοκλήρωσης της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ βάσει του νόμου Ν.4486/2017.....	101
Πίνακας 17: Κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τα ΤΟΜΥ.....	106
Πίνακας 18: Οι δομές ΠΦΥ στην Ελλάδα την περίοδο 2017-2018.....	109
Πίνακας 19: Οι δομές ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	109
Πίνακας 20: Ο αριθμός των μηχανημάτων και του προσωπικού ανά ειδικότητα των δομών της ΠΦΥ στην Ελλάδα την περίοδο 2014-2018.....	110

Πίνακας 21: Κατανομή των κλινών των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα ανά ΥΠΕ..	107
Πίνακας 22: Κατανομή του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2016-2018.....	112
Πίνακας 23: Η κατανομή του μηχανολογικού εξοπλισμού σε αριθμητικά τοιχεία των Κέντρων Υγείας την περίοδο 2016-2018.....	114

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Ο περιορισμός πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ ..	75
Εικόνα 2: Ο περιορισμός πρόσβασης των πολιτών στις χώρες της Νότιας Ευρώπης ανά κατηγορία.....	77
Εικόνα 3: Η κατανομή του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στον δημόσιο τομέα ανά την ελληνική επικράτεια	85
Εικόνα 4: Διασύνδεση Κέντρων Υγείας με Μεγάλα νοσοκομεία μέσω της τηλεϊατρικής.....	87
Εικόνα 5: Η αναλογία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ανά χίλιους κατοίκους στα κράτη μέλη της ΕΕ.....	88

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1 : Η εξέλιξη της συνολικής χρηματοδότησης και της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών υγείας την περίοδο 2009-2017	64
Διάγραμμα 2: Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και τα κράτη της Νότιας Ευρώπης και της ΕΕ ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	66
Διάγραμμα 3: Η εξέλιξη της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνης στην Ελλάδα, τις χώρες της Νότιας Ευρώπης και την ΕΕ	67
Διάγραμμα 4: Η εξέλιξη των δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών ανά κατηγορία την περίοδο 2009-2017	68
Διάγραμμα 5: Η εξέλιξη των ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων και αναλώσιμων υλικών στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2016.....	71
Διάγραμμα 6: Οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά κάτοικο για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων και αναλώσιμων υλικών στην ΕΕ το 2016.....	72
Διάγραμμα 7: Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες για φάρμακα στην Ελλάδα την περίοδο 2012-2019	73

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ	
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΠΦΥ	Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΠΑ	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
ΕΚΠΥ	Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΟΒΕ	Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
ΚΑΠΗ	Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΕΣΥΠε	Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Ανασυγκρότησης και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου
ΟΤΑ	Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΝΠΙΔ	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

TOMY	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΤοΠΦΥ	Τοπικά Δίκτυα Φροντίδας Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδας
ΥΠΕΔΥΦΚΑ	Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ	
CCM	Chronic Care Modelvi
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
HIV	Human Immunodeficiency Viruses
NHS	National Health Service
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PSI	Private Sector Involvement
WHO	World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί ένα από τα ύψιστα ανθρώπινα αγαθά, καθώς συνδέεται τόσο με την ανθρώπινη ύπαρξη, όσο και με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της ζωής των ανθρώπων. Για το λόγο αυτό η στόχος των συστημάτων υγείας όλων των χωρών παγκοσμίως είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και τα ιδιαίτερα πολιτιστικά και πολιτισμικά τους χαρακτηριστικά, μέσα από μία διαδικασία ισότιμης πρόσβασης. Ωστόσο ο τρόπος που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας διαφέρουν από χώρα σε χώρα και συνδέεται με την ιστορική περίοδο, με τον τρόπο που προσεγγίζεται η υγεία ως αξία, με τις ανάγκες των πολιτών, με τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων παροχής φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης.

Για να είναι αποτελεσματικές οι υπηρεσίες υγείας που παρέχουν οι κρατικές οντότητες στους πολίτες τους, οι πολιτικές τους ηγεσίες έχουν οργανώσει συστήματα υγείας και παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Στην κατεύθυνση αυτή, τα συστήματα υγείας που οργανώνονται σε τρία επίπεδα, πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες στους πολίτες σε όλη τη διάρκεια του 24ωρου, να είναι εύκολα προσβάσιμες και εύχρηστες, και να εστιάζουν εκτός από την αποκατάσταση των υγειονομικών προβλημάτων, στην πρόληψη και την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Ακόμα, τα αποτελεσματικά και αποδοτικά συστήματα υγείας εξασφαλίζουν αυτονομία δράσης στους επαγγελματίες υγείας και εγγυώνται το εισόδημα των πολιτών, μέσω της μείωσης της συμμετοχής τους στην ιδιωτική δαπάνη και στο κόστος νοσηλείας.

Η παροχή φροντίδας από τα υγειονομικά συστήματα παρέχεται σε τρία επίπεδα, το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο. Παράλληλα υπάρχουν διάφορα μοντέλα συστημάτων υγείας, που συνδέονται με τον τρόπο χρηματοδότησης, τον τρόπο οργάνωσης και τον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Τα πιο συχνά εφαρμοζόμενα μοντέλα είναι το φιλελεύθερο, το σύστημα Beveridge, το σύστημα Bismark και το μεικτό σύστημα που είναι και το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας. Η χρηματοδότηση των συγκεκριμένων μοντέλων υλοποιείται από τη χρηματοδότηση του κρατικού προϋπολογισμού, από τις εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων, από τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς και από τις ιδιωτικές πληρωμές των πολιτών. Το ελληνικό σύστημα υγείας το οποίο δημιουργήθηκε με την ψήφιση του νόμου Ν.

1397/83 είχε ως στόχο την καθολική και ισότιμη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών και την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας κάθε κράτους, συνδέεται με όλες εκείνες τις δραστηριότητες οι οποίες αφορούν την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασθενών, την πρόληψη, την προαγωγή υγείας τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στον χώρο της υγείας και σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata και της Astana, αποτελεί θεμέλιο λίθο κάθε συστήματος υγείας. Εάν και σε όλα τα αναπτυγμένα κράτη του Δυτικού κόσμου η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην αποτελεσματική λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων και χαράσσονται πολιτικές υγείας που συνεχώς ενισχύουν τον ρόλο της, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα δεν έχει εξελιχθεί σε βαρύνουσα σημασίας πολιτική επιλογή, για την επίλυση των προβλημάτων στον χώρο της υγείας.

Από την ψήφιση του νόμου Ν. 1397/1983, με τον οποίο ιδρύθηκε το ΕΣΥ και ο οποίος θεσμοθέτησε την ανάπτυξη ενός οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το εν λόγω επίπεδο φροντίδας δεν κατάφερε ποτέ να εκπληρώσει με αποτελεσματικότητα τον ρόλο του. Ανεξάρτητα από τις μετέπειτα μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, η ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέχρι και την έναρξη της κρίσης του 2009 ήταν αναποτελεσματική, υποστελεχωμένη, αδυνατούσε να εξυπηρετήσει αποτελεσματικά τους ασθενείς καθώς υπήρχαν μεγάλες αναμονές και παρουσίαζε κοινωνικές ανισότητες. Ωστόσο, η λήψη των διαρθρωτικών μέτρων λιτότητας από τις ελληνικές κυβερνήσεις, έπειτα από την έναρξη της μεγάλης χρηματοπιστωτικής κρίσης που έπληξε τη χώρα από το 2009 και μετά, όξυνε σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τις αδυναμίες και τις παθογένειες του ελληνικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Όλες οι μετέπειτα μεταρρυθμιστικές προσπάθειες της πολιτικής ηγεσίας, ως απότοκος των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας προς τους δανειστές της, με αποκορύφωμα την ψήφιση των νομοσχεδίων Ν. 3918/2011, Ν. 4238/2014, Ν. 4486/2017, όχι μόνο δεν κατάφεραν να επιλύσουν τα προβλήματα και τις αστοχίες που παρουσίαζε η ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πριν την έναρξη της κρίσης, απεναντίας σηματοδότησαν την όξυνσή τους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή των συνεπειών της εφαρμογής των διαρθρωτικών μέτρων λιτότητας, που προέβλεπαν τα τρία μνημόνια που ψήφισαν οι ελληνικές κυβερνήσεις, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και γενικότερα, η περιγραφή του τρόπου επίδρασης της οικονομικής κρίσης στον εν λόγω θεσμό. Για την καλύτερη ανάλυση του συγκεκριμένου θέματος η εργασία χωρίστηκε σε επιμέρους θεματικές ενότητες, οι οποίες περιγράφονται ως αυτοτελή κεφάλαια. Εν κατακλείδι είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η αρχή της παγκόσμιας οικονομική κρίσης του 2008, καθώς και ο τρόπος που εκείνη επηρέασε το σύνολο των μακροοικονομικών και μικροοικονομικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας, αλλά και το τη ζωή του συνόλου των ελλήνων πολιτών. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται ο ρόλος και τα κυριότερα μοντέλα υγειονομικών συστημάτων υγείας, αλλά και η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και οι αδυναμίες του πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικές αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι στόχοι της και ο τρόπος λειτουργίας των σημαντικότερων και πιο αναπτυγμένων συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη Δυτική Ευρώπη. Παράλληλα αναλύονται τα βασικά χαρακτηριστικά της ελληνικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και οι αδυναμίες που παρουσίαζε πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται εκτενή στοιχεία για τον τρόπο που η μεγάλη οικονομική κρίση επηρέασε το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την υγεία των ελλήνων πολιτών. Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται μία εκτενής περιγραφή του τρόπου που η οικονομική κρίση επηρέασε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία στη χώρα.

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2009 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Η εξέλιξη της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008

Εάν και η Ελλάδα αντιμετώπισε μετά τη Μεταπολίτευση ένα ευρύ φάσμα διαρθρωτικών προβλημάτων, εντούτοις μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990 κατάφερε να ξεπεράσει τα περισσότερα από αυτά και να ενταχθεί στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση το 2001, ως πλήρες μέλος της Ζώνης του Ευρώ. Όμως η Ελλάδα δεν πληρούσε τα καθορισμένα και τυποποιημένα ενταξιακά κριτήρια, γεγονός που δημιούργησε στην οικονομία της χώρας σωρεία προβλημάτων σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, από την ένταξή της (Mavridis, 2018).

Η ενταξιακή διαδικασία και τα χαμηλά επιτόκια που αυτή σηματοδότησε, είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των εισοδημάτων και των μισθών στην Ελλάδα. Σύμφωνα με οικονομικούς αναλυτές, η συγκεκριμένη κατάσταση αποτελούσε μία ψευδή πτυχή της διαφανόμενης ανάπτυξης (Mavridis, 2018). Στην πραγματικότητα, μόνο οι ισχυρές οικονομίες της Ευρωζώνης και συγκεκριμένα οι οικονομίες της Γαλλίας και της Γερμανίας επωφελήθηκαν από τη δημιουργία της Ευρωζώνης, καθώς οι κεφαλαιακές εισροές από τις περιφερειακές χώρες της Ένωσης, έδωσαν ώθηση στη μεγέθυνση των οικονομιών των εν λόγω χωρών. Από την άλλη πλευρά, οι οικονομίες χωρών όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και η Ιταλία, επλήγησαν εξαιτίας του χαμηλού κόστους δανεισμού, καθώς η ανταγωνιστικότητά τους ελαττώθηκε, με αποτέλεσμα οι περισσότερες από αυτές να χρειαστεί να ενταχθούν σε προγράμματα διάσωσης (Baldwin and Giavazzi, 2015; Hardouvelis and Gkionis 2016; Berend 2017). Η ένταξη κάποιων εκ των χωρών αυτών σε προγράμματα διάσωσης είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών τους, τη μείωση των κοινωνικών δαπανών, αλλά και των δαπανών που προορίζονται για τους τομείς της άμυνάς τους (Paleologou, 2013). Στον πίνακα (1) παρουσιάζεται η διακύμανση του δημόσιου χρέους των ευρωπαϊκών κρατών μελών της ΕΕ σε συνάρτηση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν τους, μέχρι το ξέσπασμα της μεγάλης χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008.

Πίνακας 1: Η διακύμανση του δημοσίου χρέους των κρατών μελών της ΕΕ

ΧΩΡΕΣ	ΕΤΗ			
	1996	2001	2008	2009
Αυστρία	68,3	67,3	62,8	69,5
Βέλγιο	127,3	106,6	88,1	95,9
Βουλγαρία	100	66	21,6	14,6
Κύπρος	52,6	60,7	64,8	58,5
Τσεχία	12,5	24,9	29,4	34,4
Δανία	60,4	40,9	32,1	41,8
Εσθονία	7,6	4,8	4,4	7,2
Φιλανδία	57	42,5	39,7	43,3
Γαλλία	58	56	63,7	79
Γερμανία	58,4	58,8	67,6	74,4
Ελλάδα	99,4	103,7	106,1	129,3
Ουγγαρία	71,4	52	65,7	79,7
Ιρλανδία	73,4	35,5	24,8	65,2
Ιταλία	120,9	108,8	106	115,5
Λετονία	13,8	23,1	18	29,4
Λιθουανία	13,8	23,1	18	29,4
Λουξεμβούργο	7,4	6,30	6,7	14,8
Ολλανδία	74,1	50,7	47,4	60,8
Πολωνία	43,4	37,8	47,7	50,9
Πορτογαλία	58,3	51,2	63	83
Ρουμανία	10,6	25,7	12,4	23,6
Σλοβακία	31,1	48,9	30,5	35,5
Ισπανία	67,4	55,5	30,6	53,8
Σουηδία	73,3	54,7	46	42,7
Μεγ. Βρετανία	51,3	37,7	43,4	69,6

Πηγή: Paleologou, (2013)

Στο σημείο αυτό είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι το βασικότερο πρόβλημα που αντιμετώπισε η οικονομία της Ελλάδας σε σύγκριση με τις οικονομίες των υπολοίπων χωρών που μπήκαν σε μηχανισμό εποπτείας, ήταν το πολύ μεγάλο εξωτερικό χρέος. Ειδικότερα το εξωτερικό χρέος της Ελλάδας το 2008 ανήλθε στο 109,4% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Εκτός από αυτό, παρατηρήθηκε στασιμότητα στα κρατικά έσοδα κατά την περίοδο 2001-2007. Τέλος ένα ακόμα οικονομικό μέγεθος που σηματοδότησε το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης ήταν η μεγάλη αύξηση του ελλείμματος η οποία την περίοδο 2001-2008 άγγιξε το 5% του κρατικού προϋπολογισμού (Hyppolite, 2016).

1.2 Η έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η οικονομία της Ελλάδας έπειτα από τη λήξη των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004 που έλαβαν χώρα στην Αθήνα και εξαιτίας των μεγάλων δαπανών για την κατασκευή των αναγκαίων κτιριακών εγκαταστάσεων και των υποδομών για τη διεξαγωγή τους, άρχισε να παρουσιάζει τα πρώτα σημάδια επιδείνωσης (Shah and Rankin, 2017). Εκτός από αυτό, οικονομικοί αναλυτές σε αναφορές τους επισημαίνουν ότι ανεξάρτητα από τις μεγάλες δαπάνες για τη διοργάνωση των Ολυμπιακών Αγώνων η διαφθορά και η χαμηλή εξαγωγική ικανότητα της Ελλάδας συνετέλεσαν στο ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης. Αμφότεροι οι τρεις ανωτέρω παράγοντες έδωσαν ώθηση στη διόγκωση του πρωτογενούς ελλείμματος, το οποίο δεν μπορούσε να εξισορροπηθεί χωρίς εξωτερικό δανεισμό (Mavridis, 2018).

Συγκεκριμένα, το δημόσιο έλλειμμα το 2007 ανήλθε στο 7% του ΑΕΠ, το 2008 ανήλθε στο 8% του ΑΕΠ, ενώ το 2009 άγγιξε το δυσθεώρητο ποσοστό περίπου του 15% του ΑΕΠ (Thomadakis, 2015). Του λόγου το αληθές αποδεικνύει η σύγκριση του Ελληνικού δεκαετούς ομολόγου με το αντίστοιχο Γερμανικό. Το 2009 η διαφορά των δύο ομολόγων άγγιζε τις 130 μονάδες βάσης (Hardouvelis and Gkionis, 2016). Όμως η ελληνική κυβέρνηση τον Οκτώβριο του 2009 δημοσιοποίησε στοιχεία τα οποία καταδείκνυαν την ετήσια αύξηση του ελλείμματος κατά περίπου 7% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά (Baldwin and Giavazzi 2015; Hardouvelis and Gkionis 2016; Nelson et al., 2017). Απόρροια τούτου, οι παγκόσμιες χρηματοπιστωτικές αγορές ήταν την εμπιστοσύνη τους στην αξιοπιστία της Ελληνικής οικονομίας και το

ελληνικό δεκαετές ομόλογο σε σχέση με το Γερμανικό ανήλθε στις 1.000 μονάδες βάσης. Προκειμένου η ελληνική κυβέρνηση να αποφύγει την πτώχευση αναγκάστηκε να προχωρήσει σε δανεισμό από το ΔΝΤ και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα τον Μάιο του 2010, με επιτόκια πολύ υψηλότερα από αυτά που θα μπορούσε να δανειστεί από τις παγκόσμιες αγορές (Mavridis, 2018).

Η υλοποίηση της συμφωνίας της ελληνικής κυβέρνησης με την ΕΕ και το ΔΝΤ είχε ως αποτέλεσμα την υπογραφή τριών Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής (Μνημόνια) το 2010, 2012, 2015, τα οποία ήταν στην ουσία τρεις συμφωνίες δανειοδότησης. Σύμφωνα με τα μνημόνια η οικονομική κρίση έπρεπε να αντιμετωπιστεί μέσω μίας σκληρής διαδικασίας εξυγίανσης η οποία περιελάμβανε δραστικές περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες, στους μισθούς, απελευθέρωση της αγοράς εργασίας, τη μείωση των δημόσιων επενδύσεων, το «κούρεμα» του δημόσιου με συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα (PSI) και μία σειρά άλλων μέτρων (Giannitsis and Zografakis, 2015). Δυστυχώς όμως, η αναδιάρθρωση του δημόσιου χρέους και τα μέτρα εξυγίανσης ύψους 239 δισ. ευρώ που εφαρμόστηκαν, δεν κατάφεραν να δώσουν στην ελληνική οικονομία την απαραίτητη ώθηση που θα οδηγούσε στην ανάκαμψη (Berend 2017; Nelson et al., 2017; Zettelmeyer et al., 2017).

Η περίοδος 2008-2016 είναι μία ιδιαίτερα σημαντική περίοδος για την Ελλάδα και τους έλληνες πολίτες, καθώς τα διαρθρωτικά μέτρα που λήφθηκαν μείωσαν το ΑΕΠ κατά 25%, μία μείωση που ισοδυναμεί με μειώσεις πολεμικής περιόδου. Παράλληλα δημιούργησαν ένα αβέβαιο μέλλον σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (Nelson et al., 2017). Τέλος, οδήγησαν τη χώρα στα πρόθυρα ενός Grexit, που σημαίνει έξοδο από την Ευρωζώνη (Darwish, 2015). Αξίζει δε να αναφερθεί ότι ένα πιθανό Grexit ανεξάρτητα από το εάν ήταν μόνιμο ή προσωρινό, μπορούσε να προκαλέσει μία αλυσιδωτή αντίδραση στο Διεθνές Τραπεζικό Σύστημα. Επιπρόσθετα η περίοδος αυτή έφερε σημαντικές αναταράξεις στη χώρα σε πολιτικό επίπεδο (Giannitsis and Zografakis, 2015), καθώς εφαρμόστηκαν κολοσσιαίες μεταρρυθμίσεις, αντίστοιχες με εκείνες που εφαρμόστηκαν στα κράτη της Ανατολικής Ευρώπης έπειτα από την πτώση του τείχους του Βερολίνου το 1989 (Mavridis, 2018).

Η εφαρμογή των διαρθρωτικών μέτρων είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία του μεγαλύτερου δημοσιονομικού πλεονάσματος το 2015, στη ζώνη του ευρώ. Το 2015 η Ελλάδα είχε το υψηλότερο κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές δημοσιονομικό

πλεόνασμα στη ζώνη του ευρώ (Weisbrot et al., 2015). Το 2016 μετά από οκτώ χρόνια ύφεσης, η Ελλάδα πέτυχε ένα μικρό πρωτογενές πλεόνασμα της τάξης του 0,7% του ΑΕΠ. Σύμφωνα με το ΔΝΤ (2017), το πρωτογενές αυτό πλεόνασμα ήταν αποτέλεσμα των διαρθρωτικών μέτρων που λήφθηκαν και ήταν το πρώτο σημάδι ανάκαμψης της οικονομίας. Από την άλλη πλευρά αρκετοί οικονομικοί αναλυτές υποστήριζαν ότι η Ελλάδα δεν κατάφερε να ξεπεράσει τον κίνδυνο πτώχευσης και ότι το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον που διαμορφώθηκε υποθήκευσε τη μελλοντική ανάπτυξη της χώρας και των μελλοντικών γενιών (Mavridis, 2018).

1.3 Οι βασικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες της ελληνικής οικονομικής κρίσης

Η μεγάλη οικονομική κρίση που άρχισε να γίνεται έντονα ορατή στην ελληνική οικονομία το 2008 ήταν αποτέλεσμα κακοδιαχείρισης και λανθασμένων πολιτικών που εφαρμόστηκαν στη χώρα από τη Μεταπολίτευση και μετά. Οι ελληνικές κυβερνήσεις κατά την περίοδο μεταξύ 1973 και 2010 προέβησαν σε υπερβολικές δαπάνες. Οι κυριότεροι παράγοντες που συνέβαλαν στη συγκεκριμένη ακολουθούμενη πολιτική ήταν ο μεγάλος αριθμός προσλήψεων στον δημόσιο τομέα και η κακοδιαχείριση των ευρωπαϊκών κονδυλίων τα οποία προορίζονταν για επενδύσεις στην πραγματική οικονομία. Σύμφωνα με τον Tsakalotos (1998), το μεγάλο πρόβλημα ξεκίνησε το 1981 όταν η ελληνική κυβέρνηση της εποχής προσπάθησε να μειώσει την ανεργία προχωρώντας σε μαζικές προσλήψεις στον δημόσιο τομέα. Χιλιάδες κομματικά και μη στελέχη διορίστηκαν στον δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα με διαδικασίες οι οποίες τις περισσότερες φορές δεν ήταν διαφανείς. Τη συγκεκριμένη επιλογή ακολούθησαν και οι μετέπειτα κυβερνήσεις με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένας ιδιαίτερα διογκωμένος δημόσιος τομέας, ο οποίος απορροφούσε ιδιαίτερα μεγάλα κονδύλια για τη μισθοδοσία του (Mavridis, 2018).

Επιπρόσθετα, η αδιαφάνεια και η πολιτική διαφθορά που κυριάρχησε στον δημόσιο τομέα την περίοδο αυτή, ήταν ακόμα μία βασική αιτία που οδήγησαν την ελληνική οικονομία στα πρόθυρα της κατάρρευσης. Όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες παγκοσμίως, έτσι και στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες ανατέθηκαν μεγάλα δημόσια έργα σε επιχειρηματικούς κύκλους, με διαδικασίες που χαρακτηρίζονταν

από αδιαφάνεια και χρηματισμό των εκάστοτε αρμόδιων κυβερνητικών στελεχών. Τα τελευταία χρόνια πριν από την έναρξη της κρίσης ένας μεγάλος αριθμός οικονομικών σκανδάλων που αφορούσαν την ανάθεση μεγάλων δημοσίων έργων είδε το φως της δημοσιότητας, αποδεικνύοντας του λόγου το αληθές (Katsios, 2006).

Παράλληλα η φοροδιαφυγή που τα χρόνια πριν την έναρξη της κρίσης έλαβε ανησυχητικές διαστάσεις, συνετέλεσε στη διόγκωση των προβλημάτων που αντιμετώπιζε η ελληνική οικονομία (Matsaganis, M. & Flevotomou, 2010). Συγκεκριμένα η φοροδιαφυγή που αποτελεί ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ελληνικής οικονομίας από την ίδρυση του πρώτου ελληνικού κράτους έπειτα από την απελευθέρωση από τον τουρκικό ζυγό, τα τελευταία σαράντα χρόνια μεγεθύνθηκε προκαλώντας πολλά προβλήματα στην οικονομική ζωή του τόπου. Όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, κατά κύριο λόγο φοροδιέφευγαν τα εύρωστα κοινωνικά στρώματα όπως οι μεγαλοεπιχειρηματίες, οι υψηλά αμειβόμενοι επαγγελματίες των διαφόρων κλάδων της οικονομίας και σε πολύ μικρότερο βαθμό τα χαμηλά αμειβόμενα κοινωνικά στρώματα. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες μία μερίδα ελλήνων πολιτών εκμεταλλεύτηκε την οικονομική συγκυρία και την ακολουθούμενη κρατική πολιτική αυξάνοντας υπέρμετρα τα εισοδήματά τους. Προκειμένου όμως να αυξήσουν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τα εισοδήματά τους, προχώρησαν σε μια συστηματική φοροδιαφυγή με αποτέλεσμα ο κρατικό προϋπολογισμός να υφίσταται διαχρονικά μεγάλη απώλεια εσόδων (Βαγιανός, Βέττας και Μεγήρ, 2010).

Ένας ακόμα ιδιαίτερα σοβαρός λόγος που οδήγησε στην παρακμή της ελληνικής οικονομίας και στην έναρξη της κρίσης του 2008 ήταν ο υπερβολικός δανεισμός στον οποίο είχαν προχωρήσει τα περισσότερα ελληνικά νοικοκυριά τις προηγούμενες δεκαετίες. Είναι όμως γεγονός ότι, τα περισσότερα από αυτά τα δάνεια οι έλληνες πολίτες δεν κατάφεραν να τα αποπληρώσουν, με αποτέλεσμα να παραμείνουν με τη μορφή «κόκκινων» δανείων στα τραπεζικά χαρτοφυλάκια, δημιουργώντας μεγάλα προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία του τραπεζικού κλάδου και κατ'επέκταση της οικονομίας (Βαγιανός, Βέττας και Μεγήρ, 2010). Επίσης η ακολουθούμενη πολιτική της ΕΕ στον αγροτικό τομέα με τις επιδοτήσεις αγροτικών προϊόντων που προορίζονταν να καταστραφούν ώστε να διατηρηθούν υψηλές οι τιμές των αντίστοιχων προϊόντων σε άλλες χώρες μέλη της Ένωσης. Η πολιτική της ΕΕ στον αγροτικό τομέα δημιούργησε πολλά προβλήματα όπως και σε άλλους τομείς της

πρωτογενούς παραγωγής όπως η κτηνοτροφία και η αλιεία (Fousekis and Pantzios 1997).

Εκτός από αυτό, οι συνεχείς τριβές και οι σχέσεις κακής γειτονίας με την Τουρκία, που μεγεθύνθηκαν έπειτα από την απόβαση του Τουρκικού στρατού στην Κύπρο το 1974, οδήγησε την Ελλάδα σε μία πολιτική που εστίαζε στη δαπάνη μεγάλων κρατικών κονδυλίων στον τομέα της Άμυνας. Ένας ακόμα λόγος που τροφοδότησε την αύξηση των δημοσίων ελλειμμάτων και του δημοσίου χρέους ήταν η επιβράδυνση της παγκόσμιας οικονομίας στις αρχές του 21^{ου} αιώνα η οποία επηρέασε άμεσα και την ελληνική οικονομία. Αξίζει να αναφερθεί ότι τομείς όπως η βιομηχανία, το εμπόριο, η ναυτιλία και ο τουρισμός, επλήγησαν ιδιαίτερα. Επίσης οι μεγάλες κρατικές δαπάνες για την προετοιμασία και τη διεξαγωγή των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004 συνέβαλλαν σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση του δημοσίου χρέους και των πρωτογενών ελλειμμάτων (Paleologou, 2013).

Εκτός από τις προαναφερθείσες αιτίες, οι βασικές αιτίες που συνετέλεσαν στη μεγάλη κρίση της ελληνικής οικονομίας του 2008 ήταν (INE-ΓΣΕΕ, 2008):

- Οι φοροελαφρύνσεις που παρείχε το ελληνικό δημόσιο σε μία μεγάλη μερίδα πολιτών τις τελευταίες δύο δεκαετίες από την έναρξη της κρίσης.
- Η νεοφιλελεύθερη στρατηγική που ακολούθησε η ΕΕ τα τελευταία χρόνια με την οποία δεν επέτρεπε στις κυβερνήσεις των κρατών μελών της να δανειστούν από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα με χαμηλά επιτόκια, αναγκάζοντάς τες με τον τρόπο αυτό να στραφούν στις χρηματοπιστωτικές αγορές, αντλώντας κεφάλαια με υψηλό τόκο δανεισμού, εκτινάσσοντας τοιούτοτρόπως τα δημόσια ελλείμματα και το δημόσιο χρέος.
- Η εμμονή των ελληνικών κυβερνήσεων να ακολουθήσουν πιστά τη νεοφιλελεύθερη πολιτική που προωθούσε η ΕΕ και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα.
- Η δημιουργία του ενιαίου νομίσματος ευρώ, διευκόλυνε την μεταφορά πόρων προς τις χώρες του ευρωπαϊκού νότου σε αυτές του ευρωπαϊκού βορρά όπου σημειώνονταν μεγαλύτερη ανάπτυξη και υλοποιούνταν μεγαλύτερη αξιοποίηση των εν λόγω κεφαλαίων. Τα κεφάλαια αυτά ισοσκελίζουν τον κρατικό προϋπολογισμό, επιτρέποντας στις ελληνικές κυβερνήσεις να διατηρούν ελλειμματικά ισοζύγια τρεχουσών συναλλαγών.

1.4 Περιγραφή της ελληνικής οικονομικής κρίσης του 2009

Το 2008 το δημόσιο χρέος της Ελλάδας ανήλθε στα επίπεδα του 109,4% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος. Στην πολιτική σκηνή κυριαρχούσε αστάθεια καθώς, λαϊκισμός και καθυστέρηση στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων που ήταν αναγκαίες ώστε να καταφέρει η ελληνική οικονομία να αντιμετωπίσει τις εγγενείς αδυναμίες της, ώστε να αποφύγει την επικείμενη χρεοκοπία. Τα διαρθρωτικά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας όπως η γραφειοκρατία, η φοροδιαφυγή και η διαφθορά δυσχέραιναν το έργο της κυβέρνησης και αποτελούσαν τα μεγαλύτερα εμπόδια ανόρθωσης της οικονομίας. Την ίδια περίοδο όπως και τα προηγούμενα χρόνια τα δημόσια έσοδα υστερούσαν σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με τα αντίστοιχα επίπεδα των εξόδων (Pogatsa, 2014). Επίσης, όλα τα οικονομικά δεδομένα και τα στοιχεία που δημοσιοποίησε η ελληνική κυβέρνηση αποδείκνυαν ότι το 2009 οι λιγοστές επενδύσεις που υλοποιήθηκαν στηρίχθηκαν κατά κύριο λόγο στον εξωτερικό δανεισμό (Hyppolite 2016). Το 2010 το δημόσιο χρέος ανήλθε στο δυσθεώρητο ύψος του 146,2% του ΑΕΠ, καθιστώντας ανέφικτη για την ελληνική κυβέρνηση την εξυπηρέτησή του χωρίς τη σύναψη νέων δανειακών συμβάσεων. Στον πίνακα (2) καταγράφεται η αύξηση του ελληνικού δημόσιου χρέους κατά την περίοδο 2008-2016.

Πίνακας 2: Το ελληνικό δημόσιο χρέος κατά την περίοδο 2008-2016

ΕΤΟΣ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΧΡΕΟΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ ΕΠΙ ΤΟΙΣ %	109.4	109.4	146.2	172.1	159.6	177.4	179.7	177.4	179

Πηγή: Mavridis, (2018).

Το 2010 η οικονομία της Ελλάδας έφτασε στα πρόθυρα της ολοκληρωτικής κατάρρευσης και της πτώχευσης. Η διεθνής οικονομική συγκυρία ήταν ιδιαίτερα δυσμενής για την Ελλάδα, καθώς το παγκόσμιο τραπεζικό σύστημα και οι διεθνείς

χρηματαγορές έδειχναν απροθυμία να δανείσουν τη σχεδόν χρεοκοπημένη ελληνική οικονομία, με αποτέλεσμα το ελληνικό δημόσιο και οι έλληνες πολίτες να κυριαρχούνται από μία κατάσταση έντονης αβεβαιότητας και προβληματισμού. Ταυτοχρόνως το επιτόκιο του ελληνικού δεκαετούς ομολόγου ξεπερνούσε τις 1.000 μονάδες βάσης (Nelson et al., 2017). Ως εκ τούτου η ελληνική κυβέρνηση αναγκάστηκε να συνάψει δανειακές συμβάσεις με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Οι εν λόγω δανειακές συμβάσεις που υπογράφηκαν το 2010, το 2012 και το 2015 και είναι γνωστές ως Μνημόνια, αποτελούσαν προγράμματα τάχιστης οικονομικής προσαρμογής, με στόχο την ανάκαμψη της ασθμαίνουσας ελληνικής οικονομίας. Συνολικά οι συγκεκριμένες οικονομικές συμβάσεις παρείχαν στις ελληνικές κυβερνήσεις 239 δις ευρώ (Nelson et al., 2017; Zettelmeyer et al., 2017). Στα κεφάλαια αυτά η συμμετοχή του ΔΝΤ ανέρχονταν σε 13 δις ευρώ, ενώ τα υπόλοιπα προέρχονταν από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι η χρηματοδότηση για πρώτη φορά ενός μέλους της ΕΕ από το ΔΝΤ, δημιούργησε έντονους κλυδωνισμούς στο μέχρι τότε στέρεο οικοδόμημα της Ευρωζώνης (Bitzenis et al., 2013 Baldwin and Giavazzi 2015; Berend, 2017; Nelson et al., 2017), ενώ τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν ως υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών είχαν άμεσο και αρνητικό αντίκτυπο στους μισθούς και τα εισοδήματα των ελλήνων πολιτών (Weisbrot et al., 2015).

1.5 Οι συνέπειες της ελληνικής οικονομικής κρίσης

Από το 2010 και έπειτα, όλες οι κυβερνήσεις της Ελλάδας ακολούθησαν αυστηρή δημοσιονομική πολιτική, βάσει των οδηγιών από το ΔΝΤ και την ΕΕ, πετυχαίνοντας σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα μία μεγάλη δημοσιονομική προσαρμογή (Weisbrot et al. 2015). Όμως η αναπροσαρμογή ήταν ανομοιογενής και το εξωτερικό χρέος της χώρας μεγεθύνθηκε (OECD 2016). Οι δανειστές επέβαλαν μέτρα που εστίασαν στα μακροοικονομικά μεγέθη και δεν δόθηκε έμφαση στο κοινωνικό κράτος, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν πολλά προβλήματα σε όλους τους τομείς του κοινωνικού κράτους (Mavridis, 2018).

1.5.1 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στα βασικότερα οικονομικά μεγέθη

Το 2017, περίπου μία δεκαετία από την εφαρμογή του προγράμματος σταθερότητας και τη σύναψη των δανειακών συμβάσεων (Μνημονίων), οι δανειστές υποστηρίζαν ότι η προσπάθεια των ελλήνων πολιτών απέδωσε καρπούς και πρέπει να συνεχιστεί στην ίδια κατεύθυνση, αλλά τα δεδομένα διάφορων οικονομικών δεικτών αποτυπώνουν μία ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση και ένα αβέβαιο μέλλον. Με βάσει τα στοιχεία του πίνακα (2) από το 2010 μέχρι το 2016 το δημόσιο χρέος της Ελλάδας αυξήθηκε κατά 179%. Έπειτα από μεγάλη προσπάθεια αρκετών χρόνων το πρωτογενές έλλειμμα της χώρας μετατράπηκε σε πλεόνασμα (0,7%) μόλις το 2016 πίνακας (3) (Thomadakis, 2015). Το Υπουργείο Οικονομικών της Ελλάδας με αφορμή το πρωτογενές πλεόνασμα ανέφερε ότι η χώρα είχε ξεπεράσει την οικονομική κρίση και βρισκόταν πλέον σε στάδιο ανάπτυξης πρόβλημα (Ministry of Finance, 2017).

Πίνακας 3: Διακύμανση του ελλείμματος της ελληνικής οικονομίας την περίοδο 2008-2016

ΕΤΟΣ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΕΛΛΕΙΜΜΑ									
ΠΛΕΟΝΑΣΜΑ									
ΩΣ	-10,2	-15,1	-11,2	-10,3	-8,9	-13,1	-3,7	-5,9	0,7
ΠΟΣΟΣΤΟ									
ΤΟΥ ΑΕΠ ΕΠΙ									
ΤΟΙΣ %									

Πηγή: Mavridis, (2018).

Εάν και η οικονομία της Ελλάδας έφθασε σε πρωτογενές πλεόνασμα το 2016, εντούτοις το συνολικό δημόσιο χρέος δεν μειώθηκε αισθητά πίνακας (4). Αξίζει δε να αναφερθεί ότι το ΔΝΤ σε μελέτη του αναφέρει ότι εκφράζει έντονες αμφιβολίες για

τη βιωσιμότητα του ελληνικού χρέους (Cerisier, 2017; International Monetary Fund 2017), το οποίο στο μέλλον θα χρειαστεί ελάφρυνση για να καταστεί βιώσιμο (Zettelmeyer et al., 2017).

Πίνακας 4: Η διακύμανση του ελληνικού χρέους και του ΑΕΠ την περίοδο 2008-2016

ΕΤΟΣ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΧΡΕΟΣ	264.7	301,0	330,5	356.2	305,0	320.5	319.7	311.	314.8
ΑΕΠ	241.9	237,5	225.5	206.9	191,1	180,6	177.9	175,6	175.8

Πηγή: Mavridis, (2018).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα (4), το δημόσιο χρέος έπειτα από οχτώ χρόνια λιτότητας και μεγάλων περικοπών στους μισθούς και στις κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκε κατά 50 δις ευρώ. Παράλληλα το 2012 παρατηρείται μία μεγάλη προσωρινή μείωση του χρέους η οποία οφείλεται στην αναδιάρθρωση που υλοποιήθηκε μέσω του PSI, η οποία αποτελεί τη μεγαλύτερη αναδιάρθρωση δημοσίου χρέους με ιδιωτικούς δανειστές στην ιστορία του ΟΟΣΑ (OECD 2016; Nelson et al., 2017). Έπειτα από τη συγκεκριμένη συμφωνία οι ιδιώτες δανειστές υπέστησαν ζημιές της τάξεως του 75%. Παράλληλα το ΑΕΠ έπειτα από το 2010 σημείωσε μεγάλη πτώση γεγονός που σημαίνει ότι το θετικό πλεόνασμα αποτελεί μία «ψευδαίσθηση» (Mavridis, 2018).

Επιπρόσθετα η πιστοληπτική ικανότητα των ελληνικών τραπεζών ήταν ιδιαίτερα χαμηλή με αποτέλεσμα να μην παρείχαν δάνεια στους ιδιώτες, εξαιτίας της ύπαρξης μη εξυπηρετούμενων κόκκινων δανείων. Το γεγονός αυτό σηματοδότησε την ανάγκη παροχής μεγάλων κεφαλαίων από την ελληνική κυβέρνηση τρεις φορές το 2013, το 2014 και το 2015 με τη μορφή της ανακεφαλαιοποίησης, προκειμένου να διασωθούν και να αποφύγουν την πτώχευση (Hardouvelis and Gkionis 2016). Η χαμηλή πιστοληπτική ικανότητα των τραπεζών την εποχή αυτή σχετίστηκε με τη «φούσκα» των ακινήτων και με την αδυναμία των ελλήνων πολιτών να αποπληρώσουν τα δάνειά τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι

ενώ ασκήθηκαν πιέσεις στις ελληνικές κυβερνήσεις να προχωρήσουν σε πλειστηριασμούς της πρώτης κατοικίας, εκείνες αρνήθηκαν να προχωρήσουν στην ψήφιση νομοσχεδίου που να τους επιτρέπει. Όμως τον Νοέμβριο του 2017 έγιναν οι πρώτοι ηλεκτρονικοί πλειστηριασμοί, ενώ το 2018 έγιναν 18 χιλ περίπου ηλεκτρονικοί πλειστηριασμοί κατοικιών εξαιτίας της αδυναμίας των ιδιοκτητών τους να αποπληρώσουν τα χρέη τους (Mavridis, 2018).

Ένα ακόμα πρόβλημα που είχαν να αντιμετωπίσουν οι κυβερνήσεις της Ελλάδας ήταν τα μεγάλα πρωτογενή πλεονάσματα που έπρεπε να επιτύχει η ελληνική οικονομία για αρκετά χρόνια, ώστε να μπορέσει να ξεπεράσει ολοκληρωτικά την κρίση (Eichengreen and Panizza, 2014; Weisbrot et al., 2015). Ως εκ τούτου οι έλληνες πολίτες αναγκάστηκαν να κάνουν πολλές θυσίες για πολλά χρόνια, καθώς η επίτευξη πρωτογενών πλεονασμάτων πάνω από το 4% του ΑΕΠ αρχής γενομένης από το 2016, αποτελεί ένα ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα (Mavridis, 2018).

Από την έναρξη της κρίσης οι ελληνικές κυβερνήσεις έλαβαν μία σειρά από μέτρα στοχεύοντας στην ανόρθωση της οικονομίας τα οποία είχαν ιδιαίτερα σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή των ελλήνων πολιτών. Τα μέτρα αυτά προωθούσαν ιδιαίτερα σκληρές μεταρρυθμίσεις σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Επιπρόσθετα, εστίαζαν σε διαφορετικούς τομείς όπως τις δημόσιες επενδύσεις, τη δημόσια διοίκηση, τη φορολογική πολιτική, την εργασιακή νομοθεσία, το τραπεζικό σύστημα, τον χώρο της παιδείας, της υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων (Christodoulakis, 2013; OECD, 2016). Απόρροια τούτου ήταν η μεγάλη πτώση του βιοτικού επιπέδου των ελλήνων πολιτών (Mavridis, 2018). Από το 2008 και έπειτα το ελληνικό ΑΕΠ μειώθηκε κατά 26%, το δημόσιο χρέος παραμένει σε υψηλά επίπεδα, οι φορολογικοί συντελεστές είναι ιδιαίτερα υψηλοί, γεγονός που σημαίνει ότι απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα για να επανέλθει η ελληνική οικονομία στα προ κρίσης επίπεδα (Papadimitriou et al., 2015; Hardouvelis and Gkionis 2016; OECD, 2016).

1.5.2 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον κοινωνικό ιστό

Αναμφίβολα η μεγάλη οικονομική κρίση εκτός από τα οικονομικά μεγέθη, επηρέασε σε σημαντικό βαθμό και τον κοινωνικό ιστό (Mavridis, 2018). Στην πραγματικότητα, οι συνέπειες των μέτρων ήταν καταστροφικές για την πραγματική οικονομία και για

τη ζωή των πολιτών. Για παράδειγμα υπήρξε μείωση του συνολικού κατά κεφαλήν εισοδήματος έως 25% από το 2008 έως το 2016 πίνακας (5).

Πίνακας 5: Η διακύμανση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ελλάδας κατά την περίοδο 2008-2016

ΕΤΟΣ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΕ ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΕΥΡΩ	21,8	21,4	20,3	18,6	17,3	16,5	16,3	16,2	16,3

Πηγή: Mavridis, (2018).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα (5) παρατηρείται μία συνεχής μείωση του εισοδήματος των ελλήνων πολιτών από την έναρξη της κρίσης. Ένα από τα πρώτα μέτρα που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις με στόχο την ανόρθωση της ελληνικής οικονομίας ήταν η μείωση του κατώτατου μισθού. Το 2011 ο κατώτατος μισθός μειώθηκε κατά περίπου 30% και έφτασε στα 511 ευρώ για τους εργαζόμενους κάτω των 25 ετών. Ένα από τα πρώτα μέτρα που λήφθηκαν την περίοδο μετά από την έναρξη της κρίσης ήταν η αύξηση του ΦΠΑ και μίας σειράς άλλων φόρων. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ η Ελλάδα ήταν η χώρα με τις μεγαλύτερες αυξήσεις στον ΦΠΑ από τα 35 κράτη μέλη του Οργανισμού. Ταυτόχρονα το ελληνικό δημόσιο προχώρησε σε μερική στάση πληρωμών προς τους προμηθευτές του δημόσιου τομέα. Επιπλέον, το κράτος σκόπιμα μείωσε τις εθνικές επενδύσεις και καθυστέρησε τις πληρωμές προς τους προμηθευτές του δημόσιου τομέα. Τον Μάρτιο του 2016 οι οφειλές του δημοσίου σε ιδιώτες προμηθευτές ανέρχονταν περίπου στα 6,67 δις ευρώ (Chrysopoulos, 2016). Όλες αυτές οι οικονομικές διαρθρωτικές κινήσεις όπως είναι φυσικό είχαν άμεσο αντίκτυπο και στις αποταμιεύσεις των ελλήνων πολιτών πίνακας (6). Από το 2009 οι τραπεζικές αποταμιεύσεις μειώθηκαν σχεδόν κατά το ήμισυ και

από 237,5 δισ. € το 2009, το 2106 έφτασαν τα 121,4 € (Kolasa-Sikiaridi, 2017; Vamvoukas 2017).

Πίνακας 6: Η διακύμανση των αποταμιεύσεων στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΤΡΑΠΕΖΙΚΕΣ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΕΥΡΩ	237,5	209,6	174,2	161,4	163,3	160,3	123,4	121.4

Πηγή: Mavridis, (2018)

Σύμφωνα με στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος το 2017, οι τραπεζικές αποταμιεύσεις των ελλήνων πολιτών έφτασαν στο χαμηλότερο επίπεδο από το 2001 και έπεσαν κάτω από τα 120 δισ ευρώ (Kolasa-Sikiaridi, 2017). Οι έλληνες πολίτες στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν το βιοτικό τους επίπεδο και ταυτόχρονα να ανταποκριθούν στις αυξημένες υποχρεώσεις τους προς το δημόσιο, αναγκάστηκαν να ξοδέψουν τις αποταμιεύσεις τους. Επιπλέον αρκετοί πολίτες απέσυραν τις αποταμιεύσεις τους από τις τράπεζες φοβούμενες μία πιθανή χρεοκοπία. Όμως η μείωση των τραπεζικών αποταμιεύσεων των ελληνικών τραπεζών δημιούργησε προβλήματα. Ακόμα, η εισαγωγή πρόσθετων ελέγχων στην κίνηση κεφαλαίων το 2015, περιόρισε τη διακίνηση του «μαύρου χρήματος» και τις επενδύσεις. Σύμφωνα με μελέτη του Ινστιτούτου Εφαρμοσμένων Οικονομικών Ερευνών του Πανεπιστημίου του Tübingen στη Γερμανία, η οποία δημοσιεύθηκε στο Forbes, η παραοικονομία στην Ελλάδα κατατάσσεται στην 1η θέση παγκοσμίως και ανέρχεται στο 21,5% του ΑΕΠ (McCarthy, 2017). Πρέπει δε να τονιστεί ότι οι προσπάθειες της ελληνικής κυβέρνησης να προσελκύσει εκ νέου τις αποταμιεύσεις των πολιτών στον τραπεζικό τομέα από το 2016 και έπειτα, δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Bitzenis et al., 2013).

Περίπου δέκα χρόνια μετά την κρίση, αρκετοί έλληνες πολίτες δεν μπορούν να αγοράσουν βασικά είδη διατροφής, ενώ πολλοί οδηγήθηκαν στην εξαθλίωση. Ανεξάρτητα από τη δράση πολλών δημόσιων και ιδιωτικών φορέων όπως ΜΚΟ, Εκκλησία, Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσφύγων, η κατάσταση ακόμα και στην πρωτεύουσα της χώρας είναι δραματική (Stamatis 2012; Arapoglou and Gounis 2015; OECD 2016). Επιπρόσθετα η ύφεση επηρέασε αρνητικά τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία των ελλήνων πολιτών, ακόμα και την πρόσβασή τους σε όλους τους τομείς της δημόσιας υγείας (Kentikelenis et al., 2014). Ακόμα, το εισόδημα των ελληνικών νοικοκυριών μειώθηκε δραματικά και αυξήθηκαν οι κοινωνικές ανισότητες (OECD 2016). Ειδικά μετά το την υπογραφή του τρίτου Μνημονίου που καθόρισε την εκ νέου αύξηση του ΦΠΑ, οι τιμές όλων των καταναλωτικών αγαθών, τα φάρμακα, τα καύσιμα κ.α. αυξήθηκαν δραματικά (Varoufakis, 2017). Επί παραδείγματι η Ελλάδα το 2017 είχε την 8^η υψηλότερη τιμή στα καύσιμα παγκοσμίως μετά τη Νορβηγία, το Χονγκ Κονγκ, την Ισλανδία, την Ολλανδία, το Μονακό, τη Δανία και την Ιταλία ως εκ τούτου, η οικονομική κρίση επέδρασε αρνητικά σε πολλούς τομείς της ελληνικής οικονομίας και κοινωνίας (Mavridis, 2018). Ειδικότερα το 35, 6% βρίσκεται στα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού πίνακας (7).

Πίνακας 7: Ποσοστό Ελλήνων πολιτών στα όρια της φτώχειας. 2009-2016 (Eurostat).

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΗΣ %	27,6	27,7	31	34,6	36,7	36	35,7	35,6

Πηγή: Mavridis, (2018).

Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Αρχής Eurostat, ο εν λόγω δείκτης αντιστοιχεί στο άθροισμα των ελλήνων πολιτών που διαβιούν με πολλές υλικές στερήσεις, ακόμα και σε βασικά καταναλωτικά αγαθά. Σύμφωνα με τα

στοιχεία του πίνακα (7) ένας στους τρεις έλληνες θεωρείται κοινωνικά αποκλεισμένος, ενώ το όριο της φτώχειας το 2008 αφορούσε εισοδήματα κάτω από 7219 ευρώ, ενώ το 2016 αφορούσε εισοδήματα κάτω από 5.297 ευρώ πίνακας (8) (Mavridis, 2018).

Πίνακας 8: Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας κατά άτομο. Eurostat 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΙΟ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ	7521	7559	6976	6038	5427	5166	5281	5297

Πηγή: Mavridis, (2018)

Το όριο της φτώχειας καθορίζεται ως το 60% του εθνικού μεσαίου ισοσκελισμένου διαθέσιμου εισοδήματος (μετά τις κοινωνικές μεταφορές). Δηλαδή όποιος έλληνας πολίτης το 2016 λάμβανε εισόδημα άνω των 5297 ευρώ, δεν θεωρείται ότι ανήκε κάτω από το όριο της φτώχειας. Επιπλέον η δυσμενής οικονομική κατάσταση επηρέασε το δείκτη ανεργίας και κυρίως τους νέους. Η ανεργία από το 2009 μέχρι το 2016 σχεδόν διπλασιάστηκε πίνακας (9) (Mavridis, 2018).

Πίνακας 9: Ανεργία στους νέους ηλικίας 15-24. Ιαν 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΕΠΙ %	25,9	30,3	38,4	52	59,9	57,1	50,5	51,9

Πηγή: Mavridis, (2018).

Το συνολικό ποσοστό ανεργίας του γενικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια 2008-2016 σχεδόν τριπλασιάστηκε 9,5 έως 23,6% το 2016 πίνακας (10) (Mavridis, 2018).

Πίνακας 10: Ποσοστό ανεργίας του γενικού πληθυσμού 2009-2016

ΕΤΟΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΕΠΙ %	9,5	12,7	17,9	24,5	27,5	26,5	24,9	23,6

Πηγή: Mavridis, (2018).

Παράλληλα η ευελιξία στην αγορά εργασίας δημιούργησε έντονη εργασιακή ανασφάλεια. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας, το 54.74% των νέων θέσεων εργασίας το 2016 δεν ήταν μόνιμες. Εάν και από το 2009 και έπειτα, ξεκίνησε η εφαρμογή ευέλικτων μορφών εργασίας, η απασχόληση στην Ελλάδα δεν αυξήθηκε, γεγονός που είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ανεργία (Karamanis and Hyz, 2014).

Η εξέλιξη της κρίσης πυροδότησε την αύξηση της ανεργίας, η οποία με τη σειρά της σηματοδότησε τη διαφυγή πολλών νέων, οι οποίοι ήταν καλά εκπαιδευμένοι στο εξωτερικό. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα κίνητρα τους ήταν αμιγώς οικονομικά (Marinakou et al. 2016; Tzionas 2017). Σύμφωνα με στοιχεία του μη κερδοσκοπικό διεθνή οργανισμό Endeavor, η διαρροή «εγκεφάλων» στην Ελλάδα το χρονικό διάστημα μεταξύ Ιανουαρίου 2008 και Ιουνίου 2016 ανέρχονταν σε 350.000 έως 427.000 άτομα (NGO Endeavor Greece, 2016), ενώ σύμφωνα με τον Chrysopoulos (2017), ο αριθμός υπολογίζεται περίπου σε 450.000 άτομα (Mavridis, 2018).

Επιπρόσθετα οι εξελίξεις αυτές επηρέασαν και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, καθώς μειώθηκαν οι ασφαλιστικές εισφορές, τόσο εξαιτίας της ανεργίας, όσο και εξαιτίας της μείωσης του πληθυσμού. Το 2008 οι νέοι ηλικίας 15 με 29 έτη στην Ελλάδα ανέρχονταν σε 2.154.668 άτομα, ενώ το 2016 σε 1.686.525 άτομα. Ταυτοχρόνως, μειώθηκε και ο γενικός πληθυσμός εξαιτίας της υπογεννητικότητας. Το 2008 οι πολίτες κάτω των 15 ετών ήταν 1.618.586 άτομα, ενώ το 2016 ήταν 1.556.763 άτομα (Mavridis, 2018). Δυστυχώς, οι νέες οικογένειες δεν μπορούν να αντέξουν τη γέννηση ενός παιδιού από άποψη κόστους. Επίσης κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης αυξήθηκε δραματικά ο αριθμός των αυτοκτονιών και της παιδικής θνησιμότητας. Την περίοδο 2009 έως 2016, το ποσοστό γεννήσεων στην

Ελλάδα ελαττώθηκε κατά 3,9%, ενώ το ποσοστό της παιδικής θνησιμότητας αυξήθηκε κατά 26% (Filipeos 2017). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι η υπογεννητικότητα επηρεάζει αρνητικά και τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος, η οποία επηρεάστηκε και από την αύξηση της ανεργίας και τη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών (Mavridis, 2018).

Ακόμα η οικονομική κρίση άσκησε έντονη επίδραση και στην αύξηση του αριθμού των αστέγων. Σύμφωνα με στοιχεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων όπως η FEANTSA, η Praxis και η Klimaka ο αριθμός των αστέγων το 2009 ήταν 11 χιλιάδες άτομα, ενώ το 2016 ανήλθε στα 40 χιλιάδες άτομα (Mavridis, 2018). Η συνολική κατάσταση επιδεινώθηκε ακόμα περισσότερο μετά από την κατάργηση του επιδόματος στέγασης το 2012. Σύμφωνα με στοιχεία της MKO Praxis, το 2012 στην Αθήνα υπήρχαν 11 χιλιάδες άστεγοι και μετανάστες (Stamatis, 2012), ενώ το 2017 οι άστεγοι αυξήθηκαν σε 70 χιλιάδες (FEANTSA, 2017). Το 71% των αστέγων της ελληνικής πρωτεύουσας έμεινε άστεγο τα χρόνια της κρίσης, καθώς αδυνατούσαν να ανταπεξέλθουν στις φορολογικές και δανειακές τους υποχρεώσεις προς το τραπεζικό σύστημα. Ένα ακόμα στοιχείο που συνετέλεσε στην αύξηση των αστέγων ήταν η αύξηση των ηλεκτρονικών πλειστηριασμών της πρώτης κατοικίας. Τέλος σύμφωνα με στοιχεία της Εκκλησίας της Ελλάδας περίπου 500 χιλιάδες έλληνες σε καθημερινή βάση καλύπτουν τις διατροφικές τους ανάγκες από σα συσσίτια της Εκκλησίας της Ελλάδας (Mavridis, 2018; Slatou, 2016).

Τέλος, έπειτα από την επιβολή των διαρθρωτικών μέτρων τα χρέη προς τις κρατικές φορολογικές υπηρεσίες στην Ελλάδα τριπλασιάστηκαν, αγγίζοντας τα 95 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Ανεξάρτητης Αρχής Δημόσιων Εσόδων τον Οκτώβριο του 2017 τα φορολογικά χρέη προς το δημόσιο ξεπερνούσαν τα 99 δισεκατομμύρια. Επίσης το 2016 ο συνολικός αριθμός των φορολογουμένων άγγιξε τους 4.146.483 και στους 839.056 επιβλήθηκαν κατασχέσεις και πλειστηριασμοί, λόγω αδυναμίας να τηρήσουν τις δανειακές τους υποχρεώσεις. Επιπλέον αρκετοί έλληνες πολίτες είναι υπερχρεωμένοι, ενώ εντοπίζονται και αρκετά «κόκκινα» δάνεια των πολιτών προς τον τραπεζικό τομέα και υψηλά χρέη προς τις τράπεζες, από δημόσιους οργανισμούς (Panagoroulos 2017). Αναμφίβολα, η ελληνική οικονομική κρίση έπληξε έντονα και τους τομείς του κοινωνικού κράτους όπως την υγεία, την παιδεία και την άμυνα της χώρας (Mavridis, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός συστήματος υγείας

Το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι η οργανωμένη απάντηση μιας κοινωνίας στα προβλήματα υγειονομικής φύσεως που δημιουργούνται (Σούλης κ.α. 2001; Ginter, 2018). Οι διάφορες χώρες παρουσιάζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις σε σχέση με το επίπεδο εισοδήματος και ανάπτυξης, αλλά και στην ανάπτυξη και εξειδίκευση του εργατικού τους δυναμικού, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ποικιλομορφία στα προβλήματα υγείας του πληθυσμού τους (WHO, 2018). Γι τον λόγο αυτό, οργανώνουν με διαφορετικό τρόπο συστήματα υγείας τα οποία παρουσιάζουν διαφορές που σχετίζονται με τον τρόπο χρηματοδότησής τους, με τον τρόπο οργάνωσής τους, με τον τρόπο λειτουργίας τους, καθώς και με τον προγραμματισμό και τον συντονισμό τους (Stoimenova, Stoilova & Petrova, 2014). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ενός συστήματος υγείας εκφράζεται από την υγειονομική κάλυψη των πολιτών, από την πρόσβαση που τους παρέχει, από την ισότητα, από το βαθμό χρηματοδότησής του, από την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του (Doncho et al., 2013). Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας μπορεί να υλοποιηθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό, από ιδιωτικούς φορείς ή και από τους δυο προαναφερθέντες χρηματοδότες (Bahadori et al., 2018).

2.2 Οι κύριες λειτουργίες των συστημάτων υγείας

Οι βασικές λειτουργίες ενός συστήματος υγείας είναι (Doncho et al., 2013):

- Η παροχή υπηρεσιών υγείας, η προστασία της δημόσιας υγείας, η πρόληψη, η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, η έρευνα
- Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας (κινητοποίηση και κατανομή πόρων)

- Η δημιουργία υγειονομικών πόρων όπως δομών υγείας, η παραγωγή και διανομή φαρμακευτικών σκευασμάτων, η συντήρηση των κτιριακών εγκαταστάσεων, των υποδομών και του εξοπλισμού
- Η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται
- Η έρευνα και ανάπτυξη τεχνολογιών και καινοτόμων προϊόντων
- Ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Η διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εκπόνησης προγραμμάτων, μέσω της χάραξης και υλοποίησης πολιτικών υγείας και μέσω του συντονισμού της δράσεων με διάφορους φορείς

2.3 Οι βασικές κατηγορίες συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας χωρίζονται σε διάφορες κατηγορίες βάσει του τρόπου που χρηματοδοτούνται και του τρόπου που παράγουν τις υπηρεσίες υγείας. Οι πιο βασικές κατηγορίες συστημάτων υγείας είναι (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας 2007; Τσιότρας, 2016):

- Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας
- Το σύστημα υγείας Τύπου Bismarck
- Το σύστημα υγείας Τύπου Beveridge
- Το μεικτό σύστημα υγείας

Φιλελεύθερο σύστημα υγείας καλείται το σύστημα εκείνο το οποίο δίνει έμφαση στον μηχανισμό της αγοράς. Στο εν λόγω σύστημα υγείας το κράτος καθορίζει βάσει κανόνων το θεσμικό πλαίσιο δημιουργίας του, λειτουργίας, αλλά και τον τρόπο που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας στους πολίτες της εκάστοτε χώρας. Κύριες χρηματοδοτικές πηγές του είναι η ιδιωτική ασφάλιση, καθώς και ο κρατικός προϋπολογισμός, για τις δαπάνες υγείας που αφορούν τις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, όπως τους ανέργους, τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες κ.α.. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα φιλελεύθερου συστήματος υγείας αποτελεί το σύστημα υγείας των ΗΠΑ (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Το σύστημα υγείας τύπου Bismarck είναι μία από τους τρεις πιο βασικούς τύπους συστημάτων υγείας. Το συγκεκριμένο σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τα

ασφαλιστικά ταμεία ανάλογα με τις εισφορές τόσο των εργοδοτών, όσο και των ασφαλισμένων (Υφαντόπουλος, 2005). Εκτός από το σύστημα υγείας τύπου Bismarck, μία ακόμα ιδιαίτερη κατηγορία συστήματος υγείας είναι το σύστημα υγείας τύπου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Μεγάλης Βρετανίας, αποτελεί το πιο αντιπροσωπευτικό σύστημα υγείας της συγκεκριμένης κατηγορίας. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συγκεκριμένου συστήματος υγείας είναι η ο προϋπολογισμός της γενικής κυβέρνησης, μέσω της φορολογίας των πολιτών. Ο συγκεκριμένος τύπος συστήματος υγείας δεν αποκλείει τους πολίτες από την πρόσβαση σε αυτές, παρέχοντας σε όλους ισότιμη πρόσβαση και το κύριο πλεονέκτημά του είναι ο προσανατολισμός του στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Από την άλλη πλευρά ο συγκεκριμένος τύπος συστήματος υγείας παρουσιάζει μία εγγενή αδυναμία που συνδέεται με αλόγιστη σπατάλη πόρων, τόσο από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, όσο και από τους ασθενείς, μέσω της αλόγιστης ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Στο μεικτό σύστημα υγείας η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας υλοποιείται με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αφορά τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και ο δεύτερος τρόπος τους πόρους που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007; Doncho et al., 2013). Στον πίνακα (11) παρουσιάζονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των τριών κύριων τύπων συστημάτων υγείας.

Πίνακας 11: Τα κύρια μοντέλα συστημάτων υγείας

Μοντέλο Συστήματος Υγείας	Πηγές χρηματοδότησης	Κύρια Χαρακτηριστικά	Φορείς παροχής Υπηρεσιών
Μοντέλο Beveridge (Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Νορβηγία, Φινλανδία, Δανία, Σουηδία, Ισλανδία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Καναδάς, Αυστραλία Νέα Ζηλανδία)	Φορολογία (Κράτος Προϋπολογισμός) Δεν σχετίζεται με το εισόδημα	-Καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη -όλοι οι πολίτες με βάση την αναμονή -Πλήρης κάλυψη με βασικά οφέλη για την υγεία - Ισχυροί έλεγχοι από το Υπουργείο υγείας και χρηματοδότηση	Δημόσιο: - Κυρίως δημόσιοι πάροχοι - Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι αυτοαπασχολούμενοι - Γενικοί ιατροί -Πύλη εισόδου η ΠΦΥ

		- Η γραφειοκρατία, η χαμηλή χρηματοδότηση, Ξ ακαμψία	
Μοντέλο Bismark (Γερμανία, Ολλανδία, Βέλγιο, Γαλλία, Αυστρία, Ελβετία, Ισραήλ, Ιαπωνία, CSEE και Χώρες της FSU	Υποχρεωτικός ασφάλεια υγείας, προορίζονται τα ασφάλιστρα που καταβλήθηκαν από την εργοδότες και υπαλλήλους Που σχετίζονται με εισόδημα	- Υγειονομική περίθαλψη ως εγγυημένη, Κάλυψη 60-80% στις βασικές υπηρεσίες υγείας - Ενδιάμεσος ρόλος του κράτους ως ρυθμιστής του συστήματος - φιλικό προς τον ασθενή -επαγγελματική αυτονομία - συγκεκριμένους προϋπολογισμούς - Το υψηλό κόστος είναι δύσκολο να ελεγχθεί	Δημόσιο και ιδιωτικό προμηθευτές με δεσπόζουσα θέση κοινωνική ιδιοκτησία
Δωρεάν ιδιωτική αγορά ασφαλιστικό μοντέλο (ΗΠΑ)	Ιδιωτική ασφάλιση	-Η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται εμπόρευμα - Αδύναμος κρατικός έλεγχος - Οι πάροχοι είναι ιδιώτες επιχειρηματίες	- Κυρίως ιδιωτικοί πάροχοι με αυτονομία - Διαχείριση της περίθαλψης

Πηγή: (Doncho et al., 2013)

2.4 Τα επίπεδα οργάνωσης των συστημάτων υγείας

Όλα τα μοντέλα των συστημάτων υγείας παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Οι διαφοροποιήσεις τους συνδέονται με τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησή τους, αλλά και με τα πολιτιστικά, κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά των επιμέρους χωρών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό

Υγείας (ΠΟΥ) (2018), τα συστήματα υγείας των διαφόρων κρατών αντικατοπτρίζουν τις ιδιαίτερες αξίες και τα χαρακτηριστικά των κοινωνιών των κρατών αυτών. Συνεπώς παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ως προς την προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη. Επί παραδείγματι σε κάποια κράτη η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται ένα βασικό κοινωνικό αγαθό και για το λόγο αυτό πρέπει να παρέχεται δωρεάν σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και τα επιμέρους ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Από την άλλη πλευρά άλλα κράτη αντιλαμβάνονται την υγειονομική περίθαλψη ως εμπόρευμα. Ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις αυτές παρουσιάζουν κάποιες ομοιότητες. Όλα τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν τρία επίπεδα οργάνωσης που καθορίζονται από το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετούν και το είδος των υγειονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν (Doncho et al., 2013).

2.4.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στο πρώτο επίπεδο φροντίδας κάθε υγειονομικού συστήματος βρίσκεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία παρέχεται στους περιπατητικούς ασθενείς και η οποία είναι η πρώτη επαφή των ασθενών με το σύστημα υγείας μίας χώρας. Η ΠΦΥ παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, από νοσηλευτικό και άλλους επαγγελματίες του χώρου της υγείας, όπως φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, κ.α. Η ΠΦΥ συνδέεται με την αποκατάσταση των ασθενειών, με την πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Στόχος της ΠΦΥ είναι η αντιμετώπιση του 85% των υγειονομικών προβλημάτων και απευθύνεται σε 10-50 χιλιάδες πολιτών κάθε κοινότητας. Εάν κάποιο υγειονομικό πρόβλημα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί στην ΠΦΥ τότε οι επαγγελματίες των δομών της, παραπέμπουν τους ασθενείς σε ανώτερα επίπεδα του υγειονομικού συστήματος (Doncho et al., 2013).

2.4.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στο εν λόγω επίπεδο η φροντίδα παρέχεται από τους ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όπως γενικούς ιατρούς, γυναικολόγους, ψυχιάτρους και συνδέεται με την αντιμετώπιση πιο σύνθετων υγειονομικών προβλημάτων, τα οποία οι γενικοί ιατροί της ΠΦΥ δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν. Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

παρέχεται από επαρχιακά νοσηλευτικά ιδρύματα και ο πληθυσμός ευθύνης της είναι 100-500 χιλιάδες κατοίκους. Οι ασθενείς από την ΠΦΥ κατευθύνονται από τους γενικούς ιατρούς στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, μέσω παραπομπής (Doncho et al., 2013).

2.4.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η συγκεκριμένη φροντίδα παρέχεται από τα μεγάλα νοσοκομεία κάθε υγειονομικού συστήματος και από μία σειρά ειδικά καταρτισμένων επαγγελματιών υγείας και από διάφορες εξειδικευμένες ειδικότητες ιατρικού προσωπικού. Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας απευθύνεται σε πληθυσμό ευθύνης 500 χιλιάδων με 5 εκατομμυρίων πολιτών. Ο ΠΟΥ συστήνει στα διάφορα κράτη να οργανώσουν αποτελεσματικά αποκεντρωμένα συστήματα υγείας τα οποία θα δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην αποτελεσματική ανάπτυξη της ΠΦΥ και τα υπόλοιπα επίπεδα να χρησιμοποιούνται μόνο σε περιπτώσεις που τα προβλήματα υγείας των πολιτών δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στην ΠΦΥ (Doncho et al., 2013).

2.6 Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ΕΣΥ στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1983 έπειτα από την ψήφιση του νόμου Ν. 1397/83. Σύμφωνα με το περιεχόμενο των άρθρων του εν λόγω νομοσχεδίου η υγεία στην Ελλάδα θεωρείται κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες, υπό την ευθύνη του ελληνικού δημοσίου (Γεωργακόπουλος, 2014). Παράλληλα, στόχος του ΕΣΥ ήταν η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών, ο περιορισμός των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, η αποκέντρωση των δομών και των υπηρεσιών υγείας του δημοσίου, ο καλύτερος προγραμματισμός των πολιτικών υγείας, η προώθηση της πρόληψης μέσω της δημιουργίας ενός αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ και η ορθολογικότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Τούντας, 2016). Οι σημαντικότερες αρχές και κατευθύνσεις του ΕΣΥ από την ίδρυσή του ήταν (Τσιότρας, 2016):

- Η παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους πολίτες της χώρας

- Η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης
- Η δραστική μείωση της ιδιωτικής δαπάνης στην υγεία
- Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Η εκπόνηση προγραμμάτων που προάγουν τη δημόσια υγεία και την πρόληψη
- κάλυψη σε υγειονομική φροντίδα του συνόλου του πληθυσμού.
- Η εξασφάλιση ισότητας στην πρόσβαση και ισοτιμίας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Το ΕΣΥ αποτελεί ένα σύστημα υγείας με «μεικτά χαρακτηριστικά» (Οικονόμου, 2012), σε ότι συνδέεται με τη χρηματοδότησή του, αλλά και σε ότι συνδέεται με τον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας (Ρεκλείτη κ.α., 2015). Το ΕΣΥ αποτελεί έναν συνδυασμό εθνικού συστήματος υγείας, συστήματος υγείας που χρηματοδοτείται από τους ασφαλιστικούς φορείς, συστήματος ασφάλειας με συμβόλαια και ασφαλιστικού συστήματος με αποζημίωση. Παράλληλα αποτελεί έναν συγκερασμό υπηρεσιών υγείας που παρέχονται τόσο από ιδιωτικούς, όσο και από δημόσιους φορείς (Σταυράκη, και Αθανασιάδης, 2017, σ. 8). Το ΕΣΥ από την πλευρά της προσφοράς ακολουθεί τα πρότυπα του μοντέλου Beveridge, καθώς η φροντίδα παρέχεται από τα νοσηλευτικά ιδρύματά του και από περιφερειακές δομές, ενώ από την πλευρά της ζήτησης παρουσιάζει χαρακτηριστικά του μοντέλου Bismarck, καθώς η χρηματοδότηση ιδιαίτερα μέχρι τη δημιουργία του ΕΟΠΠΥ, υλοποιούνταν από τους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς (Οικονόμου, 2012).

2.7 Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Οι βασικοί τρόποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι δύο. Ο πρώτος βασίζεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας από τα νοσηλευτικά ιδρύματα στους πολίτες όταν εκείνοι την έχουν ανάγκη και έπειτα από λήξη της νοσηλείας τα νοσηλευτικά ιδρύματα αποζημιώνονται και ο δεύτερος τρόπος συνδέεται με μία προκαταβολική αποζημίωση των νοσοκομείων για τις υπηρεσίες υγείας που θα παράσχουν μελλοντικά. Κύριοι στόχοι της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι οι ακόλουθοι (Δημογόροντας, κ.α. 2017):

- Η κάλυψη των οικονομικών κινδύνων
- Η αποτελεσματική και απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος υγείας
- Η κατανομή με δίκαιο τρόπο των αναγκαίων πόρων
- Η προώθηση της διαφάνειας και της λογοδοσίας
- Η επίτευξη υψηλής αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας

Τα ελληνικά νοσοκομειακά ιδρύματα χρηματοδοτούνται από τους ασφαλιστικούς φορείς και τον κρατικό προϋπολογισμό (Δημογέροντας, κ.α. 2017). Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα υλοποιείται με αναδρομικό τρόπο και στηρίζεται στο ημερήσιο νοσήλιο. Η πληρωμή των νοσηλίων υλοποιείται από τους ασφαλιστικούς φορείς, είτε από τους ίδιους τους ασθενείς. Σύμφωνα με επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες, ο εν λόγω τρόπος χρηματοδότησης ενισχύει την αύξηση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε αύξηση του πληθωρισμού, ενώ ταυτόχρονα δεν παρέχει κανένα κίνητρο στους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μειώνεται η διάρκεια νοσηλείας και ως εκ τούτου το κόστος νοσηλείας. Επιπλέον η αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομειακών δομών όταν δεν ελέγχεται από έναν αποτελεσματικό μηχανισμό και με συνδυαστεί με το χαμηλό επίπεδο της παρεχόμενης από τα νοσηλευτικά ιδρύματα φροντίδας, τότε προκαλείται η εμφάνιση των άτυπων πληρωμών, της παραοικονομίας και η προκλητή ζήτηση (Χατζηπουλίδης 2004).

2.8 Η κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας πριν από την έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης παρουσίαζε μία σειρά αδυναμιών και παθογενειών (Peritogiannis et.al., 2016). Τα κυριότερα από τα προβλήματα αυτά συνδέονταν με την κακοδιαχείριση των διαθέσιμων πόρων και την υποστελέχωση των δομών του ΕΣΥ (Abellanoza, Provenzano- Hass & Gatchel, 2018). Ακόμα το ΕΣΥ και ιδιαίτερα οι δομές τους διαχρονικά υποχρηματοδοτούνταν από τις ελληνικές κυβερνήσεις, με αποτέλεσμα η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας να παραμένει ακόμα και σήμερα σε χαμηλά επίπεδα (Τσιότρας, 2016). Σύμφωνα με τον Τσιότρα (2016) τα κυριότερα αρνητικά

χαρακτηριστικά και οι αδυναμίες που παρουσίαζε το ΕΣΥ πριν από την έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης ήταν (Τσιότρας, 2016. σ.493):

- Η υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας
- Η απουσία ενός κεντρικά σχεδιασμένου προγράμματος με στόχο την καλύτερη διαχείριση των μακροοικονομικών μεγεθών του συστήματος υγείας
- Η απουσία ενός καλού μικροοικονομικού σχεδιασμού και ελέγχου του τρόπου λειτουργίας των νοσοκομειακών δομών από τις Διοικήσεις τους
- Η υποστελέχωση των δομών της ΠΦΥ
- Η απουσία αποτελεσματικής διασύνδεσης ανάμεσα στην ΠΦΥ και στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Οι κοινωνικές ανισότητες και η απουσία αποκεντρωτικών χαρακτηριστικών
- Η υποστελέχωση των δομών της ΠΦΥ σε οικογενειακούς ιατρούς
- Ο τρόπος που διατίθενται οι πόροι στα νοσηλευτικά ιδρύματα
- Οι γεωγραφικές ανισότητες

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία συνεχώς αυξανόμενη τάση των δαπανών υγείας σε όλα τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Στην ίδια κατάσταση βρίσκονταν και το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, καθώς παρατηρούνταν μία αύξηση των δαπανών υγείας. Υπό το πρίσμα αυτό, η έναρξη της κρίσης και η μείωση των προϋπολογισμών του συστήματος υγείας, δημιούργησε ακόμα περισσότερα προβλήματα στο ελληνικό σύστημα υγείας και όξυνε σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τα ήδη υπάρχοντα (Zavras et al., 2016), με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν επιπρόσθετα βάρη στα ήδη υπερχρεωμένα ελληνικά νοικοκυριά (OECD, 2016). Εν κατακλείδι πρέπει να αναφερθεί ότι μία από τις σημαντικότερες αδυναμίες του ΕΣΥ πριν την έναρξη της κρίσης και για αρκετά χρόνια πριν από τη δημιουργία του ΕΣΥ ήταν, η απουσία ενός καλά οργανωμένου συστήματος ΠΦΥ (Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας

Τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα τα Εθνικά Συστήματα Υγείας αρκετών χωρών παγκοσμίως, έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), στοχεύοντας να την καταστήσουν πυλώνα τόσο της προαγωγής υγείας όσο και της ποιότητας της παρεχόμενης προς τους ασθενείς φροντίδας (Καδδά και συν., 2010). Οι βάσεις για τη θεμελίωση της ΠΦΥ τέθηκαν με τη Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι 134 κρατών και οι οποίοι ψήφισαν και υιοθέτησαν την στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000». Οι βασικές κατευθύνσεις της εν λόγω στρατηγικής ήταν η καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, η ικανοποίηση των συνεχώς διευρυμένων αναγκών υγείας των πολιτών όλων των χωρών του κόσμου, αλλά και η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους πολίτες μέσω της πρόσληψης, της αναδιοργάνωσης των συστημάτων υγείας και της συμμετοχής της κοινότητας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012; Ματθαίος και Ριχάρδος, 2016). Για την επίτευξη των ανωτέρω αρχών η ΠΦΥ ορίστηκε ως το κύριο και το πλέον αποτελεσματικό μέσο. Η θεμελιώδης αρχή γύρω από την οποία αναπτύσσεται ένα σύστημα ΠΦΥ είναι η καθολική και συνεχής κάλυψη των υγειονομικών αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από τα εθνοφυλετικά, θρησκευτικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

3.2 Ο ρόλος και οι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ΠΦΥ ουσιαστικά αποτελεί το πρώτο σημείο αναφοράς στο οποίο οι πολίτες έρχονται σε επαφή με το εκάστοτε υγειονομικό σύστημα και λειτουργεί ως ένα «φίλτρο» που αξιολογεί τη βαρύτητα των περιστατικών. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας (2017, σσ. 1) ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

«νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του».

Ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης η ΠΦΥ επιλύει το υγειονομικό πρόβλημα των ασθενών που προσφεύγουν στις δομές της εάν αυτό είναι εφικτό, ειδάλλως τα προωθεί σε κάποια νοσοκομειακή δομή για περαιτέρω διερεύνηση και νοσηλεία φροντίδα (Βραχάτης, και Παπαδόπουλος, 2012). Επιπλέον η ΠΦΥ περιλαμβάνει όλες εκείνες τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση κάθε προβλήματος υγείας πλησίον του τόπου εργασίας και διαμονής των πολιτών. Στόχος της ΠΦΥ είναι να παρέχει πρόληψη και φροντίδα στους ασθενείς που την έχουν ανάγκη, αξιοποιώντας το σύνολο των δομών και των θεσμών της, αλλά και η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και κατ' οίκον νοσηλείας στους ασθενείς, έπειτα από την οξεία φάση ενός υγειονομικού προβλήματος που εκείνοι αντιμετώπισαν. Παράλληλα, στόχος της ΠΦΥ είναι η αγωγή και προαγωγή της δημόσιας υγείας, μέσα από ένα σύνολο συντονισμένων και διατομεακών δράσεων (Ματθαίος και Ριχάρδος, 2016). Ωστόσο κεντρικός άξονας των προσπαθειών της ΠΦΥ είναι η πρόληψη, καθώς η έλλειψή της σηματοδοτεί μία σειρά αρνητικών για την υγεία των πολιτών εξελίξεων και συνεπειών και δημιουργεί πρόσθετα βάρη για τα υγειονομικά και ασφαλιστικά συστήματα των διαφόρων χωρών (Καδδά και συν., 2010).

Η σύγχρονη προσέγγιση των οικονομικών στον χώρο της υγείας επισημαίνουν τον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο της ΠΦΥ στην εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων υγείας και συνδέουν ένα στρατηγικά σχεδιασμένο σύστημα ΠΦΥ με μειωμένες δαπάνες, με υψηλό επίπεδο φροντίδας, με αυξημένη ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας που απολαμβάνουν, με χαμηλότερη κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων κ.α. (Boerma et al., 2015). Με βάσει τα τελευταία στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) που συνδέονται με τη στρατηγική «Υγεία 2020» σε συνδυασμό με την μεγάλη οικονομική κρίση που αντιμετωπίζουν πολλές χώρες παγκοσμίως, η ΠΦΥ αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα

για τη χάραξη πολιτικών υγείας για τις χώρες αυτές και ιδιαίτερα για την Ελλάδα (WHO, 2015).

Στο σημείο αυτό είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι ο τρόπος πρόσβασης των πολιτών κάθε χώρας στις δομές ΠΦΥ, διαφέρει και συνδέεται με μία σειρά διαφορετικών παραγόντων ο σημαντικότερος από τους οποίους είναι το κοινωνικοοικονομικό της επίπεδο (Boerma, 2006). Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την αποτελεσματικότητα ενός συστήματος ΠΦΥ διαδραματίζει η εκτίμηση των αναγκών των πολιτών της χώρας, καθώς παρέχει τη δυνατότητα αναγνώρισης και εντοπισμού του μεγέθους των υγειονομικών αναγκών των πολιτών, αλλά και της ιεράρχησης αυτών, ώστε μέσω της πρώιμης παρέμβασης να βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης στους πολίτες φροντίδα και να μειώσουν τη νοσηρότητα. Εν κατακλείδι, η έγκαιρη και αποτελεσματική εκτίμηση των αναγκών των πολιτών θα δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για την επαρκή και αποτελεσματική ενημέρωσή τους, η οποία κατέχει βαρύνουσα σημασία θέσης στη φιλοσοφία λειτουργίας της ΠΦΥ (Καδδά και συν., 2010). Εάν και έχουν αναληφθεί σημαντικές πρωτοβουλίες παγκοσμίως για τη βελτίωση της παρεχόμενης ΠΦΥ, εντούτοις επιστημονικές μελέτες έχουν αναδείξει τις αδυναμίες ακόμα και των υγειονομικών συστημάτων των πλέον ανεπτυγμένων χωρών να παρέχουν στους πολίτες τους υψηλού επιπέδου πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Καδδά και συν., 2010).

3.3 Τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Όπως έχει αναφερθεί ένα οργανωμένο σύστημα ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει στη μείωση του αριθμού των ασθενών που απευθύνονται στα νοσοκομειακά ιδρύματα, ελαττώνοντας με τον τρόπο αυτό τη ζήτηση εξειδικευμένων υπηρεσιών που παρέχονται από εκείνα, αλλά και περιορίζει τις δαπάνες υγείας (Godager et al, 2012; Χριστοδούλου, 2017). Οι τρόποι με τους οποίους η ΠΦΥ μπορεί να συμβάλει σε αυτή την προσπάθεια η πρόληψη και η προαγωγή της δημόσιας υγείας, αλλά και μέσω της παροχής συνδυασμένης και συντονισμένης φροντίδας η οποία εδράζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και μεθόδους (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). O Atun Rifat (2004) σε μελέτη του υποστηρίζει ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ΠΦΥ

από ένα σύστημα υγείας ελαττώνει τη θνησιμότητα από διάφορες αιτίες, όπως ατυχήματα ή διάφορες παθήσεις και παρέχει στήριξη στα μακροοικονομικά και μικροοικονομικά μεγέθη ενός συστήματος υγείας. Ακόμα οι υψηλού επιπέδου υπηρεσίες ΠΦΥ αυξάνουν την ικανοποίηση των πολιτών ενός κράτους, από τις υπηρεσίες υγείας που απολαμβάνουν, ενώ μετατρέπουν ένα σύστημα υγείας σε δικαιότερο, καθώς βελτιώνουν την προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και ελαττώνουν τις κοινωνικές ανισότητες στον χώρο της υγείας (Adamakidou and Kalokerinou, 2010).

Εκτός από αυτό η εφαρμογή του θεσμού των Γενικών Ιατρών ελαττώνει τις δαπάνες υγείας χωρίς όμως να ασκεί αρνητική επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Ειδικότερα οι Γενικοί γιατροί είναι αυτοί που κατευθύνουν τους ασθενείς σε όλη την αρχική τους πορεία από τη στιγμή που θα προσφύγουν στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και για το λόγο αυτό διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στον τρόπο λειτουργίας της και στην αποτελεσματικότητά της (Λιαρόπουλος, 2007) και μειώνουν το κόστος και τις δαπάνες υγείας (Tsirintani et al., 2010).

Ωστόσο τα ιδιαίτερα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της ΠΦΥ είναι η γεωγραφική κάλυψη, η μακροζωία, ο προσανατολισμός στην κοινότητα, η βελτίωση της ποιότητας υγείας του πληθυσμού (Souliotis and Lionis, 2005), ενώ η δομή του συστήματος ΠΦΥ κάθε χώρας εξαρτάται από τα ιδιαίτερα πολιτιστικά, πολιτισμικά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Στηριζόμενος κανείς στο περιεχόμενο της διακήρυξης της Alma-Ata οδηγείται στο συμπέρασμα ότι, για να είναι αποτελεσματικό ένα σύστημα ΠΦΥ πρέπει να κινείται στους εξής κατευθυντήριους άξονες (Καδδά και συν., 2010):

- Να είναι εύκολα προσβάσιμο για το σύνολο των μελών της κοινότητας
- Να διευκολύνει την ενεργό συμμετοχή των μελών της κοινότητας στον σχεδιασμό και τον τρόπο λειτουργίας του συνόλου των επιμέρους υπηρεσιών του
- Να προωθεί με αποτελεσματικό τρόπο την προαγωγή της δημόσιας υγείας
- Να εφαρμόζει σύγχρονες διαγνωστικές, επιστημονικές και τεχνολογικές μεθόδους που συνδέονται με την νοσηλεία των μελών της κοινότητας, οι οποίες θα προσαρμόζονται στις ανάγκες των μελών της

- Να συνεργάζεται με αποτελεσματικό τρόπο με διάφορους άλλους κρατικούς τομείς όπως την εκπαίδευση, τη δημόσια διοίκηση, τις υπηρεσίες του δήμου, στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου υγείας των μελών της κοινότητας.

3.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη πριν την έναρξη της κρίσης

Στα αναπτυγμένα κράτη της Δυτικής Ευρώπης παρατηρούνται διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικά με την ανάπτυξη της ΠΦΥ (Boerma, 2006). Στα περισσότερα από τα κράτη αυτά κεντρικό άξονα της όλης προσπάθειας διαδραματίζει ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, όπως ξεκίνησε να εφαρμόζεται πριν από τρεις δεκαετίες στη Μεγάλη Βρετανία, ο οποίος αποτελεί και το πρώτο σημείο επαφής ανάμεσα στους ασθενείς και το εκάστοτε υγειονομικό σύστημα (Λιαρόπουλος, 2007). Ο οικογενειακός γιατρός υποχρεούται να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς σε όλη τη διάρκεια του 24ωρου ακόμα και στην οικεία τους και είναι επιφορτισμένος με δράσεις που συνδέονται με την περίθαλψη και την αποκατάσταση ενός υγειονομικού προβλήματος. Παράλληλα, στο σύστημα ΠΦΥ των συγκεκριμένων χωρών δραστηριοποιούνται και μία σειρά άλλων επαγγελματιών υγείας όπως νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι, φαρμακοποιοί και ορισμένες άλλες ειδικότητες και (Boerma, 2006). Ο τρόπος χρηματοδότησης της ΠΦΥ των χωρών αυτών διαφοροποιείται, εάν και τα τελευταία δέκα χρόνια πριν την έναρξη της κρίσης παρατηρήθηκε μία μείωση των δαπανών των περισσότερων χωρών στη ΔΦΥ, η οποία όμως δεν συνοδεύτηκε με αύξηση των δαπανών στην ΠΦΥ, με την εισαγωγή των αντίστοιχων αλλαγών. Η Ελλάδα πριν την έναρξη της κρίσης υστερούσε σε σημαντικό βαθμό στον τρόπο ανάπτυξης του συστήματος ΠΦΥ της, ακόμα και σε σύγκριση με χώρες οι οποίες διέθεταν αντίστοιχα με τη χώρα, επίπεδα οικονομικής ανάπτυξης (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Ειδικότερα, στη Σουηδία με τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας που έλαβε χώρα τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990 οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας συγκεντρώθηκαν στα μεγάλα νοσοκομεία και τα μικρά νοσοκομεία έλαβαν τον χαρακτήρα μικρών κοινοτικών δομών ΠΦΥ. Στις δομές αυτές υπάρχει η δυνατότητα

παροχής βραχείας νοσηλείας και διενέργειας μικρών χειρουργικών επεμβάσεων. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι στελεχώνονται από τέσσερις γενικούς ιατρούς. Στις εν λόγω δομές η χρηματοδότηση υλοποιείται μέσω των κοινοτικών συμβουλίων, μέσω της χρηματοδότησης της γενικής φορολογίας και του κρατικού προϋπολογισμού και αρχικά ο στρατηγικός σχεδιασμός έδωσε έμφαση στην ανάπτυξη της ΠΦΥ που εστίαζε στην προληπτική ιατρική και γηριατρική. Το 1994 καθιερώθηκε ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και δόθηκε η δυνατότητα στους πολίτες να απευθυνθούν στις ιδιωτικές υπηρεσίες ΠΦΥ. Ωστόσο η ανισοκατανομή του πληθυσμού έδωσε ώθηση στη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων (Mossialos, 2015).

Η Μεγάλη Βρετανία με την ψήφιση νόμων το 1946 και 1948 δημιούργησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας οι υπηρεσίες και οι δομές του οποίου είναι δημόσιες και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το σύστημα ΠΦΥ της χώρας στην πρόληψη και στη μείωση της ροής των ασθενών στα μεγάλα νοσοκομεία, μέσω της αντιμετώπισης των περισσότερων περιστατικών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή του Οικογενειακού ιατρού ο οποίος είναι επιφορτισμένος με την αντιμετώπιση των απλών περιπτώσεων, η παροχή φροντίδας και ο συντονισμός της όλης προσπάθειας (OECD, 2015). Στην Ολλανδία η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τους οικογενειακούς ιατρούς οι οποίοι μπορούν να είναι προσβάσιμοι 15 λεπτά εφόσον ενημερωθούν, 7 ημέρες την εβδομάδα και επί 24ωρου βάσεως. Από το 2000 και έπειτα κάποιες αρμοδιότητες των εν λόγω επαγγελματιών εκχωρήθηκαν σε άλλους επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κ.α. (Schäffer et al, 2010 (Kroneman et al., 2016). Η χρηματοδότηση του συστήματος ΠΦΥ στη χώρα υλοποιείται από κονδύλια του κρατικού προϋπολογισμού, αναλογικά με τις ασφαλιστικές εισφορές και σε ορισμένες περιπτώσεις από τη συμμετοχή των πολιτών ή των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων (Kroneman et al., 2016). Τέλος στη Γερμανία η ΠΦΥ παρέχεται από οικογενειακούς ιατρούς τους οποίους ο κάθε πολίτης έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάλογα με τις ασφαλιστικές του εισφορές και σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, από ιατρούς της αντίστοιχης ειδικότητας που απασχολούνται σε δομές ΠΦΥ, στις οποίες οι ίδιοι είναι καταχωρημένοι (Busse and Blumel, 2014).

Ένα μοντέλο ΠΦΥ το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες της ΠΦΥ του 21^{ου} αιώνα είναι το μοντέλο Bellagio, ως το πλέον κατάλληλο σύστημα ΠΦΥ που μπορεί να αναπτυχθεί στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Το μοντέλο Bellagio προέκυψε από τη

συνδιάσκεψη ομάδας ειδικών τόσο από τις ΗΠΑ όσο και τη Δυτική Ευρώπη, τον Απρίλιο του 2008 στο Rockefeller Foundation Bellagio Study and Conference Center, η οποία στόχευε να υποβάλει προτάσεις για τα χαρακτηριστικά ενός μελλοντικού συστήματος ΠΦΥ. Το συγκεκριμένο μοντέλο αποτελεί τη συνισταμένη των προσπαθειών της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας για τη δημιουργία ενός συστήματος ΠΦΥ το οποίο θα θέτει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τον άνθρωπο, θα είναι προσβάσιμο για το σύνολο των πολιτών ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και θα συνδέεται με όλα τα άλλα επίπεδα φροντίδας. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι το εν λόγω μοντέλο στηρίζεται στο επιτυχημένο μοντέλο Chronic Care Model (CCM), που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ και στοχεύει στην ύπαρξη ενός αναπτυγμένου μοντέλου ΠΦΥ, το οποίο θα είναι προσανατολισμένο συνεχώς στη δημιουργία οφελών για τους πολίτες, καθώς τριάντα χρόνια περίπου έπειτα από τη Διακήρυξη της Alma-Ata, η ανάπτυξη αποτελεσματικών συστημάτων ΠΦΥ ήταν επιτακτικά αναγκαία και πιο επίκαιρη από ποτέ (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

3.5 Η δημιουργία και η ιστορική εξέλιξη της ελληνικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέχρι την έναρξη της κρίσης

Η εξελικτική πορεία της ΠΦΥ της Ελλάδας συνδέεται με πλήθος μεταρρυθμιστικών αποφάσεων και νομοσχεδίων, το περιεχόμενο των οποίων ποτέ δεν εφαρμόστηκε εξ ολοκλήρου και αποτελεσματικά (Polyzos et al., 2008). Διαχρονικά όλες οι πολιτικές ηγεσίες της χώρας υποστήριζαν ότι αναμφίβολα η ΠΦΥ αποτελεί κεντρικό άξονα του υγειονομικού συστήματος υγείας και προσπάθησαν να ψηφίσουν μεταρρυθμιστικές διατάξεις οι οποίες θα αναβάθμιζαν τον ρόλο της ΠΦΥ. Παρόλα αυτά, μέχρι και την έναρξη της οικονομικής κρίσης ο τρόπος λειτουργίας του πρωτοβάθμιου ελληνικού συστήματος υγείας, δεν παρουσίαζε πολλά κοινά στοιχεία με τα αντίστοιχα συστήματα των αναπτυγμένων χωρών και δεν παρείχε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας στους έλληνες πολίτες (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Εάν και το ελληνικό κράτος προσπάθησε να οργανώσει ένα σύστημα ΠΦΥ ήδη από τη δεκαετία του 1960 όπου εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού το 1961, εντούτοις το πρώτο νομοσχέδιο που ψηφίστηκε και προσανατολιζόνταν αμιγώς στη δημιουργία του εν λόγω συστήματος ήταν ο νόμος Ν.1397/1983 που έθεσε τις βάσεις

για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Τα πρώτα σχέδια νόμου που αφορούσαν την ΠΦΥ και ψηφίστηκαν από το ελληνικό κοινοβούλιο ήταν οι νόμοι Ν.2592/53 και Ν.3487/55, τα οποία περιελάμβαναν τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας στην ελληνική ύπαιθρο, καθώς και την ύπαρξη του θεσμού του αγροτικού ιατρού (Χριστοδούλου, 2017). Στο νομοσχέδιο (Ν.1397/1983) επισημαίνεται ότι η υγεία αποτελεί ένα από τα ύψιστα κοινωνικά αγαθά το οποίο πρέπει να παρέχεται από το κράτος. Στους βασικούς στόχους του εν λόγω νομοσχεδίου ήταν η παροχή δωρεάν, ισότιμων, καθολικών και αποκεντρωμένων υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα συμμετοχικό και κοινωνικό σύστημα υγείας, το οποίο θα στηρίζεται στον κατάλληλο προγραμματισμό και χρηματοδότηση. Υπό το πρίσμα αυτό, η Ελλάδα διαιρέθηκε σε Υγειονομικές Περιφέρειες οι οποίες θα παρείχαν τις υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ στους πολίτες (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Για την καλύτερη οργάνωση και αποτελεσματικότητα του όλου εγχειρήματος δημιουργούνται τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠεΣΥ) των οποίων ο ρόλος είναι γνωμοδοτικός και τα νοσηλευτικά ιδρύματα αλλάζουν χαρακτήρα και μετατρέπονται σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ.), ενώ εγκαθιδρύεται και η αποκλειστική και πλήρης απασχόληση του ιατρικού προσωπικού που τα στελεχώνει. Επίσης τα άρθρα του νομοσχεδίου περιελάμβαναν και κατευθύνσεις που στοχεύουν στην επίτευξη της ισότητας και της αποκεντρωμένης πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας μέσω της δημιουργίας των Κέντρων Υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αποκέντρωση του συστήματος υγείας που προωθεί το εν λόγω νομοσχέδιο (Ποτήρης και Σαράφης, 2014). Επιπλέον το συγκεκριμένο νομοσχέδιο προέβλεπε την ένταξη του συνόλου των πολυιατρείων των διάφορων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης στο ΕΣΥ, ενώ δημιουργήθηκε ειδικός λογαριασμός στοχεύοντας στην κάλυψη των δαπανών από τους ασφαλιστικούς φορείς (Ποτήρης και Σαράφης, 2014; Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και ο ειδικός λογαριασμός που προαναφέρθηκε, ήταν θεσμοί που δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά. Παράλληλα τα άρθρα 17 και 18 του νόμου Ν.1397/1983 προέβλεπαν τη θεσμοθέτηση του οικογενειακού γιατρού, ως το βασικό ιατρικό προσωπικό που θα στελεχώσει τα Κέντρα Υγείας. Οι ειδικότητες που θα αποτελούσαν το θεσμό του οικογενειακού γιατρού ήταν οι παθολόγοι, οι παιδίατροι, αλλά και το ιατρικό προσωπικό που δεν έχει ειδικότητα.

Εντούτοις, μέσω του συγκεκριμένου νομοσχεδίου δεν εγκαθιδρύθηκε και δεν καθιερώθηκε η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Ωστόσο ο συγκεκριμένος θεσμός δεν εφαρμόστηκε αποτελεσματικά εξαιτίας της μη εφαρμογής των αστικών Κέντρων Υγείας (Ποτήρης και Σαράφης, 2014). Τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου δεν δημιουργήθηκαν, όπως προέβλεπε ο συγκεκριμένος νόμος, ενώ απεναντίας δημιουργήθηκαν πολλά ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα οποία παρείχαν ΠΦΥ, που ενώ επιβάρυναν σε μεγάλο βαθμό τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων ειδικότερα και του ασφαλιστικού συστήματος γενικότερα, εντούτοις δεν παρείχαν στους πολίτες υψηλού επιπέδου και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Υφαντόπουλος, 2005).

Η καθιέρωση της συγκεκριμένης ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής ως αυτοτελούς ειδικότητας υλοποιήθηκε με την ψήφιση του νόμου Ν.1579/1985. Το επόμενο νομοσχέδιο που ψήφισε το ελληνικό κοινοβούλιο και αφορούσε το θεσμό της ΠΦΥ ήταν η ψήφιση του νομοσχεδίου Ν.2071/1992 με τίτλο «*Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας*». Με βάση το συγκεκριμένο νομοσχέδιο τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία τέθηκαν υπό τη διοίκηση των επιμέρους Νομαρχιών και παρέχονταν πλέον η δυνατότητα στο ιατρικό προσωπικό να απασχολείται με καθεστώς μερικής ή πλήρους απασχόλησης (Σωτηριάδου κ.α., 2011). Επιπλέον δόθηκε η δυνατότητα να δημιουργηθούν ιδιωτικές κλινικές οι οποίες μπορούσαν εφεξής να συνάψουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και του ασφαλιστικούς φορείς (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Το επόμενο νομοσχέδιο σταθμός ήταν ο νόμος Ν.2194/1994 με τίτλο «*Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*» το περιεχόμενο του οποίου συνδέονταν με την κατάργηση της μετάβασης της διοίκησης στις Νομαρχίες (άρθρο 5), στη δυνατότητα που παρέχονταν στο ιατρικό προσωπικό να επιλέγει εργασιακές σχέσεις (άρθρο 4) και ως εκ τούτου ήλθε εκ νέου στο προσκήνιο η εφαρμογή των διατάξεων του νόμου Ν.1397/1983. Το επόμενο νομοσχέδιο που ψηφίστηκε ήταν ο νόμος Ν.2519/1997 που συνδέονταν με προσπάθειες εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ. Ο συγκεκριμένος νόμος κατάργησε τις διατάξεις του νόμου Ν.Δ.67/1968 που καθόριζε τον τρόπο παροχής της υγειονομικής φροντίδας στην ύπαιθρο. Επίσης δόθηκε η δυνατότητα να δημιουργηθούν πολυδύναμα ιατρεία στα ελληνικά νησιά, τα οποία θα στελεχώνονταν από τους μόνιμους αγροτικούς ιατρούς, οι οποίοι τα στελέχωναν πριν την ψήφιση του νομοσχεδίου, καθώς οι αγροτικοί ιατροί προσλήφθηκαν στο ΕΣΥ.

Εν κατακλείδι με την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν.2519/1997 και συγκεκριμένα με το (άρθρο 31) δημιουργήθηκαν Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα (ΔΠΦΥ). Τα ΔΠΦΥ δημιουργήθηκαν έπειτα από τη σύμπραξη φορέων που διέθεταν δομές ΠΦΥ και διασυνδέθηκαν με τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ (Ποτήρης και Σαράφης, 2014). Η δημιουργία των ΔΠΦΥ προέβλεπε τον συντονισμό της δράσης ανάμεσα στα Κέντρα Υγείας, στα Περιφερειακά Ιατρεία, στα Πολυιατρεία και στους Ασφαλιστικούς Φορείς, σε ένα συντονισμένο πεδίο δράσης, μία απόφαση η οποία δεν εφαρμόστηκε ποτέ (Υφαντόπουλος, 2005).

Το επόμενο νομοσχέδιο που ψηφίστηκε ήταν ο νόμος Ν. 2889/2001, ο οποίος αποτέλεσε σταθμό για την περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση του ΕΣΥ. Ως αποτέλεσμα του περιεχομένου του εν λόγω νομοσχεδίου η Ελλάδα χωρίστηκε σε δεκαεφτά Υγειονομικές Περιφέρειες, ενώ βάσει του νόμου Ν. 2889/2001, τα Κέντρα Υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας υπήχθησαν διοικητικά στα ΠεΣΥ των Υγειονομικών Περιφερειών. Εν συνεχεία ψηφίστηκε ο νόμος Ν. 3235/2004 ο οποίος εμπεριείχε αρκετές διατάξεις που αφορούσε την ΠΦΥ. Με βάση το περιεχόμενο των άρθρων του συγκεκριμένου νομοσχεδίου οργανώθηκαν με καλύτερο τρόπο η λειτουργία των Κέντρων Υγείας και θεσπίστηκε η ηλεκτρονική κάρτα υγείας (Μαλαβάζος κ.α., 2019). Τα σημαντικότερα σχέδια νόμου που ψήφισαν οι ελληνικές κυβερνήσεις μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης και αφορούν την ΠΦΥ παρουσιάζονται στον πίνακα ()).

Πίνακας 12: Τα σημαντικότερα νομοσχέδια που ψηφίστηκαν στην Ελλάδα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης και αφορούσαν την ΠΦΥ

ΝΟΜΟΣ - ΕΤΟΣ	ΓΕΓΟΝΟΤΑ
Ν. 1397/1983	Δημιουργία ΕΣΥ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού Έλληνες υπηκόους και αλλοδαπούς. Ανεγέρθηκαν και λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας.
Ν. 1471/1984	Ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών.
Κ. 815/1984	Πρόγραμμα Ψυχαργός, εκσυγχρονισμός ψυχικής νόσου και

	αποϊδρυματοποίηση. Κανονισμός της ΕΟΚ.
N. 1579/1985	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Άρθρο 12 ο όρος «κέντρο υγείας» χρησιμοποιείται αποκλειστικά από το υπουργείο υγείας. Άρθρο 13 παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας.
N. 1759/1988	Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικής και ασφαλιστικής προστασίας.
N. 2071/1992	Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας. Διεύρυνση της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Καθορισμός του πλέγματος υπηρεσιών και της νομικής μορφής του. Παροχή ΠΦΥ από ιδιωτικές και δημόσιες μονάδες.
N. 2194/1994	Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων του νομού.
N. 2345/1995	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας.
N. 2519/1997	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις ημιαστικές και αστικές περιοχές με τη δημιουργία δικτύων ΠΦΥ και τη σταδιακή εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού.
N. 2646/1998	Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα).
N. 2716/1999	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
N. 1397/1983	Δημιουργία ΕΣΥ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού Έλληνες υπηκόους και αλλοδαπούς. Ανεγέρθηκαν και λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας.
N. 1471/1984	Ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών.
K. 815/1984	Πρόγραμμα Ψυχαργός, εκσυγχρονισμός ψυχικής νόσου και αποϊδρυματοποίηση. Κανονισμός της ΕΟΚ.
N. 2889/2001	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, στελέχωση, οργάνωση

	και παροχές υπηρεσιών υγείας. Δημιουργία 17 ΠεΣΥ, μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες, εφαρμογή του θεσμού του Διοικητή – Μάνατζερ.
N. 2920/2001	Ίδρυση του Σώματος Επιθεωρητών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ).
N. 2955/2001	Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ.
N. 3106/2003	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.
N. 3172/2003	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού. Σχεδιασμός, προστασία και προαγωγή της υγείας. Προάσπιση αναγκών διαφόρων ομάδων.
N. 3204/2003	Διορισμός και αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού. Καθορισμός θεμάτων που αφορούν: ΕΟΦ, ΟΚΑΝΑ, ΚΕΕΛ, ΕΚΑΒ.
N. 3209/2003	Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
N. 3235/2004	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: παροχή υπηρεσιών, οργάνωση κέντρων υγείας, οικογενειακός και προσωπικός γιατρός. Θέσπιση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες.

Πηγή: (Μαλαβάζος κ.α., 2019, παράρτημα).

3.6 Η κατάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης

Η μεγάλη οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 από τις ΗΠΑ, τις συνέπειες της οποίας ο ελληνικός λαός υφίσταται μέχρι σήμερα, δημιούργησε πολλά προβλήματα σε όλους τους τομείς της ελληνικής οικονομίας, αλλά και σε όλα τα επίπεδα του ελληνικού συστήματος υγείας (Lionis et al., 2019). Μία από τις μεγάλες στρεβλώσεις του υγειονομικού συστήματος της χώρας είναι η ανυπαρξία ενός καλά οργανωμένου και σύγχρονου συστήματος ΠΦΥ (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Απεναντίας

ο τρόπος που παρέχονταν η εξωνοσοκομειακή φροντίδα χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό και από ανυπαρξία προγραμματισμού. Πρέπει δε να τονιστεί ότι εάν και οι κύριες προσπάθειες του ελληνικού κράτους να οργανώσει ένα αποτελεσματικό σύστημα ΠΦΥ ξεκίνησαν με συστηματικό τρόπο με την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν.1397, εντούτοις μέχρι και πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η παρεχόμενη ΠΦΥ δεν παρείχε στους πολίτες υψηλή ποιότητα φροντίδας (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Καταρχάς πρέπει να τονιστεί ότι με βάση τις αρχές και το περιεχόμενο του νόμου Ν.3235/2004, η ΠΦΥ είναι ένα σύστημα φροντίδας το οποίο αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας της χώρας και μέχρι την έναρξη της κρίσης, παρέχονταν κατά κύριο λόγο από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων νοσοκομείων, από τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, από τα Κέντρα Υγείας, από τα ιδιωτικά ιατρεία, από τα περιφερειακά ιατρεία και από τα ιατρεία των διάφορων ασφαλιστικών οργανισμών (Ποτήρης και Σαράφης, 2014). Σε μελέτη του Abel-Smith και συν (1994) σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της ΠΦΥ και του ΕΣΥ, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το ΕΣΥ αποτελεί ένα ιδιαίτερα «νοσοκομειακοκεντρικό» σύστημα υγείας το οποίο δεν διαθέτει μία αποτελεσματικά οργανωμένη ΠΦΥ. Η εισηγητική έκθεση της ερευνητικής ομάδας υποστήριζε ότι το ελληνικό σύστημα ΠΦΥ έπρεπε άμεσα να αναδιοργανωθεί. Ταυτόχρονα, η εν λόγω έκθεση καλούσε τις ελληνικές αρχές να προχωρήσουν σε μεταρρυθμίσεις που θα στοχεύουν στην αποκέντρωση του συστήματος υγείας και να οργανώσουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας. Ωστόσο πλήθος μεταγενέστερων μελετών αναφέρουν ότι ακόμα και πριν την έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης, τα ελληνικά Κέντρα Υγείας ήταν υποστελεχωμένα και χωρίς επαρκή χρηματοδότηση (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Παράλληλα, το νοσηλευτικό προσωπικό που στελέχωνε τις δομές της ΠΦΥ ήταν τις περισσότερες φορές ανεκπαιδευτο, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού εφαρμόζονταν πλημμελώς (Λιαρόπουλος, 2007), ενώ περιορισμένη ήταν και η συμμετοχή της κοινότητας, εν αντιθέσει με τις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι ενώ στο Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης προβλέπονταν δέσμη μέτρων και μεταρρυθμίσεων για την ΠΦΥ, ωστόσο οι αναγκαίες εκείνες μεταρρυθμίσεις μεταφέρθηκαν στο Δ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (2007-2013) και

οι οποίες μέχρι και την έναρξη της οικονομικής κρίσης δεν είχαν εφαρμοστεί (Σωτηριάδου κ.α., 2011). Ως εκ τούτου, η Ελλάδα δεν διέθετε ένα αποτελεσματικό σύστημα ΠΦΥ, γεγονός που τεκμηριώνεται και από την αδυναμία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας να στηρίζεται στις αρχές της ισότητας και της δικαιοσύνης απέναντι σε όλους τους πολίτες του, ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό τους υπόβαθρο και τη δυνατότητα πρόσβασης που έχει στις δομές του. Ειδικότερα, από την έναρξη της δεκαετίας του 2000 και έπειτα, στο ελληνικό σύστημα υγείας και ως εκ τούτου στην ΠΦΥ κυριάρχησαν οι δυνάμεις της αγοράς και της ιδιωτικά παρεχόμενης φροντίδας (Τούντας, 2002). Οι πολιτικές αποφάσεις από το 2004 και έπειτα, στην ελληνική πολιτική υγείας παρατηρείται μία διαχρονικά αυξανόμενη ιδιωτική δαπάνη υγείας, ενώ από την άλλη πλευρά δεν εφαρμόστηκαν μεταρρυθμίσεις που σχετίζονταν με τη διόρθωση των κακώς κειμένων στον χώρο της ΠΦΥ (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Εκτός από αυτό λίγο πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης παρέχονταν (Adamakidou and Kalokerinou, 2010):

- Από το ΕΣΥ, μέσα από τη λειτουργία των 201 Κέντρων Υγείας του, μέσω των 1478 Περιφερειακών Ιατρείων και μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων που διέθεταν τα 132 νοσοκομεία που λειτουργούσαν στη χώρα
- Από τα (350) ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας
- Από ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
- Από τις δομές των Δήμων, καθώς υπήρχαν 663 ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων), από 791 προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» που παρείχαν κατ οίκον υπηρεσίες υγείας, νοσηλεία και υπηρεσίες πρόνοιας στους έλληνες πολίτες
- Από Μη κυβερνητικές και Μη κερδοσκοπικές οργανώσεις όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και από τα ιατρεία των Γιατρών του Κόσμου και των Γιατρών χωρίς Σύνορα

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ τη συγκεκριμένη περίοδο είναι η έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού, η υποστελέχωση, η μερική εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού και η έλλειψη συντονισμού. Παράλληλα παρατηρείται μία υποχρηματοδότηση του συστήματος ΠΦΥ από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ακόμα η ιατρικό κεντρική προσέγγιση του συγκεκριμένου συστήματος σηματοδότησε το ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Ταυτόχρονα η γενικότερα παρατηρούμενη γεωγραφική άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού είχε σαν αποτέλεσμα την μερική κάλυψη των δομών της ΠΦΥ στις αγροτικές και νησιωτικές περιοχές, σε ιατρικό προσωπικό. Μία ελληνική μελέτη ανέφερε ότι η κάλυψη των δομών της ΠΦΥ το 2000 σε ιατρικό προσωπικό δεν υπερέβαινε το 47%. Η ιατρική κάλυψη στις δομές ΠΦΥ της Περιφέρειας Αττικής ήταν 74%, ενώ στη νησιωτική ζώνη δεν υπερέβαινε το 31%. Ανάλογη ήταν και η στελέχωση των δομών σε άλλες ειδικότητες υγειονομικού προσωπικού (Adamakidou and Kalokerinou, 2010).

Το 2003 ο αριθμός των γενικών ιατρών ανέρχονταν σε 1100 με 1200, μία περίοδο που οι ανάγκες ανέρχονταν σε 7 χιλιάδες. Οι εξελίξεις αυτές δημιούργησαν αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των πολιτών, καθώς τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι δομές της ΠΦΥ οδηγούσαν τους πολίτες στην προσφυγή σε ιδιώτες ιατρούς για την κάλυψη των αναγκών τους σε υπηρεσίες υγείας. Ένα ακόμα πρόβλημα που αντιμετώπιζαν οι δομές της ΠΦΥ ήταν η μερική κάλυψή τους με τον απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, γεγονός που έστρεφε τους πολίτες στα μεγάλα νοσοκομεία ή στον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη των αναγκών τους. Επίσης επειδή η κάλυψη δεν ήταν σε εικοσιτετράωρη βάση, με αποτέλεσμα οι πολίτες να στρέφονται στα ΤΕΠ των επιμέρους δημόσιων νοσοκομείων (Adamakidou and Kalokerinou, 2010).

Επιπρόσθετα, το χαμηλό επίπεδο των αμοιβών του προσωπικού που στελέχωναν τις δομές της ΠΦΥ δεν αποτελούσε κίνητρο για μία υψηλή παραγωγικότητα, η οποία πολλές φορές οδηγούσε σε παράνομες συναλλαγές ανάμεσα στους ασθενείς και το ιατρικό κυρίως προσωπικό. Σύμφωνα με μελέτη του Τούντα και συν (2002), η δυσαρέσκεια των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας που απολάμβαναν από τις δομές της ΠΦΥ, τους οδηγούσαν σε δομές του ιδιωτικού τομέα και ως εκ τούτου στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Μία άλλη μελέτη ανέφερε ότι, το 40% των σφραλισμένων στο ΙΚΑ δεν ήταν ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας που του

παρείχαν οι δομές του συγκεκριμένου ασφαλιστικού φορέα (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005). Μία ακόμα έρευνα επισήμανε ότι οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ σε ποσοστό 40% καταφεύγουν απευθείας σε ιδιώτες ιατρούς, εξαιτίας της αναξιοπιστίας των δομών του ΙΚΑ, ενώ ο ένας στους πέντε ασθενείς στον συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα απευθύνεται σε κάποιο ιδιώτη ιατρό για την αναζήτηση μίας δεύτερης άποψης (Nicolakis et al., 2002).

Στην ίδια κατεύθυνση οι δομές της ΠΦΥ δεν παρείχαν στους έλληνες πολίτες υπηρεσίες πρόληψης, εκπαίδευσης και αποκατάστασης, αλλά μόνο τυπικό ιατρικό έλεγχο και υπηρεσίες συνταγογράφησης (Souliotis and Lionis, 2005). Ταυτόχρονα παρουσιάζονταν μεγάλες ελλείψεις στην μηχανοργάνωση και την εφαρμογή τεχνολογικών επιτευγμάτων στις δομές της ελληνικής ΠΦΥ, ενώ υπήρχαν και πολλά προβλήματα στις δομές που παρείχαν οδοντιατρική φροντίδα (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Συνοψίζοντας, το σύστημα της ΠΦΥ πριν την έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης παρουσίαζε πολλές αδυναμίες και ελλείψεις. Οι σημαντικότερες από αυτές ήταν το χαμηλό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η μεγάλη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα και η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών των ελλήνων πολιτών. Ακόμα, παρουσιάζονταν πολλές ελλείψεις σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, σε υγειονομικό προσωπικό, σε υλικά μέσα και σε τεχνολογικό εξοπλισμό, σε δίκτυα επικοινωνίας, σε πληροφοριακά συστήματα, ενώ παρουσίαζε μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες (Adamakidou and Kalokerinou, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται διαχρονικά από υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, από έναν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό ιατρικού προσωπικού, από μεγάλες ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού και από γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού (Groenewegen and Jurgutis, 2013). Ένα ακόμα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης ήταν οι ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες, καθώς και μία σειρά προβλημάτων που σχετίζονταν με θέματα δομής, οργάνωσης και λειτουργίας (IOBE, 2016). Ωστόσο, η έναρξη της μεγάλης χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2009 επιδείνωσε σε μεγάλο βαθμό τις αστοχίες και τις αδυναμίες που παρουσίαζε το σύστημα υγείας της Ελλάδας, αλλά και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους Έλληνες πολίτες. Παράλληλα, η ραγδαία αύξηση του ποσοστού της ανεργίας και η μεγάλη μείωση του εισοδήματος που παρουσίαζαν τα ελληνικά νοικοκυριά ως αποτέλεσμα της κρίσης και των διαρθρωτικών μέτρων που λήφθηκαν, σηματοδότησαν την μεγάλη αύξηση στη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας (Σουλιώτης κ.α., 2018).

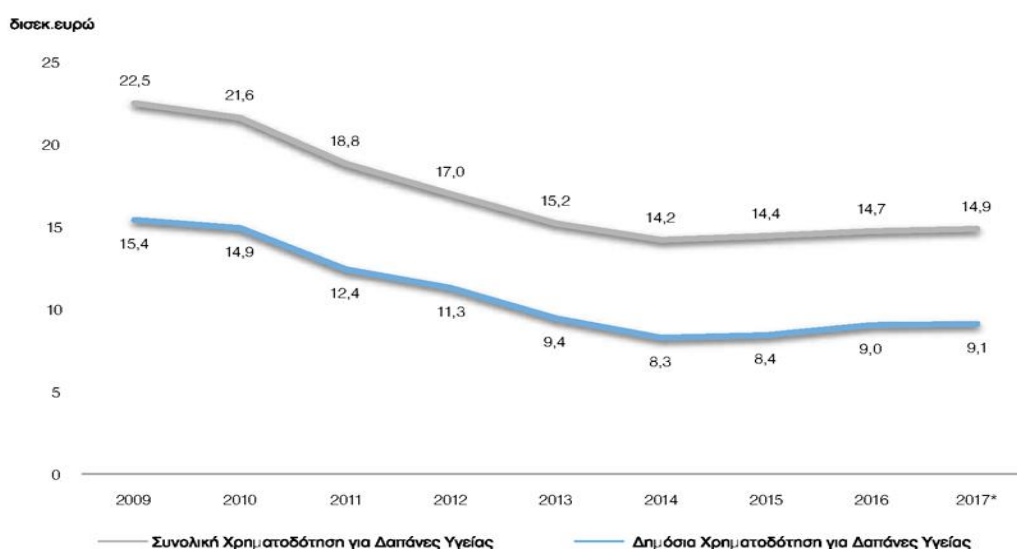
Όλες οι προαναφερθείσες εξελίξεις δημιούργησαν μία ασφυκτική πίεση στο ΕΣΥ, θέτοντας σε αμφισβήτηση τη βιωσιμότητά του. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι, εάν και αρκετά από τα μέτρα που υιοθέτησαν και εφαρμόστηκαν με στόχο την εξυγίανση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, έπειτα από την υπογραφή των τριών μνημονίων, κινούνταν στη σωστή κατεύθυνση και στόχευαν στη διόρθωση των στρεβλώσεων και των αδυναμιών του ΕΣΥ, εξαιτίας των διαχρονικών λανθασμένων πολιτικών επιλογών εντούτοις, εφαρμόστηκαν πλημμελώς, σποραδικά και με μεγάλη καθυστέρηση. Επίσης, τα μέτρα αυτά δεν είχαν σχεδιαστεί σωστά και η στρατηγική τους προσέγγιση δεν είχε έναν καθολικό μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα, γεγονός που

σηματοδότησε την υπονόμευση της αποτελεσματικής και ουσιαστικής τους εφαρμογής (Σουλιώτης κ.α., 2018).

4.2 Οι συνέπειες της κρίσης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

Η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας στον τομέα τη υγείας στην Ελλάδα, έθεσε ως πρωταρχικό στόχο τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας στο 6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Με τον τρόπο αυτό η χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας μειώθηκε από 16 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 8,7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016, ενώ την ίδια περίοδο η συνολική χρηματοδότηση του χώρου της υγείας μειώθηκε από 23 δισεκατομμύρια ευρώ σε 14,4 δισεκατομμύρια ευρώ. Το 2009 η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα εκφρασμένη σε ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 9,5%, ενώ το 2017 ήταν 8,4% (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (1) παρουσιάζεται η εξέλιξη της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας και της δημόσιας χρηματοδότησης αυτών την περίοδο 2009 – 2017.

Διάγραμμα 1 : Η εξέλιξη της συνολικής χρηματοδότησης και της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών υγείας την περίοδο 2009-2017



Πηγή: (IOBE, 2018)

Εκτός από αυτό, την πρώτη περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης οι κοινωνικές δαπάνες για τον τομέα της υγείας μειώθηκαν σε ποσοστό 6,6%, αυξάνοντας ουσιαστικά τα οικονομικά βάρη των νοικοκυριών για δαπάνες που αφορούσαν τόσο τη νοσοκομειακή, όσο και τη φαρμακευτική περίθαλψη (OECD, 2017). Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015 εκφρασμένη σε εκατομμύρια ευρώ και χωρισμένη σε κατηγορίες πηγών χρηματοδότησης παρουσιάζεται στον πίνακα (13).

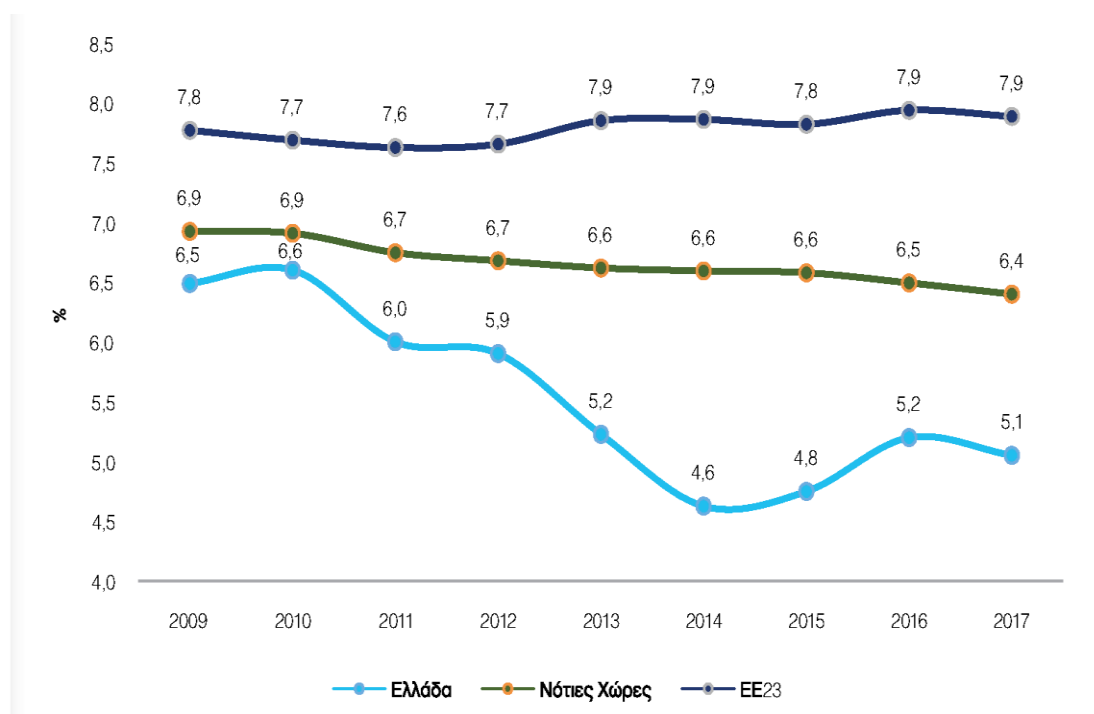
Πίνακας 13: Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική κυβέρνηση (πλην ΟΚΑ)	6.475,40	4.202,20	5.046,40	4.603,10	4.176,5	4.459,5
2. ΟΚΑ	8.445,40	8.223,10	6.036,30	4.699,80	4.018,2	4.245,0
Συνολική δημόσια χρηματοδότηση (1)+(2)	14.920,8	15.426,3	11.082,7	9.302,90	8.194,7	8.704,5
3. Ιδιωτική ασφάλιση	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
4. Ιδιωτικές πληρωμές	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1
Συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση (3)+(4)	6.614,6	6.358,0	5.644,6	5.616,3	5.737,80	5.765,4
5. Λοιπές δαπάνες (μη κερδοσκοπικοί και άλλοι φορείς)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4 2	262
Συνολική χρηματοδότηση (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	21.608,7	18.835,7	16.780,9	15.058,5	14.130,	14.73

Πηγή: (Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος και Νιάκας, 2018).

Συγκεκριμένα, το 2017 η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στη χώρα ήταν 14,9 δισεκατομμύρια ευρώ. Από το ποσό αυτό, τα 9,1 δισεκατομμύρια χρηματοδοτήθηκαν από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα υπόλοιπα χρήματα επιβάρυναν τους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών (IOBE, 2018). Σύμφωνα με στοιχεία του Ιδρύματος Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) η συνολική κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα την περίοδο μετά την κρίση κυμαίνονταν σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα, σε σύγκριση με τον αντίστοιχο μέσο όρο των υπολοίπων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ποσοστό 52,1% (Σουλιώτης κ.α., 2018). Στο διάγραμμα (2) παρουσιάζεται η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης στις δαπάνες στον χώρο της υγείας εκφρασμένης ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το 2017 στην Ελλάδα η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών υγείας εκφρασμένη ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 5,1%, ενώ στις χώρες της Νότιας Ευρώπης στις οποίες εφαρμόζονταν εξίσου προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής 6,6%, ενώ στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ το ποσοστό ήταν 7,9% (IOBE, 2018).

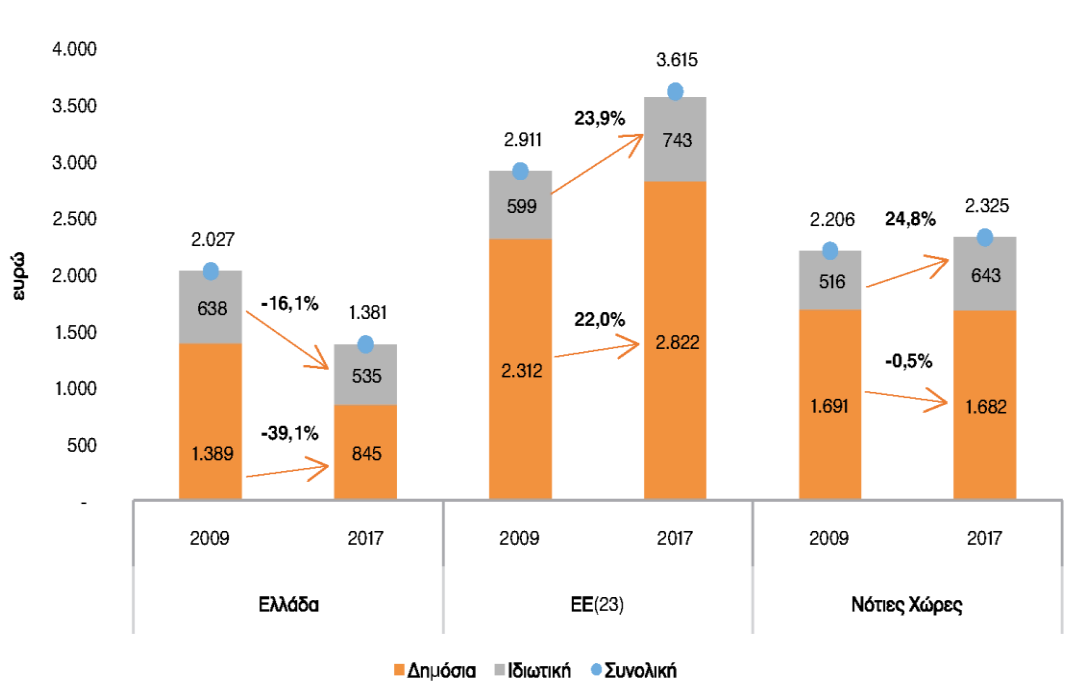
Διάγραμμα 2: Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και τα κράτη της Νότιας Ευρώπης και της ΕΕ ως ποσοστό του ΑΕΠ



Πηγή: (IOBE, 2018)

Συγχρόνως την περίοδο 2009-2017 η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη στην Ελλάδα μειώθηκε σε ποσοστό περίπου 39,1%. Το 2009 η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη στην Ελλάδα ήταν 2027 ευρώ, ενώ το 2017 μειώθηκε και ανήλθε σε 1381 ευρώ. Το ίδιο έτος η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας των χωρών της νότιας Ευρώπης διαμορφώθηκε στα 2325 ευρώ. Την περίοδο 2009-2017 η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα σημείωσε πτώση κατά 39,1%, στις χώρες της νότιας Ευρώπης η πτώση ήταν 0,5%, ενώ στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ σημειώθηκε αύξηση 22% μεσοσταθμικά (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (3) παρουσιάζεται η εξέλιξη της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, στις χώρες της νοτίου Ευρώπης και στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ.

Διάγραμμα 3: Η εξέλιξη της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνης στην Ελλάδα, τις χώρες της Νότιας Ευρώπης και την ΕΕ

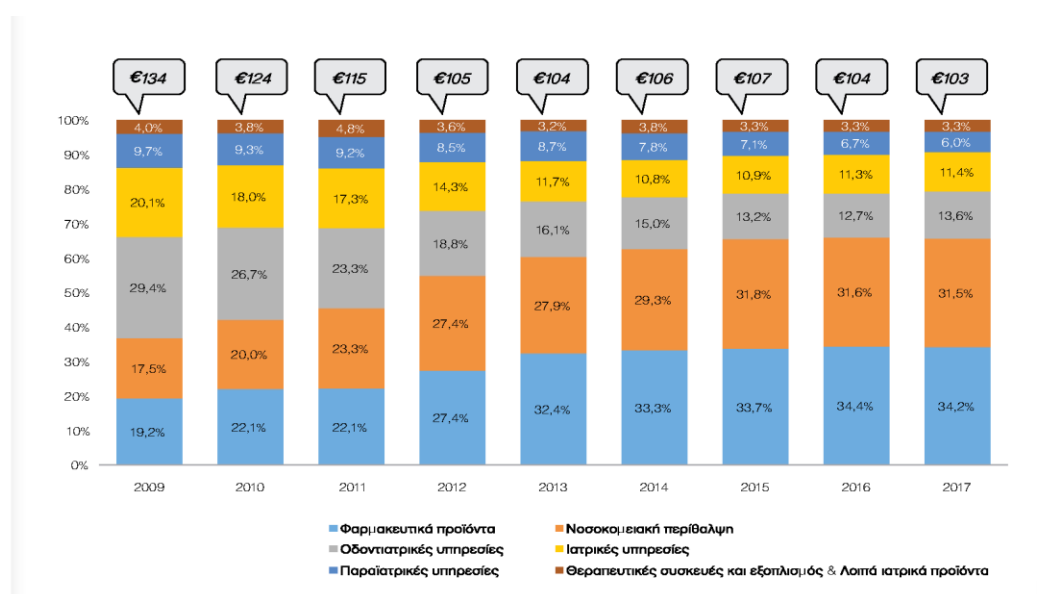


Πηγή: (IOBE, 2018)

Οι δαπάνες των νοικοκυριών για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών το 2009 διαμορφώθηκαν στο 6,5% του συνόλου των δαπανών τους, ενώ το 2017 οι συγκεκριμένες δαπάνες αυξήθηκαν και συγκεκριμένα αποτελούσαν το 7,3% των

συνολικών δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών. Όμως, στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι οι μηνιαίες μεσοσταθμικά δαπάνες υγείας των νοικοκυριών την περίοδο αυτή μειώθηκαν κατά 23%. Συγκεκριμένα ενώ το 2009 η μέση μηνιαία δαπάνη υγείας των νοικοκυριών ήταν 134,3 ευρώ, το 2017 μειώθηκε σε 103,3 ευρώ. Παρόλα αυτά το συγκεκριμένο ποσοστό το 2009 είναι σημαντικά πιο υψηλό, γεγονός που αποτυπώνει την πτώση της αγοραστικής δύναμης των ελλήνων πολιτών και των ελληνικών νοικοκυριών, τη μεγαλύτερη συμμετοχή τους στις δαπάνες που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας και τα ανελαστικά χαρακτηριστικά των δαπανών υγείας. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών αφορούσαν κυρίως την ικανοποίηση των φαρμακευτικών τους αναγκών και των αναγκών για την ικανοποίηση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ειδικότερα, από τα 103 ευρώ που ήταν οι μηνιαίες τους δαπάνες υγείας το 2017, η ποσοστιαία δαπάνη για την φαρμακευτική και νοσοκομειακή τους περίθαλψη ήταν 34,2% και 31,5% αντίστοιχα. Στην τρίτη θέση βρίσκονταν οι δαπάνες για προβλήματα υγείας οδοντιατρικής φύσεως και το 11,4% για την κάλυψη οποιονδήποτε άλλων αναγκών ιατρικής φύσεως (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (4) παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών την περίοδο 2009-2017, ανά κατηγορία.

Διάγραμμα 4: Η εξέλιξη των δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών ανά κατηγορία την περίοδο 2009-2017



Πηγή: (IOBE, 2018)

4.3 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη φαρμακευτική δαπάνη

Η έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης και τα διαρθρωτικά μέτρα που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις έθεσαν ως μία από τις προτεραιότητες των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Στόχος του μεταρρυθμιστικού προγράμματος ήταν η δραστική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης από 5 δισεκατομμύρια ευρώ περίπου το 2009, σε κονδύλια κάτω από τα δύο δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως από το 2015 μέχρι το 2017. Με αφετηρία την ανωτέρω θέση άρχισαν να εφαρμόζονται μία σειρά στοχοθετημένων μέτρων ώστε να συγκρατηθεί το κόστος και να αυξηθεί η αποδοτικότητα. Ωστόσο, περίπου δέκα χρόνια μετά την εφαρμογή των δραστικών περικοπών, σήμερα οι τρέχουσες δαπάνες που σχετίζονται με τα συνταγογραφούμενα αλλά και τα μη υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενα φάρμακα διαμορφώνεται στο 26% των συνολικών δαπανών για την υγεία, γεγονός που τοποθετεί την Ελλάδα σε μία από τις υψηλότερες θέσεις στη λίστα των κρατών μελών της ΕΕ (ΟΟΣΑ, 2017).

Τα σημαντικότερα μέτρα που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης περιελάμβανε μία σειρά από συγκεκριμένες κατευθύνσεις όπως (ΟΟΣΑ, 2017):

- Θεσπίστηκαν κατευθυντήριες γραμμές που αφορούσαν τη συνταγογράφηση, ενώ καθιερώθηκε ένα εθνικό, καθολικό και υποχρεωτικό σύστημα συνταγογράφησης το οποίο στόχευε στην άσκηση ελέγχου στη συνταγογράφηση των ιδιωτών ιατρών στον τρόπο που υλοποιούνταν οι συγκεκριμένες συνταγές από τους ιδιώτες φαρμακοποιούς
- Προωθήθηκε συστηματικά η χρήση των γενόσημων φαρμάκων και η κατεύθυνση του Υπουργείου Υγείας προς τους ιδιώτες ιατρούς ήταν η καταγραφή στις συνταγές των δραστικών ουσιών των φαρμάκων. Παράλληλα, προωθήθηκε η αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων τόσο στα ιδιωτικά φαρμακεία, όσο και στα φαρμακεία των νοσοκομειακών μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας
- Θεσπίστηκε λίστα με τα φάρμακα τα οποία θα μπορούσαν να λάβουν κρατική αποζημίωση

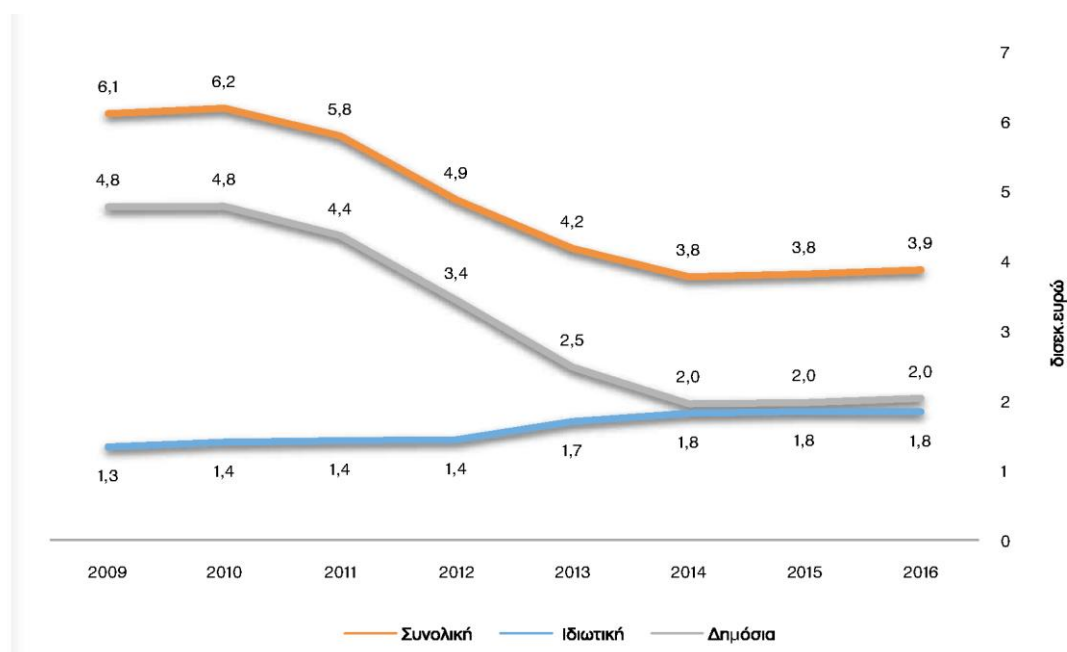
- Εισήχθη μία τιμή εισαγωγής ως τιμή αναφοράς σε κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα με βάση την εμπορική του ονομασία. Η τιμή αυτή εισήχθη με βάση τις τρεις χαμηλότερες τιμές των αντίστοιχων σκευασμάτων στα κράτη μέλη της ΕΕ. Παράλληλα καθορίστηκε μία μέγιστη τιμή που μπορούσε να λάβει κάθε γενόσημο φαρμακευτικό σκεύασμα
- Εισήχθη ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (claw-back). Στόχος του μέτρου αυτού ήταν η αξίωση του δημοσίου επιστροφής μερίδας του κόστους από τις εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον βιομηχανικό κλάδο, όταν αυτό είναι μεγαλύτερο από το ανώτερο ύψος της τιμής που είχε προηγουμένως καθιερωθεί. Με τον τρόπο αυτό έγινε προσπάθεια ελέγχου των προϋπολογισμών, χωρίς την ταυτόχρονη ελάττωση της προσβασιμότητας των πολιτών στα διάφορα φαρμακευτικά προϊόντα

Την ίδια περίοδο μεγάλη ήταν και η μείωση που υπέστη η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη. Ειδικότερα το 2009 ανήλθε σε 5,1 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ το 2016 μειώθηκε κατά τρεις φορές περίπου και άγγιξε τα 1,9 δισεκατομμύρια ευρώ (IOBE, 2016). Η μεγάλη μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη σημειώθηκε εξαιτίας των εξορθολογιστικών μέτρων που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις και συγκεκριμένα μέτρα που αφορούσαν την υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση, μέτρα που συνδέονταν με τη μείωση των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, η εφαρμογή του μηχανισμού clawback, μέτρα που συνδέονταν με μία σειρά αλλαγών στο σύστημα με το οποίο τα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα υλοποιούσαν τις προμήθειές τους, αλλά και μέτρα που συνδέονταν με την επιπρόσθετη εισφορά των ασθενών στο κόστος. Τα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της κρίσης, η συμμετοχή των ελλήνων πολιτών στις δαπάνες υγείας παρουσίασε μεγάλη αύξηση, εξαιτίας κυρίως της αυξημένης συμμετοχής τους στη φαρμακευτική δαπάνη και στη δαπάνη για την αγορά υγειονομικού υλικού. Το 2009 η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος ανέρχονταν σε ποσοστό 20%, το 2012 σε ποσοστό 14,8%, ενώ το 2014 σημείωσε μεγάλη αύξηση και ανήλθε σε ποσοστό 26,4% (Siskou et al., 2014).

Ειδικότερα, το συνολικό κόστος σε φαρμακευτικά και άλλα αναλώσιμα υλικά υγειονομικής φύσεως το 2016 ανήλθε σε 3,9 δισεκατομμύρια ευρώ, μειωμένο μεσοσταθμικά κατά 37,5% σε σύγκριση με το 2009. Σε ότι σχετίζεται με τη δημόσια

δαπάνη για τα αντίστοιχα υλικά το 2009 το κόστος ανήλθε σε 4,8 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ το 2016 το κόστος μειώθηκε περισσότερο από 50% και άγγιξε τα 2 δισεκατομμύρια ευρώ. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές δαπάνες που συνδέονταν με την αγορά φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού την ίδια περίοδο σημείωσε αύξηση κατά 500 εκατομμύρια ευρώ και ανήλθε από 1,3 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009, σε 1,8 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016. Στο διάγραμμα (5) αποτυπώνεται η εξέλιξη των ιδιωτικών, των δημόσιων και των συνολικών δαπανών για την αγορά φαρμακευτικών και άλλων αναλώσιμων υλικών υγειονομικής φύσεως, εκφρασμένη σε δισεκατομμύρια ευρώ την περίοδο 2009 με 2016 στην Ελλάδα, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των μέτρων λιτότητας στον χώρο της υγείας, εξαιτίας της μεγάλης οικονομικής κρίσης.

Διάγραμμα 5: Η εξέλιξη των ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων και αναλώσιμων υλικών στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2016

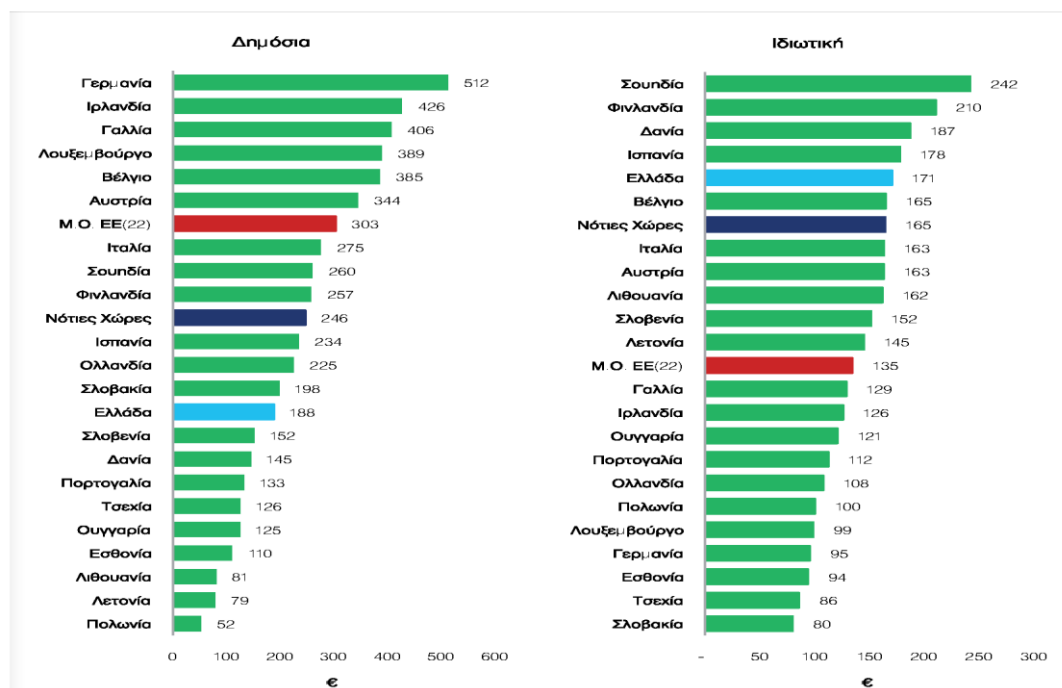


Πηγή: (IOBE, 2018)

Στην κατεύθυνση αυτή, πτωτική ήταν και η τάση της κατά κεφαλήν δημόσιας δαπάνης. Συγκεκριμένα, ενώ το 2009 ανέρχονταν σε 430 ευρώ, το 2016 μειώθηκε στα

188 ευρώ. Την ίδια περίοδο, οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες για φαρμακευτικά και αναλώσιμα υγειονομικά υλικά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2009 ήταν 288 ευρώ, ενώ το 2015 αυξήθηκαν αγγίζοντας τα 303 ευρώ, ενώ το 2015 στις χώρες της Μεσογείου που αντιμετώπιζαν και αυτές τις συνέπειες της μεγάλης οικονομικής κρίσης διαμορφώθηκαν στα 246 ευρώ. Πιο αναλυτικά, τις υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες για την αγορά φαρμακευτικών άλλων υγειονομικών υλικών το 2016, από τις χώρες που είναι μέλη της ΕΕ παρουσίασε η Γερμανία, στη δεύτερη θέση της ακολούθησε η Ιρλανδία και η Γαλλία. Η Ελλάδα με δημόσιες κατά κεφαλήν δαπάνες που ανέρχονταν σε 188 ευρώ υπολείπονταν κατά πολύ από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Σε αντιδιαμετρική αντίθετη θέση βρίσκονταν οι κατά κεφαλήν ιδιωτικές δαπάνες της χώρας το 2016, οι οποίες ξεπερνούσαν κατά πολύ τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ανεβάζοντας την Ελλάδα στην πέμπτη θέση της λίστας των κρατών μελών της ΕΕ (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (6) αποτυπώνονται σχηματικά οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά κάτοικο το 2016, για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων και άλλων αναλώσιμων υλικών, στις χώρες μέλη της ΕΕ.

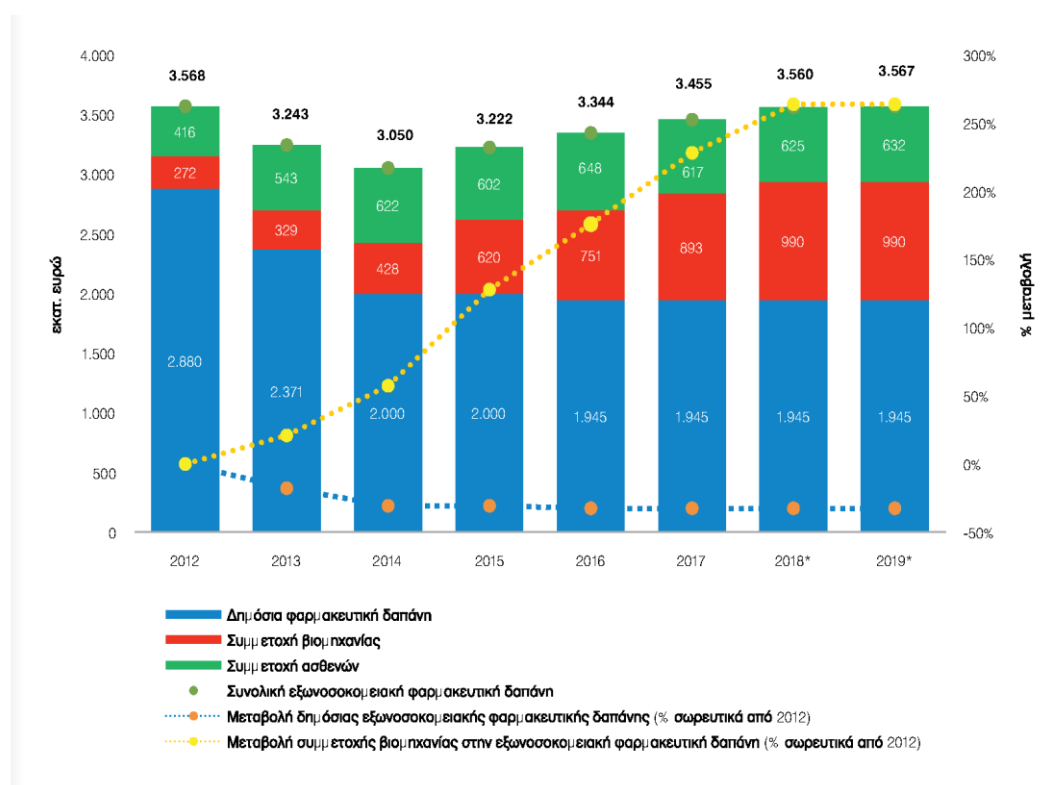
Διάγραμμα 6: Οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες ανά κάτοικο για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων και αναλώσιμων υλικών στην ΕΕ το 2016



Πηγή: (IOBE, 2018)

Εν κατακλείδι πρέπει να σημειωθεί ότι, οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες που συνδέονται με την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ελλήνων πολιτών το 2009 ήταν 5,1 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ το 2018 διαμορφώθηκαν στα 2 δισεκατομμύρια ευρώ περίπου, το ύψος των οποίων θα παραμείνει σταθερό και το 2019. Η μεγάλη μείωση που παρατηρήθηκε στο συγκεκριμένο οικονομικό μέγεθος μία δεκαετία μετά την έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης, άγγιξε σχεδόν το 62%, ενώ ταυτόχρονα μέσω της εφαρμογής των πολιτικών υγείας των ελληνικών κυβερνήσεων, παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση της συμμετοχής του βιομηχανικού κλάδου στη φαρμακευτική δαπάνη, μέσω των μηχανισμών των αναγκαστικών επιστροφών και εκπτώσεων (clawback και rebate). Η εν λόγω συμμετοχή το 2018 διαμορφώθηκε σε 1 δισεκατομμύριο ευρώ περίπου, αυξημένη κατά 11% σε σύγκριση με το 2017 (IOBE, 2018).

Διάγραμμα 7: Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες για φάρμακα στην Ελλάδα την περίοδο 2012-2019



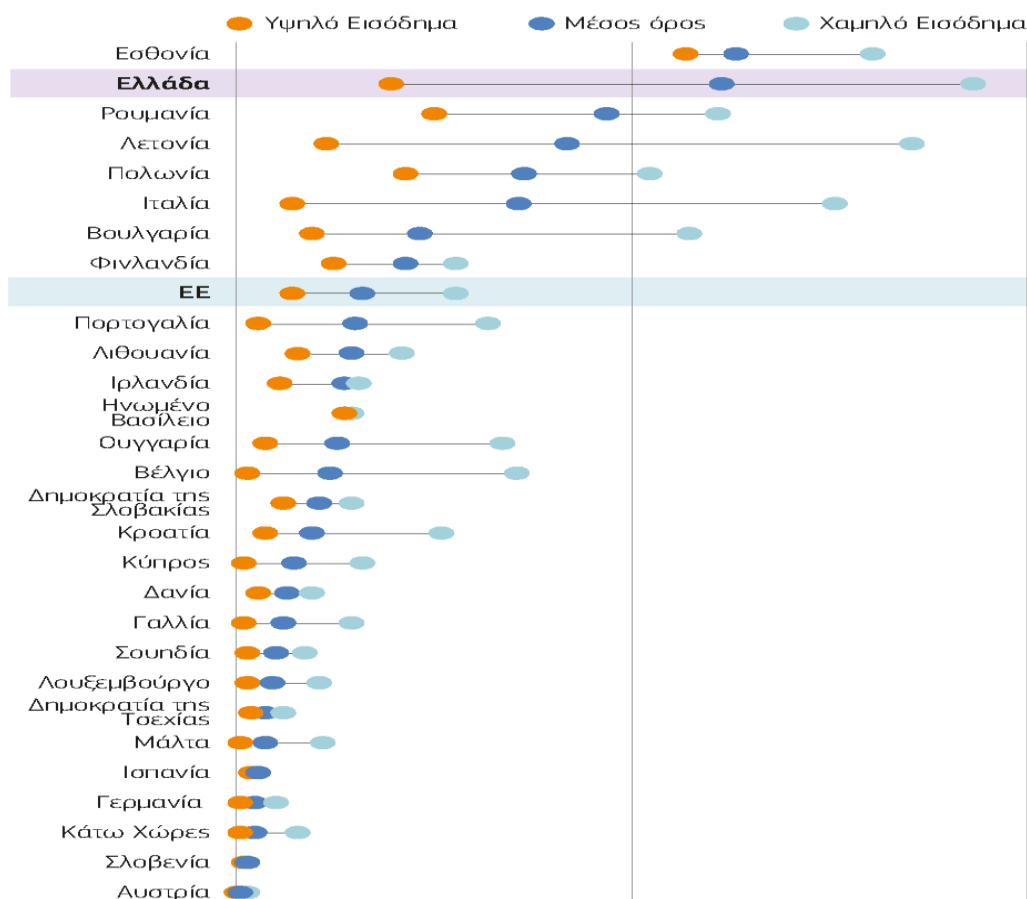
Πηγή: (IOBE, 2018)

Παράλληλα, οι συνολικές δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες που αφορούν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τόσο η συμμετοχή των ασθενών, όσο και η συμμετοχή των βιομηχανικών εταιρειών του φαρμακευτικού κλάδου το 2018 διαμορφώθηκαν στα 3,6 δισεκατομμύρια ευρώ. Ως εκ τούτου παρατηρείται μία ραγδαία ελάττωση της δημόσιας συμμετοχής στο συγκεκριμένο οικονομικό μέγεθος το χρονικό διάστημα 2009-2017 που αγγίζει το 61%, γεγονός που συνετέλεσε στην ραγδαία αύξηση της συμμετοχής της φαρμακευτικής βιομηχανίας κατά 2505 και πλέον (IOBE, 2018). Στο διάγραμμα (7) αποτυπώνονται οι συνολικές δημόσιες δαπάνες για φαρμακευτικό και υγειονομικό την περίοδο 2012-2019 στην Ελλάδα, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η συμμετοχή αμφοτέρων των ασθενών και των βιομηχανικών εταιρειών του κλάδου.

4.4 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των ελλήνων πολιτών σε υπηρεσίες υγείας

Μία από τις πιο αρνητικές συνέπειες για τη ζωή και την υγεία των ελλήνων πολιτών, αλλά και το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας που δημιούργησε η μεγάλη οικονομική κρίση και τα διαρθρωτικά μέτρα που έλαβαν οι κατά περιόδους κυβερνήσεις, ήταν η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης κ.α., 2018). Ιδιαίτερα οι ευπαθείς ομάδες της ελληνικής κοινωνίας όπως οι άνεργοι, οι άνθρωποι που βρίσκονται στο τρίτο στάδιο της ηλικίας τους και οι μετανάστες δεν είχαν τη δυνατότητα να καλύψουν με ιδιωτικό τρόπο το κόστος για τις δαπάνες υγείας τους και ως εκ τούτου άρχισαν να απευθύνονται αποκλειστικά στις δημόσιες δομές υγείας και ιδιαίτερα τις τριτοβάθμιες, για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών (Kondilis et al., 2013; Economou et al., 2014; Simou and Koutsogeorgou, 2014). Απόρροια τούτου ήταν η δραματική μείωση των επισκέψεων των πολιτών τόσο στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων, όσο και στα ιατρεία των ιδιωτών ιατρών (Σουλιώτης κ.α., 2018). Αξίζει δε να αναφερθεί ότι τα πρώτα πέντε χρόνια που διαδέχτηκαν το έτος έναρξης της κρίσης διπλασιάστηκε ο αριθμός των πολιτών εκείνων οι οποίοι δεν είχαν τη δυνατότητα να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους που συνδέονται με τον υγειονομικό τομέα (Karaniolos and Kentikelenis, 2016).

Μία ακόμα συνέπεια της μεγάλης οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από το 2010 και έπειτα ήταν η συγχώνευση των δημόσιων νοσοκομείων με στόχο την ορθολογικότερη διαχείριση των οικονομικών πόρων του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας (Minogiannis, 2012; Xenos et., 2017). Η συγκεκριμένη εξέλιξη σε συνδυασμό με την ελαττωμένη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών δομών έδωσε ώθηση στη διόγκωση του προβλήματος της περιορισμένης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας με πολλούς τρόπους. Αρχικά εξαιτίας της μείωσης που παρουσιάστηκε στα σημεία που οι πολίτες μπορούσαν να απευθυνθούν ώστε να λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα και αφετέρου εξαιτίας της συνεχώς μειωμένης ποιότητας φροντίδας που προκάλεσε τόσο η αύξηση της ζήτησης σε τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, όσο και οι πολυποίκιλες ελλείψεις σε υγειονομικά και άλλα υλικά που δημιούργησε η υποχρηματοδότηση του εν λόγω τομέα της οικονομίας (Σουλιώτης κ.α., 2018).



Εικόνα 1: Ο περιορισμός πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ

Πηγή: (IOBE, 2018)

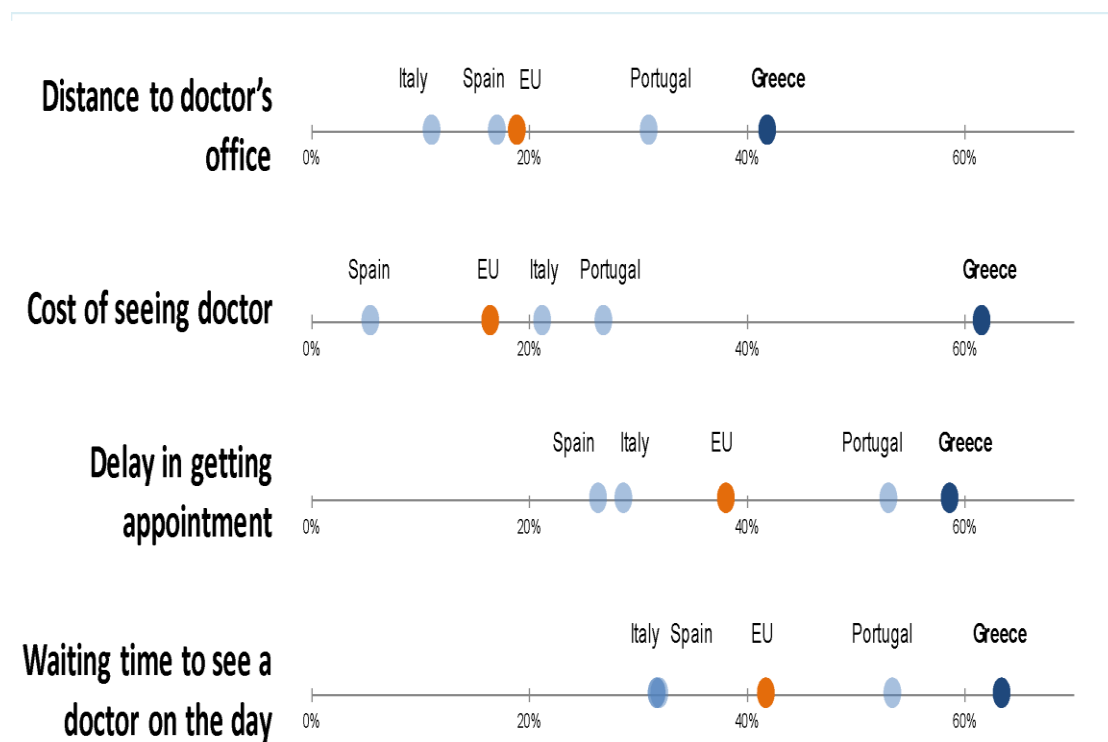
Στην εικόνα (1) παρουσιάζεται ο περιορισμός πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας των πολιτών των κρατών μελών της ΕΕ ανάλογα με το επίπεδο του εισοδήματός τους. Επιπρόσθετα, την κατάσταση επιδείνωσαν και οι περιορισμένες μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γεγονός που μείωσε σε μεγαλύτερο βαθμό τις επιλογές των πολιτών για τη λήψη υγειονομικής φροντίδας. Τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που λήφθηκαν σηματοδότησαν τη μείωση του αριθμού του ιατρικού προσωπικού που απασχολούνταν στις δημόσιες δομές υγείας, αλλά και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών που λάμβαναν από ιδιώτες ιατρούς, από τους διάφορους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς (Σουλιώτης κ.α., 2018). Λαμβάνοντας κανείς υπόψη του τα ανωτέρω οδηγείται στο συμπέρασμα ότι δικαίως η δημόσια διαβούλευση και η επιστημονική κοινότητα προσπάθησαν να διερευνήσουν το βαθμό που οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης επηρέασαν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των ελλήνων πολιτών σε υπηρεσίες υγείας (Liaropoulos, 2012).

Υπό το πρίσμα αυτό η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας στον χώρο της υγείας ανέδειξε την αδυναμία αρκετών πολιτών που ανήκουν στην «τρίτη ηλικία», αλλά και αρκετών πολιτών που αντιμετωπίζουν κάποια χρόνια πάθηση να μπορέσουν να απευθυνθούν σε κάποια δημόσια δομή υγείας ώστε να λάβουν την αναγκαία για το υγειονομικό τους πρόβλημα (Kentikelenis et al., 2014). Σε μελέτη του Zavras και συν (2016) που υλοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2015, το 30% του πληθυσμού το 2014 δεν κατάφερε να απολαύσει τις υπηρεσίες υγείας που απαιτούνταν για κάποιο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζαν, εξαιτίας της αδυναμίας τους να προσφύγουν σε κάποια δημόσια δομή υγείας, λόγω των οικονομικών προβλημάτων και δυσκολιών που αντιμετώπιζαν (Σουλιώτης κ.α., 2018).

Σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ (2017), στην Ελλάδα δέκα περίπου χρόνια μετά την έναρξή της μεγάλης οικονομικής κρίσης, οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες των πολιτών που συνδέονται με την ιατρική περίθαλψη και την υγειονομική τους φροντίδα εξαιτίας του υψηλού κόστους, της μεγάλης απόστασης από κάποια δημόσια δομή υγείας και του χρόνου αναμονής ο οποίος τριπλασιάστηκε. Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν τη χώρα στη δεύτερη υψηλότερη θέση ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ, καθώς το 2010 το εν λόγω ποσοστό ήταν 3,3%, ενώ το 2017 το ποσοστό αυξήθηκε κατά εννέα εκατοστιαίες μονάδες φτάνοντας το 12,3% των πολιτών. Το πιο σημαντικό πρόβλημα για την εξέλιξη του συγκεκριμένου μεγέθους, η μεγάλη αύξηση

του κόστους εντοπίζεται ως η γενεσιουργός αιτία και συνδέεται με την αύξηση των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι πολίτες (ΟΟΣΑ, 2017). Εκτός όμως από την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα μεγάλο πρόβλημα στην πρόσβαση των πολιτών σε δομές υγείας σηματοδότησαν και μία σειρά άλλων αιτιών όπως η μεγάλες γεωγραφικές αποστάσεις ανάμεσα στον χώρο κατοικίας των ασθενών και στις αναγκαίες δομές υγείας και οι μεγάλες λίστες αναμονής (ΟΟΣΑ, 2018).

Στην εικόνα (2) παρουσιάζεται το ποσοστό των διαφόρων αιτιών που συνδέονται με τον περιορισμό της πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία, την Πορτογαλία και στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ το 2018, οχτώ χρόνια μετά την έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης.



Εικόνα 2: Ο περιορισμός πρόσβασης των πολιτών στις χώρες της Νότιας Ευρώπης ανά κατηγορία

Πηγή: (ΟΟΣΑ, 2018)

Στην πρώτη γραμμή της εικόνας η περιορισμένη πρόσβαση των πολιτών συνδέεται με την απόσταση της οικείας των ασθενών από το ιατρείο που θα λάμβαναν την απαιτούμενη φροντίδα. Στη δεύτερη γραμμή η αιτία είναι το κόστος επίσκεψης, στην Τρίτη γραμμή η αιτία είναι ο χρόνος αναμονής και στην τέταρτη γραμμή η αναμονή των ασθενών στο ιατρείο μέχρι να καταφέρουν να εξεταστούν από τον αρμόδιο θεράποντα ιατρό. Όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει τα ποσοστά της Ελλάδας και στις τέσσερις αιτίες που δημιουργούν προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στους πολίτες, είναι υψηλότερα και από τις τέσσερις χώρες της Νότιας Ευρώπης που εφάρμοσαν μέτρα λιτότητας ως αποτέλεσμα της μεγάλης οικονομική κρίσης, αλλά είναι υψηλότερα και από τον μέσο όρο των κρατών μελών της ΕΕ.

Στο ίδιο μήκος κύματος, κατά τη διετία 2012-2013 υλοποιήθηκε μελέτη που διερεύνησε τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν ασθενείς που έπασχαν από μία χρόνια πάθηση, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πιο συγκεκριμένα τα προβλήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας που δημιούργησε για τους συγκεκριμένους ασθενείς η έναρξη της οικονομικής κρίσης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το 26% των ασθενών δεν αδυνατούσαν να έχουν πρόσβαση σε κάποια δημόσια δομή υγείας και ο ένας στους δύο δεν μπορούσε να λάβει την απαιτούμενη θεραπεία εξαιτίας αυτών των προβλημάτων (Souliotis et al., 2014). Εκτός από αυτό η επιστημονική ομάδα που υλοποίησε τη μελέτη επισήμανε ότι σύμφωνα με εξειδικευμένο για την πάθηση ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 92%, αλλά και σύμφωνα με τα όσα ανέφερε το 96% των φαρμακοποιών ότι, ασθενείς που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετώπισαν την διετία 2012-2013 πολλά προβλήματα στη λήψη της απαιτούμενης θεραπευτικής αγωγής εξαιτίας των αλλαγών που έλαβαν χώρα στα κανάλια διανομής των εν λόγω θεραπευτικών σχημάτων. Επίσης σε ότι συνδέεται με τον περιορισμό στην πρόσβαση, ιδιαίτερα σημαντικά ήταν τα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι ασθενείς στον προγραμματισμό κάποια επίσκεψης σε μία δημόσια δομή υγείας, τόσο λόγω τη μεγάλης αναμονής που παρουσιάζονταν, όσο και λόγω του υψηλού κόστους που απαιτούσε η μετάβαση στην αναγκαία για τη λήψη της θεραπείας νοσοκομειακής δομής (Σουλιώτης κ.α., 2018).

Παράλληλα τα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης παρουσιάστηκαν πολλά προβλήματα που συνδέονταν με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από ασθενείς που έπασχαν από κάποια μορφή καρκίνου. Σε επιστημονική μελέτη που διενεργήθηκε τέσσερα χρόνια μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης

στην Ελλάδα, οι τρεις στους δέκα ασθενείς που αντιμετώπιζαν κάποια μορφή καρκίνου, αντιμετώπισε μεγάλες δυσκολίες στην προσπάθειά του να μεταβεί σε μία δημόσια νοσοκομειακή δομή ώστε να λάβει την απαιτούμενη θεραπεία, κατά τη διάρκεια του 2013. Ακόμα, ο ένας στους δύο ασθενείς δεν είχε τη δυνατότητα να προγραμματίσει κάποια επίσκεψη για την υλοποίηση των αναγκαίων εξετάσεων και το 44% αυτών δεν μπορούσε να ανταπεξέλθει στην οικονομική επιβάρυνση που δημιουργούσε η επίσκεψη σε κάποιον ιδιώτη εξειδικευμένο σε ογκολογικά περιστατικά ιατρό (Souliotis, Agapidaki and Papageorgiou, 2015).

Ομοίως ασθενείς που εξαιτίας της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών παρουσίασαν Ηπατίτιδα C, σε ποσοστό 80% αντιμετώπισαν ιδιαίτερες δυσκολίες στην προσπάθεια τους να επισκεφτούν κάποιον ιατρό, ή στην προσπάθεια να λάβουν την απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή. Επιπρόσθετα, σε ποσοστό 56,1% αυτών, επισήμαναν ότι δεν έλαβαν καθόλου, ή καθυστέρησαν σε μεγάλο βαθμό τη λήψη της αναγκαίας θεραπευτικής αγωγής. Εν κατακλείδι πρέπει να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ασθενείς της εν λόγω μελέτης ανέφεραν ότι τα τελευταία χρόνια επιδεινώθηκαν αμφοτέρως η οικονομική τους και η ψυχολογική τους κατάσταση, ενώ παρουσίασαν και χαμηλότερη διάθεση να συμμορφωθούν στις θεραπευτικές οδηγίες και συμβουλές του ιατρού που παρακολουθούσε την εξέλιξη της πορείας της υγείας τους (Σουλιώτης κ.α., 2018).

4.5 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν εκτενείς αναφορές που συνδέουν την εμφάνιση οικονομικών κρίσεων με δυσμενείς συνέπειες στην υγεία των πολιτών και στα υγειονομικά συστήματα σε διάφορες χώρες, εξαιτίας των μέτρων λιτότητας που λαμβάνουν οι εκάστοτε πολιτικές ηγεσίες, στοχεύοντας στην εξυγίανση των οικονομικών μεγεθών. Στην κατεύθυνση αυτή η υψηλή ανεργία, η μείωση των κοινωνικών δαπανών και οι δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν εξαιτίας της εμφάνισης των οικονομικών κρίσεων, επιδεινώνουν την υγεία των πολιτών των χωρών που υφίσταται τις επιπτώσεις των κρίσεων (ECDC, 2013). Υπό το πρίσμα αυτό, οι τρεις μεγάλες οικονομικές κρίσεις του 20^{ου} αιώνα, η μεγάλη ύφεση του 1929, η ύφεση που προκάλεσε η πτώση των καθεστώτων των χωρών του πρώην

Ανατολικού Μπλοκ στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και η μεγάλη ύφεση των χωρών της Ανατολικής Ασίας στα τέλη της δεκαετίας του 1990, δημιούργησαν μεγάλα προβλήματα στην υγεία των πολιτών, καθώς πληθώρα επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών παραθέτουν στοιχεία που τεκμηριώνουν του λόγου το αληθές (Mladovsky et al., 2012).

Ομοίως η έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και η εφαρμογή των διαρθρωτικών μέτρων λιτότητας σηματοδότησαν την απαρχή μίας σειράς δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία των ελλήνων πολιτών. Συγκεκριμένα, τη χρονιά έναρξης της κρίσης οι περικοπές στον ελληνικό προϋπολογισμό πυροδότησαν τη ραγδαία αύξηση επιδημιών όπως η ελονοσία, ο ιός δυτικού Νείλου, ο H1N1 (Bonovas and Nikolopoulos 2012). Επίσης μελέτη επισημαίνει ότι την περίοδο 2010-2013 στη χώρα, οι περιπτώσεις μολύνσεων από τον ιό HIV των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών αυξήθηκαν κατακόρυφα σε σύγκριση με την προηγούμενη τετραετία σε ποσοστό 330%. Η εξέλιξη αυτή σημειώθηκε εξαιτίας της υποχρηματοδότησης των προγραμμάτων παρέμβασης στις συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών (Stuckler and Basu, 2013). Ακόμα, η οικονομική κρίση συνετέλεσε στην επανεμφάνιση κρουσμάτων ελονοσίας σε ασθενείς το 2009, έπειτα από τριάντα χρόνια, ενώ οι περιπτώσεις ασθενών που εμφάνισαν φυματίωση το 2010 αυξήθηκε κατά 200% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά (Kentikelenis et al., 2014). Ένα από τα μεγάλα προβλήματα που συνδέεται με τις συνέπειες της κρίσης και της αυξημένης ζήτησης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι η αύξηση των περιστατικών ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στα δημόσια νοσοκομεία. Επιστημονικές μελέτες επισημαίνουν ότι τα συγκεκριμένα ποσοστά, ιδιαίτερα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, είναι ιδιαίτερα υψηλά. Ακόμα, τα πρώτα χρόνια της κρίσης τα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στα ελληνικά νοσοκομεία αφορούσαν 230 με 450 περιπτώσεις μηνιαίως (Apostolououlou et al., 2013; ECDC, 2017).

Επιπλέον, η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης επηρέασε ιδιαίτερα αρνητικά την ψυχική υγεία των ασθενών περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο τομέα της υγείας των ελλήνων πολιτών (Giotakos, Karabelas and Kafkas, 2011; Zavras et al., 2012). Σύμφωνα με τον Giotakos και συν (2011), οι πολίτες ποθυ αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες, παρουσιάζουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κάποιο ψυχικό νόσημα, ανεξάρτητα από το επίπεδο των

εισοδημάτων τους και την κοινωνικοοικονομική τους θέση (Karaniolos et al., 2013). Υπό την έννοια αυτή η ψυχική υγεία των πολιτών της Ελλάδας τα τρία πρώτα χρόνια από την έναρξη της οικονομικής κρίσης επιδεινώθηκε σημαντικά, γεγονός που επαληθεύεται από την αύξηση των επισκέψεων σε δομές ψυχικής υγείας σε ποσοστό που ανέρχεται σε 120% (Anagnostopoulos and Soumaki, 2013).

Σε μελέτη που υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της «Τηλεφωνικής Γραμμής Βοήθειας για την Κατάθλιψη», το 28,7% των κλήσεων που έλαβε η συγκεκριμένη γραμμή επικοινωνίας συνδέονταν με ασθενείς που εμφάνιζαν αγχώδεις διαταραχές, εξαιτίας της αδυναμίας των ασθενών να προσφύγουν σε αντίστοιχους θεράποντες ιατρούς, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετώπιζαν. Στο πλαίσιο έρευνας για την εθνική νοσηρότητα και για τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ασθενειών στους πολίτες, το ποσοστό των πολιτών που εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους το 2014 διαμορφώθηκε σε 24%, ενώ το ποσοστό των ασθενών που παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης διαμορφώθηκε σε 16%. Εκτός από αυτό, τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης επισήμαναν τη συσχέτιση της εμφάνισης συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης, με την ανεργία (ΕΚΠΑ, 2015).

Επίσης επιστημονική μελέτη επισήμανε ότι στο πλαίσιο μίας μεγάλης σε διάρκεια οικονομικής κρίσης, οι πολίτες που ξεπερνούσαν τα 45 έτη ζωής, οι πολίτες που είναι έγγαμοι, οι άνεργοι, οι πολίτες που διαβιούν στην πρωτεύουσα της Ελλάδας και εκείνοι που είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, παρουσίαζαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης. Εκτός από αυτό η συγκεκριμένη μελέτη υποστήριξε ότι οι άρρενες πολίτες που βρίσκονται στο ηλικιακό στάδιο μεταξύ των 25–44 ετών, που παρουσίαζαν όλα τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν γενικευμένο άγχος (Οικονόμου κ.α., 2013).

Στην ίδια κατεύθυνση τα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης η αύξηση των θανάτων από αυτοκτονίες αυξήθηκε δραματικά. Εάν και η Ελλάδα βρίσκεται στην τελευταία θέση ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ σε ότι συνδέεται με περιπτώσεις αυτοκτονίας των πολιτών της, τα πρώτα τέσσερα χρόνια μετά την έναρξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε σημαντικά, σε σχέση με τη χρονιά που ξεκίνησαν τα πρώτα σημάδια της οικονομικής κρίσης να επιδρούν στον κοινωνικό ιστό. Συγκεκριμένα το 2010 ο αριθμός των αυτοκτονιών στη χώρα ήταν 377, ενώ το 2014 αυξήθηκαν κατά 188 περιπτώσεις. Στο

σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι οι περισσότερες αυτοκτονίες σημειώθηκαν το 2012, ενώ σύμφωνα με μελέτη, ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά 100 χιλιάδες κατοίκους αυξάνονταν κατά 0,19 περιπτώσεις, όταν σημειώνονταν αύξηση της ανεργίας κατά 1% (Rachiotis et al., 2015). Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας ταυτίζονται με μελέτη που υλοποιήθηκε στις ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο 1979–2007 και αφορούσε το ίδιο ακριβώς θέμα. Υπό το πρίσμα αυτό η εν λόγω επιστημονική μελέτη οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι όταν η ανεργία σε κάποια χώρα αυξάνονταν κατά 1%, ο αριθμός των αυτοκτονιών και των ανθρωποκτονιών αυξάνονταν σε ποσοστό περίπου 0,8% (Falagas et al., 2009).

Στο ίδιο μήκος κύματος, σε άλλη μελέτη η ερευνητική ομάδα συμπέρανε ότι όταν η ανεργία στους άνδρες σε κάποια χώρα αυξάνεται κατά 1%, τότε ο αριθμός των περιπτώσεων αυτοκτονιών αυξάνεται σε ποσοστό 0,72% (Reeves and Stuckler, 2015). Σε μία ακόμα μελέτη που υλοποιήθηκε στην Ελλάδα οι μελετητές προσπάθησαν να διερευνήσουν τη συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση των αυτοκτονιών στο γυναικείο και τον ανδρικό πληθυσμό και στην αύξηση της ανεργίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι με την αύξηση της ανεργίας τα πρώτα χρόνια της κρίσης, το ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού που έκανε κάποια απόπειρα αυτοκτονίας ήταν κατά 100% μεγαλύτερο από τους άνδρες, ενώ σε ποσοστό 15,34% η απόπειρα επαναλαμβάνονταν το ίδιο έτος, ενώ σε ποσοστό 75% η απόπειρα επαναλαμβάνονταν σε χρονικό διάστημα δύο ετών (Fountoulakis et al., 2015). Ανεξάρτητα όμως από τα ευρήματα αυτά, τα επόμενα χρόνια οι περιπτώσεις ελλήνων πολιτών που εξέφραζαν αυτοκτονικό ιδεασμό και των περιπτώσεων που έκαναν κάποια απόπειρα αυτοκτονίας άρχισαν να μειώνονται αγγίζοντας σχεδόν τα προ κρίσης επίπεδα (Economou et al., 2016).

Εν κατακλείδι πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων από την έναρξη της οικονομικής κρίσης τα ποσοστά της συνολικής θνησιμότητας ελαττώθηκαν. Εντούτοις οι θάνατοι που σημειώθηκαν από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της περίθαλψης των πολιτών αυξήθηκαν, όπως μεγάλη αύξηση σημείωσαν και οι θάνατοι από παθήσεις του πεπτικού συστήματος, αλλά και από επιπλοκές που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια επιπλοκών που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια τοκετών και κυήσεων (Σουλιώτης κ.α., 2018). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι μερίδα της επιστημονικής κοινότητας υποστηρίζει ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών όπως παρουσιάζεται στα

αποτελέσματα των ερευνητικών προσπαθειών θα ήταν χαμηλότερα, εάν δεν εγκατέλειπαν τη χώρα αρκετά μεγάλος νεανικός πληθυσμός για κάποια χώρα του εξωτερικού, προς αναζήτηση μίας θέσης εργασίας (Laliotis, Ioannidis and Stavropoulou, 2016).

Από την άλλη πλευρά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρουσιάζεται μία μείωση των περιπτώσεων όπου ασθενείς παρουσίαζαν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα σε ποσοστό 4,7% κάθε χρόνο (Filippidis et al., 2017). Παράλληλα σημαντικείται η μείωση των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων (McKee and Stuckler, 2016; Filippidis et al., 2017). Επιπλέον σημαντική είναι η μείωση στο ποσοστό των καπνιστών του πληθυσμού (Tarantilis et al., 2015; Dom et al., 2016), αυξήθηκε το ποσοστό των ατόμων που ασκούνται, ενώ βελτιώθηκαν οι διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού και αυξήθηκε η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και οπωροκηπευτικών (Filippidis et al., 2017), ενώ σε αντίθεση με άλλες χώρες δεν σημειώθηκε αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ (Vlontzos, Duquenne and Niavis, 2017).

4.6 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο υγειονομικό προσωπικό

Όπως προαναφέρθηκε, το μέγεθος των προβλημάτων που δημιούργησε η μεγάλη οικονομική κρίση ήταν τόσο μεγάλο που επέφερε μεγάλη συρρίκνωση της ελληνικής οικονομίας γενικά, αλλά συνετέλεσε και στη μεγάλη μείωση στους προϋπολογισμούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) πιο ειδικά. Πιο συγκεκριμένα τα διαρθρωτικά μέτρα λιτότητας επέφεραν δραματική ελάττωση των προϋπολογισμών των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων, μειώσεις που άγγιξαν κατά περιόδους το 40%, σε σχέση με τα προ κρίσης επίπεδα (Γούλα κ.α., 2017). Ταυτόχρονα οι εξελίξεις αυτές σηματοδότησαν την αύξηση της ζήτησης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ ελαττώθηκε δραματικά η ζήτηση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Μπισκανάκη και Χαραλάμπους, 2017).

Ως εκ τούτου ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα αντιμετώπισε μεγάλες μειώσεις στη ζήτηση, γεγονός που ώθησε αρκετούς από τους νέους ιατρούς να μεταναστεύσουν στο εξωτερικό προς αναζήτηση εργασίας και ενός περισσότερο βιώσιμου μέλλοντος, καθώς τα εισοδήματα των ιδιωτών ιατρών μεσοσταθμικά ελαττώθηκαν δραματικά, έπειτα από την έναρξη της κρίσης (Tsoulfas, 2012; Dervenis et al., 2013). Από την

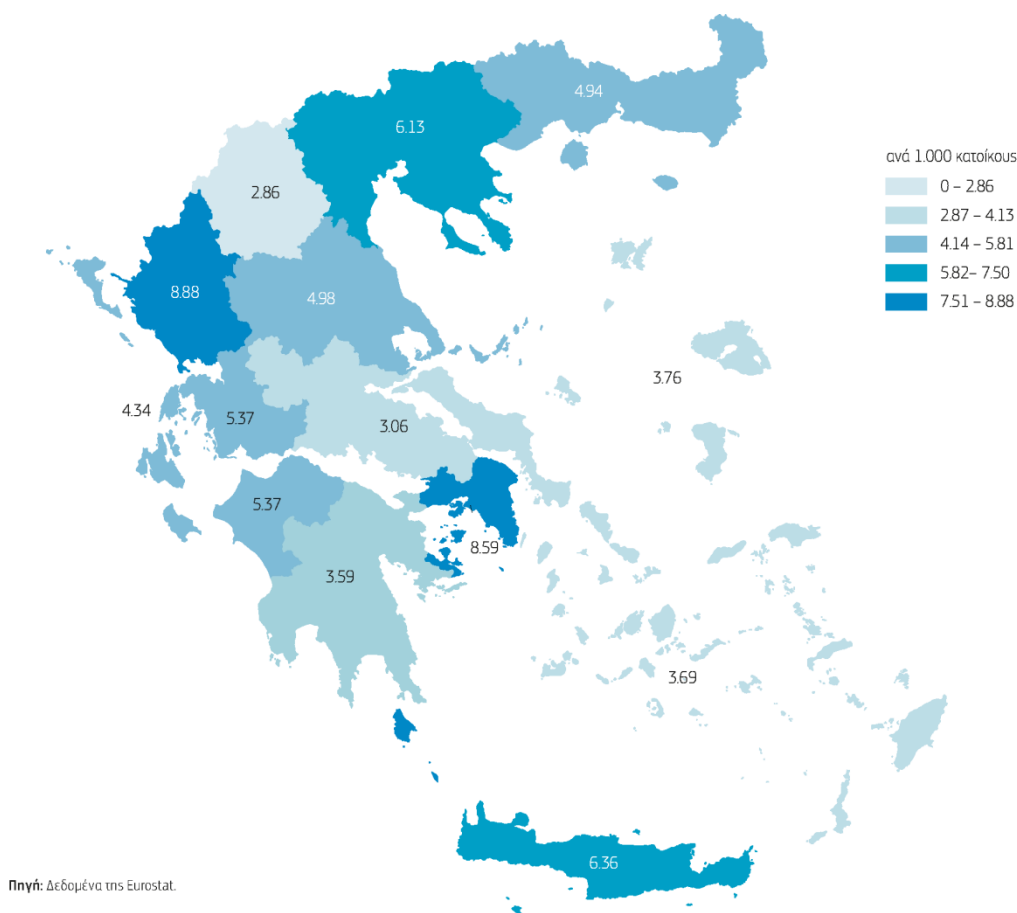
άλλη πλευρά το προσωπικό των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων δέχτηκε μεγάλες πιέσεις, καθώς αναγκάστηκε να επιφορτιστεί με πρόσθετα βάρη. Απόρροια τούτου ήταν η μείωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τις δημόσιες δομές υγείας. Σε όλη αυτή την αρνητική εξέλιξη για το προσωπικό των δημόσιων δομών υγείας προστέθηκε και η δραματική μείωση του προσωπικού εξαιτίας αφενός της συνταξιοδότησης μερίδας του υγειονομικού προσωπικού, αφετέρου η μη πρόσληψη νέου προσωπικού ως εκπλήρωση των δεσμεύσεων των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας στην ΕΕ και το Διεθνές Νομισματικού Ταμείου (Μπισκανάκη και Χαραλάμπους, 2017).

Επομένως το υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στις δημόσιες νοσοκομειακές και μη δομές άρχισε να καταπονείται σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά, καθώς κλήθηκε να ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας, με ελαττωμένη χρηματοδότηση και ελαττωμένο αριθμό ανθρώπινων πόρων. Όλες αυτές οι εξελίξεις έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην εξυπηρέτηση των πολιτών που αντιμετωπίζουν κάποιο υγειονομικό πρόβλημα, καθώς αυξήθηκαν οι λίστες αναμονής για την υλοποίηση κάθε χειρουργικής επέμβασης, αλλά και παρουσιάζονται μεγάλες ουρές αναμονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του συνόλου των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Μπισκανάκη και Χαραλάμπους, 2017).

Υπό το πρίσμα αυτό τα στοιχεία του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια της τετραετίας 2010-2013 η μείωση του αριθμού του ιατρικού προσωπικού διαμορφώθηκε στο 35%, ενώ τα πρώτα οκτώ χρόνια από την έναρξη της κρίσης η συνολική μείωση του αριθμού του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στις δημόσιες δομές υγείας αγγίζει τους 18 χιλιάδες (Σουλιώτης κ.α., 2018). Ωστόσο στην Ελλάδα παρατηρείται το παράδοξο της υπερπροσφοράς ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομειακά ιδρύματα και η άνιση κατανομή τους ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, ανεξάρτητα από τη γενική μείωση του συνολικού αριθμού των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας. Όμως, σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται υποστελέχωση σε αρκετές ειδικότητες, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας (Ifanti et al., 2013; Clarke et al., 2016).

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτουν επαγγελματικές ενώσεις ιατρών, το 25% των εγγεγραμμένων στα μητρώα των εν λόγω ενώσεων είναι άνεργοι, ενώ μόνο την

περίοδο 2009-2015, 340 ιατροί εγκατέλειψαν τη χώρα για το εξωτερικό, με στόχο την αναζήτηση εργασίας. Σε ότι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στις δημόσιες δομές υγείας η κατάσταση είναι ακόμα πιο δραματική, καθώς παραδοσιακά παρουσιάζονταν ελλείψεις στους συγκεκριμένους επαγγελματίες υγείας, ελλείψεις που κατά τη διάρκεια της κρίσης αυξήθηκαν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό. Πρέπει δε να τονιστεί ότι το εν λόγω πρόβλημα μεγεθύνθηκε ακόμα περισσότερο εξαιτίας των περιορισμένων προσλήψεων που υλοποιήθηκαν στο δημόσιο τομέα υγείας από το 2010 και μετά (ΟΟΣΑ, 2017). Στην εικόνα (3) αποτυπώνεται η άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού της Ελλάδας που απασχολείται στις δημόσιες δομές υγείας.

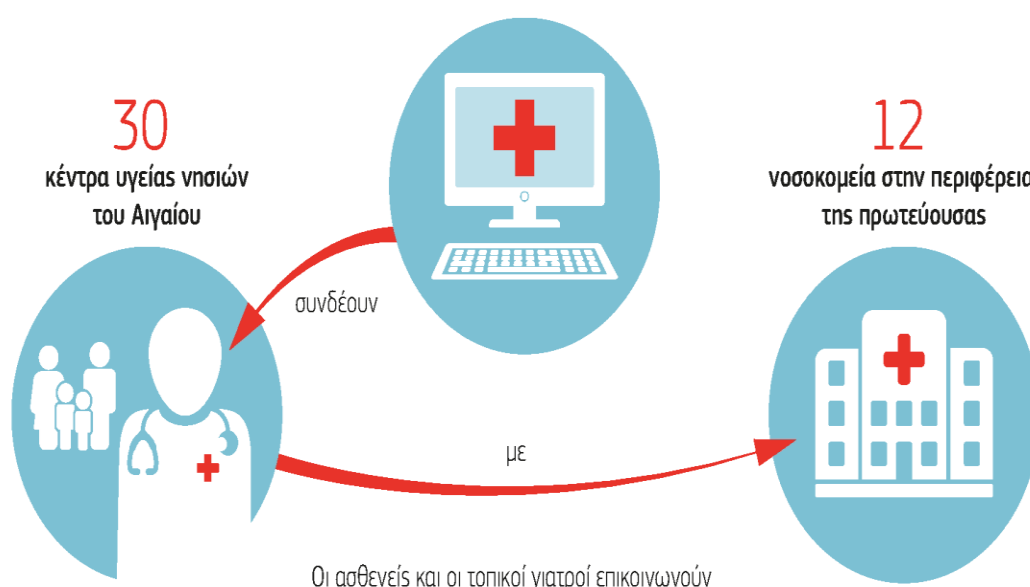


Εικόνα 3: Η κατανομή του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στον δημόσιο τομέα ανά την ελληνική επικράτεια

Πηγή: (Eurostat, 2017)

Ένα ακόμα παράδοξο του ελληνικού συστήματος υγείας που επιδείνωσε η έναρξη της οικονομικής κρίσης και η εφαρμογή των διαρθρωτικών μέτρων είναι η άνιση

κατανομή τόσο των πόρων, όσο και του υγειονομικού προσωπικού και κυρίως του ιατρικού. Οι υλικοί πόροι που συνδέονται με τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα κατανέμονται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα, στα κέντρα υγείας και στις κλινικές που λειτουργούν με ιδιωτικό καθεστώς. Τοιουτοτρόπως, περισσότερα από τα 283 νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας έχουν ιδιωτικό ιδιοκτησιακό καθεστώς και διαθέτουν περισσότερες από το 35% του συνολικού αριθμού των κλινών της χώρας. Εκτός από αυτό στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν και δραστηριοποιούνται περισσότερα από 3,5 χιλιάδες ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Επιπρόσθετα, τόσο το προσωπικό των δημόσιων δομών υγείας, όσο οι αντίστοιχες υποδομές, αλλά και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός βρίσκονται συγκεντρωμένα στις αστικές περιοχές της χώρας. Την κατάσταση αυτή επιδείνωσε σε ακόμα μεγαλύτερο το σχέδιο συγχωνεύσεων που υιοθέτησαν οι ελληνικές κυβερνήσεις έπειτα από την έναρξη της κρίσης, με αποτέλεσμα την αύξηση των μη ικανοποιούμενων αναγκών των κατοίκων των μη αστικών περιοχών. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής εικόνα (4), ώστε να μπορέσουν να επιλυθούν προβλήματα μέσω της διασύνδεσης με την τεχνολογία, των ειδικών ιατρών των μεγάλων νοσοκομείων των αστικών περιοχών με τους γιατρούς των Κέντρων Υγείας, με στόχο την παροχή συμβουλών και στήριξης, με περιορισμένα όμως αποτελέσματα (ΟΟΣΑ, 2017).

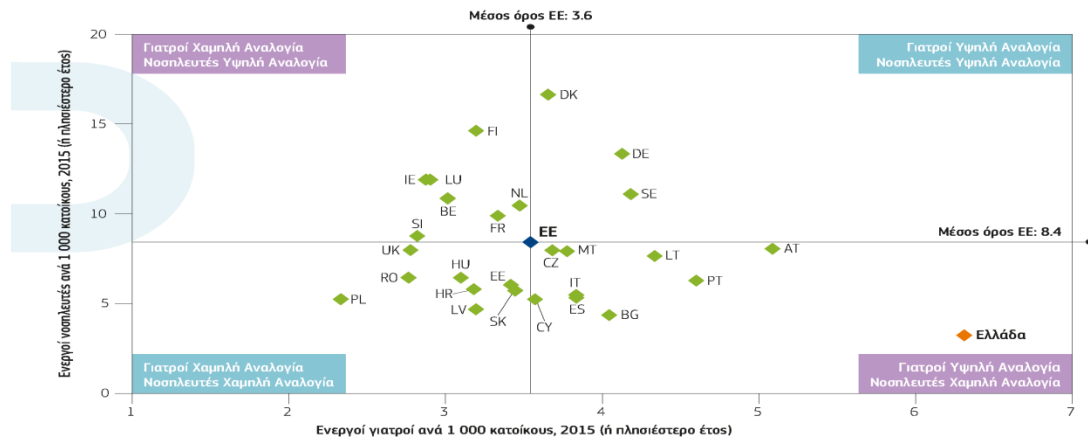


Εικόνα 4: Διασύνδεση Κέντρων Υγείας με Μεγάλα νοσοκομεία μέσω της τηλεϊατρικής

Πηγή: (ΟΟΣΑ, 2017)

Επί παραδείγματι το 2015 οι νοσοκομειακές κλίνες οξείας νοσηλείας που αντιστοιχούσαν σε κάθε 100 χιλιάδες κατοίκους της χώρας ήταν 360, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος των κρατών μελών της ΕΕ την ίδια περίοδο ήταν 418. Παράλληλα την περίοδο αυτή ο αριθμός των αντίστοιχών κλινών που αντιστοιχούσαν στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών της Κεντρικής Ελλάδας ήταν τρεις φορές μικρότερος, σε σύγκριση με τους κατοίκους της Περιφέρειας Αττικής. Η κατάσταση στα διάφορα απομακρυσμένα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας είναι ακόμα χειρότερη. Επιπρόσθετα, την εν λόγω κατάσταση επιδείνωσε η μερική πρόσληψη υγειονομικού προσωπικού που υλοποιήθηκε στη χώρα τα τελευταία δέκα χρόνια περίπου (ΟΟΣΑ, 2017).

Ωστόσο στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι η Ελλάδα βρίσκεται με διαφορά στην πρώτη θέση της ΕΕ στην αναλογία ιατρικού προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας, μία αναλογία που στο 2017 διαμορφώθηκε σε 6,3 γιατρούς ανά χίλιους κατοίκους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συγκεκριμένων γιατρών είναι εξειδικευμένοι γιατροί, ενώ σε μικρότερο ποσοστό περίπου 6% από αυτούς ανήκουν στην κατηγορία των οικογενειακών ή γενικών ιατρών. Από την άλλη πλευρά ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σήμερα στις δημόσιες δομές υγείας ως αποτέλεσμα των οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων στη χώρα τα τελευταία, χρόνια είναι σημαντικά μικρότερος. Πιο αναλυτικά η αναλογία των ελλήνων νοσηλευτών σε σύγκριση με τον πληθυσμό είναι 3,2 νοσηλευτές ανά χίλιους κατοίκους, ένα ποσοστό που κατατάσσει τη χώρα στην τελευταία θέση της λίστας ανάμεσα στις χώρες που ανήκουν στην ΕΕ (ΟΟΣΑ, 2017). Στην εικόνα (4) αποτυπώνεται η αναλογία γιατρών και νοσηλευτών ανά χίλιους κατοίκους στα κράτη μέλη της ΕΕ.



Εικόνα 5: Η αναλογία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ανά χίλιους κατοίκους στα κράτη μέλη της ΕΕ

Πηγή: (ΟΟΣΑ, 2017)

4.7 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Τα διαρθρωτικά μέτρα λιτότητας που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις και οι μεγάλες μειώσεις στους προϋπολογισμούς του τομέα της υγείας σηματοδότησαν την αδυναμία του ελληνικού υγειονομικού συστήματος υγείας να αναπτύξει αξιόπιστους δείκτες μέτρησης της ποιότητας των δομών του. Συγκεκριμένα, το ελληνικό υγειονομικό σύστημα δεν διαθέτει τους κατάλληλους δείκτες ποιότητας ώστε να είναι σε θέση να αξιολογήσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους χώρους που παρέχεται αυξημένη και οξεία φροντίδα, αλλά και δείκτες που αξιολογούν την ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα και τα ποσοστά εμφάνισης εμφραγμάτων και ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων. Εάν και από το 2010 όλα τα νοσοκομεία που διαθέτουν περισσότερες από τετρακόσιες κλίνες υποχρεούνται και διαθέτουν επιτροπές ποιότητας, οι οποίες επιφορτίζονται με την προώθηση της εφαρμογής των αρχών ποιότητας, εντούτοις δεν υπάρχει ένας δημόσιος μηχανισμός που να συγκεντρώνει τα επιμέρους στοιχεία και να τα αξιολογεί. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι θεσμοθετημένοι δημόσιοι φορείς που ασχολούνται με τη ρύθμιση διάφορων δραστηριοτήτων της ποιότητας και δεν ασχολούνται με την εφαρμογή συστηματικά οργανωμένων προγραμμάτων που διασφαλίζουν την ποιότητα (ΟΟΣΑ, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Οι μεταρρυθμίσεις στην ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το 2009 μέχρι σήμερα

Η έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και η υπογραφή των τριών μνημονίων σηματοδότησαν τη λήψη διαρθρωτικών μέτρων σε όλους τους τομείς της ελληνικής οικονομίας (Mavridis, 2018). Ειδικότερα στον χώρο της υγείας οι υποχρεώσεις της χώρας ήταν η μείωση των δημοσίων δαπανών από 7% του ΑΕΠ σε 6% του ΑΕΠ το 2012 και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του ΕΣΥ που θα επιτυγάνονταν μέσα από την εισαγωγή μίας δέσμης μεταρρυθμιστικών μέτρων (Νιάκας, 2014). Οι σημαντικότερες αλλαγές που έλαβαν χώρα στον τομέα της ΠΦΥ σε όλη τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης διακρίνεται σε δύο περιόδους. Η πρώτη περίοδος συνδέεται με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ) το 2011, ενώ η δεύτερη περίοδος που ξεκίνησε το 2012 και διαρκεί μέχρι σήμερα συνδέεται με την ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) (Ματθαίος και Δομάγερ, 2016).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι με το νομοσχέδιο που ψηφίστηκε το 2010 και συγκεκριμένα με το Ν. 3852/2010 που αφορούσε το σχέδιο Καλλικράτης, πραγματοποιήθηκε μεταφορά των αρμοδιοτήτων των δομών της ΠΦΥ από τις Υγειονομικές Περιφέρειες στη διοίκηση των δήμων και των Περιφερειών. Παράλληλα οι ειδικές ρυθμίσεις του νομοσχεδίου προέβλεπαν τη χορήγηση των ανάλογων πόρων για την εύρυθμη λειτουργία των δομών της ΠΦΥ, τη μεταφορά του συνόλου των υπηρεσιών των εν λόγω δομών και του προσωπικού τους (Ρούπα κ.α., 2014). Με την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν. 3868/2010 καθιερώθηκε η λειτουργία των νοσοκομειακών ιδρυμάτων σε 24ωρη βάση και ως εκ τούτου η λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων τα οποία παρείχαν ΠΦΥ στους πολίτες. Το επόμενο νομοσχέδιο που ψηφίστηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο ήταν ο Ν. 3892/2010, ο οποίος με στόχο την αντιμετώπιση της αλόγιστης συνταγογράφησης και τη μείωση του αριθμού των παραγγελιών σε υγειονομικό υλικό που είναι αναγκαίο

για την εκτέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων, εισήγαγε την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την ηλεκτρονική καταχώρηση των στοιχείων των ασθενών για τα παραπεμπτικά των εξετάσεων (Ματθαίος και Δομάγερ, 2016).

Ωστόσο το νομοσχέδιο σταθμός που ψήφισε η ελληνική κυβέρνηση και τα κόμματα της αντιπολίτευσης και ουσιαστικά άλλαξε το μέχρι πρότινος *status quo* στον χώρο της υγείας και του ασφαλιστικού τομέα ήταν ο νόμος Ν.3918/2011 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΠΥ, έπειτα από τη συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών της χώρας (ΙΚΑ,ΟΓΑ,ΟΑΕΕ,ΟΠΑΔ), ο οποίος εφεξής θα λειτουργούσε ταυτόχρονα ως αγοραστής και πάροχος εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Εν συνεχεία με τη δημοσιοποίηση του ΦΕΚ 545/01.03.2012 ξεκίνησε η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η υποχρεωτική συνταγογράφηση της δραστικής ουσίας και η συστηματική προώθηση των γενόσημων φαρμάκων. Με την απόφαση αυτή το κράτος υποχρέωνε τον ΕΟΠΠΥ να καλύπτει το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης που αφορούσε την τιμή του φαρμακευτικού σκευάσματος με τη χαμηλότερη τιμή, ενώ το υπόλοιπο ποσό θα το καλύπτει ο ασθενής. Το επόμενο στάδιο ήταν η ψήφιση του ΦΕΚ Β΄ 3054/2012 με το οποίο συντάχθηκε ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών (ΕΚΠΥ), με τον οποίο καθορίζεται η οργάνωση, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών, καθώς και η αποζημίωση που καταβάλουν οι συμβαλλόμενοι (Ματθαίος και Δομάγερ, 2016).

Επιπλέον με την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν. 4052/2012 άλλαξε ο τρόπος οργάνωσης των ΥΠΕ ώστε να υπάρχει ταύτιση με τις αποκεντρωμένες Διοικήσεις που προέβλεπε ο Καλλικράτης. Το επόμενο μεταρρυθμιστικό στάδιο ήταν η δημοσιοποίηση του ΦΕΚ 2551 Β/7-10-2013 που καθόρισε τον τρόπο με το οποίο θα αποδίδεται το rebate στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, ενώ με τον νόμο Ν. 4338/2014 δημιουργήθηκε το ΠΕΔΥ και καθιερώθηκε η ένταξη των υπηρεσιών της ΠΦΥ του ΕΟΠΠΥ στη δικαιοδοσία των ΥΠΕ. Η ψήφιση του ΦΕΚ 490 Β/01-04-2015 κατάργησε το εισιτήριο των πέντε ευρώ που έδινε ως αντάλλαγμα κάθε ασθενής που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ ο νόμος Ν. 4368/2016 έδωσε τη δυνατότητα στους ανασφάλιστους και τους μετανάστες να καλύπτονται ασφαλιστικά από το ΠΕΔΥ. Στον πίνακα () παρουσιάζονται τα σημαντικότερα νομοσχέδια που ψήφισαν οι ελληνικές κυβερνήσεις και σχετίζονται με την ΠΦΥ, έπειτα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης στη χώρα. Το τελευταίο ιδιαίτερα σημαντικό νομοσχέδιο που διαμόρφωσε τον τρόπο λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα ήταν η ψήφιση του νόμου Ν.

4486/2017 με το οποίο δημιουργήθηκαν οι ΤΟΜΥ ενώ καθιερώνεται ο οικογενειακός ιατρός, βάσει του επίμαχου νομοσχεδίου, να αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας της χώρας (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Πίνακας 14: Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις στην ΠΦΥ από την έναρξη της οικονομικής κρίσης

ΝΟΜΟΣ-ΕΤΟΣ	ΓΕΓΟΝΟΤΑ
Ν. 3852/2010	Πρόγραμμα «Καλλικράτης», μια σειρά αρμοδιοτήτων των ΔΥΠΕ και των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας υπάγεται υπό την ευθύνη του Δήμου. Διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
Ν. 3918/2011	Διαμόρφωση ενιαίου και δημόσιου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών υπό τον ΕΟΠΥΥ. Λειτουργική ενοποίηση όλων των υπαρχουσών μονάδων.
Ν. 4238/2014	ΠΕΔΥ Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας.
Ν. 4272/2014	Ρυθμίσεις μεταμοσχεύσεων, ψυχικής υγείας, αναπαραγωγή.
Ν. 4316/2014	Ίδρυση του Εθνικού Παρατηρητηρίου Άνοιας, περιγεννητικά κέντρα στα νοσοκομεία, προαγωγή μητρικού θηλασμού.
Ν. 4486/2017	Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ίδρυση ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας). Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

Πηγή: (Μαλαβάζος κ.α., 2019, παράρτημα)

Το σύνολο των ανωτέρω μεταρρυθμίσεων είχε σοβαρό αντίκτυπο τόσο στον τρόπο λειτουργίας της ΠΦΥ και του συστήματος υγείας γενικότερα, όσο και στη ζωή των πολιτών (Νιάκας, 2014; WHO, 2015). Τα στοιχεία που δημοσίευσε η Ελληνική Στατιστική Αρχή επισημαίνουν ότι οι συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις έδωσαν ώθηση

στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης που κάλυπταν οι πολίτες από τον οικογενειακό τους προϋπολογισμό, ενισχύοντας σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό την ιδιωτική δαπάνη στον τομέα της ΠΦΥ στη χώρα (ΕΛΣΤΑΤ, 2019), ενώ ταυτόχρονα αποτυπώνεται η μείωση της πρόσβασης που είχαν στις δομές της ΠΦΥ οι μειονοτικές ομάδες, αλλά και οι άνθρωποι της τρίτης ηλικία, οι ανασφάλιστοι, οι άνεργοι και οι πολίτες που δεν είχαν υψηλά εισοδήματα (Economidou, 2015). Σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ η κάλυψη των αναγκών των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας της ΠΦΥ άγγιζαν το 80%, γεγονός που αποτύπωνε με τον καλύτερο τρόπο ότι η εφαρμογή των διαρθρωτικών μέτρων λιτότητας και η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, ως απότοκος των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας, μείωσαν την αποδοτικότητα του συστήματος (Boerma et al., 2015).

5.2 Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ

Τα διαρθρωτικά μέτρα που εφάρμοσαν οι ελληνικές κυβερνήσεις μετά την έναρξη της κρίσης οδήγησαν σε αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν ήδη υψηλές όταν ξεκίνησε η οικονομική κρίση το 2009, ενώ και το 2012 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα παρέμειναν στο ίδιο επίπεδο, αποτυπώνοντας με τον καλύτερο τρόπο ότι η πολιτική της λιτότητας που εφαρμόστηκε στη χώρα δεν είχε σωστό προσανατολισμό (Νιάκας, 2014). Ο ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε μία μεγάλη διοικητική μεταρρύθμιση που εφαρμόστηκε στον χώρο της υγείας, ως υλοποίηση του νόμου Ν. 3918/2011. Με βάση το συγκεκριμένο νομοσχέδιο στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν οι υπηρεσίες υγείας, οι δομές και το προσωπικό του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), το διαγνωστικό κέντρο εργασίας του ΙΚΑ με τον τεχνολογικό εξοπλισμό του, καθώς και οι δομές υγείας των ασφαλιστικών ταμείων του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), καθώς και η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ). Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι στον ΕΟΠΥΥ με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορούσαν να ενσωματωθούν στον ΕΟΠΥΥ και άλλοι ασφαλιστικοί φορείς (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είχε πολλούς στόχους οι οποίοι κινούνταν σε διαφορετικούς κατευθυντήριους άξονες. Οι σημαντικότεροι από τους στόχους αυτούς είναι (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012):

- Παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο στους ασφαλισμένους, όσο και στους συνταξιούχους και τα μέλη των οικογενειών τους
- Ο συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας ανάμεσα στις δομές της ΠΦΥ, δηλαδή των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των δομών που παρέχουν ΠΦΥ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών του ΕΟΠΠΥ και οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Παράλληλα εκδόθηκε ο χάρτης της ΠΦΥ που στόχο είχε την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας των πολιτών δικαιούχων
- Η καθιέρωση κανόνων που σχετίζονται με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, με τη διαχείριση και τον έλεγχο των πηγών χρηματοδότησης, αλλά και της ορθολογικής και αποδοτικής αξιοποίησης των πόρων
- Ο καθορισμός των κριτηρίων για την παροχή Α΄ και Β΄ φροντίδας υγείας από τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.
- Υπό την έννοια αυτή το καινούργιο νομοσχέδιο δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ καθιερώνει τις αρχές και τους τρόπους που θα παρέχεται εφεξής η ΠΦΥ. Παράλληλα ρυθμίζονται θέματα που συνδέονται με τις παροχές του νέου ασφαλιστικού φορέα στους ασφαλισμένους. Επίσης, με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, σχεδιάζεται ένας χάρτης που οριοθετεί τον τρόπο με τον οποίο θα αξιοποιηθούν οι δομές του ΙΚΑ που παρέχουν ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι με το νομοσχέδιο Ν. 3918/2011 καθορίζεται και ο τρόπος συνεργασίας του ΕΟΠΠΥ με τους ιδιώτες συνεργάτες τους και τους προμηθευτές του συστήματος υγείας. Ακόμα επιχειρείται η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, αλλά και των πλεονεκτημάτων των ασφαλιστικών φορέων που συγχωνεύτηκαν (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

5.3 Συνέπειες από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ εάν και μπορούσε να λειτουργεί με οικονομίες κλίμακας και με τον τρόπο αυτό να ασκήσει έλεγχο στο ύψος των δαπανών, εντούτοις δεν κατάφερε να επιτευχθεί αυτή η εξέλιξη. Ο κύριος λόγος είναι ότι συνεχίστηκε η ύπαρξη και λειτουργία των διαφόρων ταμείων υγείας και οι επιμέρους δομές της. Την ίδια στιγμή ο ΕΟΠΥΥ δεν κατάφερε να εκπληρώσει το στόχο να αποτελέσει τον κύριο ασφαλιστικό τομέα της χώρας. Σύμφωνα με αναλυτές, η κυριότερη αδυναμία του ΕΟΠΥΥ ήταν ότι δεν προέβλεψε τον τρόπο ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών που έχασαν τη θέση εργασίας τους και ως εκ τούτου την ασφαλιστική τους κάλυψη, λόγω της οικονομικής κρίσης. Υπό το πρίσμα αυτό περίπου δύο εκατομμύρια έλληνες πολίτες που έχασαν τη θέση εργασίας τους δεν είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η εξέλιξη αυτή δημιούργησε έντονους προβληματισμούς, καθώς με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, απουσίαζε η κοινωνική αλληλεγγύη και η διατήρηση της συνοχής της ελληνικής κοινωνίας μέσω της προστασίας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού (Νιάκας, 2014).

Με στόχο ο νέος ασφαλιστικός φορέας να γίνει αποδεκτός από το κοινωνικό σύνολο και κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς που συγχωνεύτηκαν, ο ΕΟΠΥΥ διατήρησε όλους εκείνους τους τρόπους με τους οποίους παρέχονταν αμφότερες η νοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα, με την ταυτόχρονη χρήση των υπηρεσιών που προσέφεραν οι ιδιωτικοί φορείς. Τοιουτοτρόπως, οι πολίτες που ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και αποτελούσαν τους μισούς από τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, μπορούσαν να χρησιμοποιούν εκ νέου τις ιδιωτικές δομές υγείας, όπως και οι υπόλοιποι ασφαλισμένοι του δημοσίου, καθώς επεκτάθηκαν οι συμβάσεις του δημοσίου με όλους τους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα. Από την άλλη πλευρά, ο νέος ασφαλιστικός φορέας έλαβε μέτρα για τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης που μπορούσαν να προκαλέσουν οι ιδιώτες ιατροί, κατά την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασφαλισμένων σε υπηρεσίες υγείας. Τα πιο σημαντικά από αυτά ήταν η θέσπιση της αποζημίωσης των ιατρών στα δέκα ευρώ ανά επίσκεψη, η θέσπιση του ορίου των τριακοσίων ευρώ ως όριο πλαφόν της μηνιαίας αποζημίωσης, η εφαρμογή των κλειστών προϋπολογισμών στις υπόλοιπες δομές υγείας του ιδιωτικού τομέα και η εφαρμογή των μέτρων rebate και clowback. Το τελευταίο μέτρο αποτελεί και το μόνιμο σημείο διαφωνίας και τριβών ανάμεσα στον ΕΟΠΥΥ και τους ιδιώτες

προμηθευτές, καθώς ο νέος ασφαλιστικός φορέας δεν μπορούσε να ικανοποιήσει τις υποχρεώσεις τους προς τρίτους, εξαιτίας των ελλειμματικών προϋπολογισμών του (Νιάκας, 2014).

Σε ότι συνδέεται με τη φροντίδα που παρέχεται στα νοσοκομειακά ιδρύματα οι μεταρρυθμίσεις που έφερε η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ήταν η ένταξη τεσσάρων νοσηλευτικών ιδρυμάτων που ΙΚΑ και του συνόλου του προσωπικού τους, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παράλληλα επιχειρήθηκε αναδιάρθρωση τόσο των νοσοκομειακών ιδρυμάτων του ΕΣΥ, όσο και των κλινών τους. Ωστόσο, εάν εξαιρεθούν τρία μικρά νοσηλευτικά ιδρύματα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης τα οποία συγχωνεύτηκαν με μεγαλύτερα νοσηλευτικά ιδρύματα και καταργήθηκαν οι διοικήσεις τους, το συγκεκριμένο μέτρο δεν εφαρμόστηκε με αποτελεσματικό τρόπο. Εν κατακλείδι πρέπει να τονιστεί ότι εάν και υπήρχαν επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες (ΕΚΠΑ και ΕΣΔΥ), που στόχευαν στη συγχώνευση νοσοκομειακών ιδρυμάτων σε μεγαλύτερη κλίμακα, εντούτοις δεν υιοθετήθηκαν από τις διάφορες ελληνικές κυβερνήσεις (Νιάκας, 2014).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ εμπεριέχει ένα παράδοξο φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο εάν και τα Κέντρα Υγείας ανήκαν στα νοσοκομειακά ιδρύματα, εντούτοις εντάχθηκαν σε περιφερειακό επίπεδο και ο συντονισμός τους θα υλοποιείται πλέον από τον ΕΟΠΠΥ. Παράλληλα, στον ΕΟΠΠΥ εντάχθηκε το σύνολο των συμβεβλημένων ιατρών με τις εργασιακές σχέσεις που είχαν πριν την ψήφιση του νομοσχεδίου. Ωστόσο δεν υπήρχε πρόβλεψη για τον τρόπο που συνάπτονταν μελλοντικά οι νέες συμβάσεις (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

5.4 Η Ίδρυση του ΠΕΔΥ

Δύο χρόνια μετά από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ο νέος ασφαλιστικός φορέας ήταν ελλειμματικός εξαιτίας των μειωμένων εσόδων του. Τα ελαττωμένα έσοδα καθορίζονταν από την αδυναμία των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων να διαθέτουν πόρους, εξαιτίας της μείωσης των συντάξεων. Παράλληλα, εάν και ο ΕΟΠΥΥ αρχικά είχε ως στόχο να διαδραματίζει τον ρόλο του αγοραστή και του παρόχου υπηρεσιών υγείας, εντούτοις η εξελικτική του πορεία ανέδειξε τον ρόλο του κυρίως ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας (Νιάκας, 2014). Η ψήφιση του νομοσχεδίου Ν.4238/2014 ήταν

αποτέλεσμα διαβούλευσης ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας και στους κοινωνικούς φορείς. Στόχος του συγκεκριμένου νομοσχεδίου ήταν η αποκέντρωση της ΠΦΥ μέσω της δημιουργίας ενός Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου (ΠΕΔΥ), το οποίο βάσει του (άρθρου 1) θα υπάγεται στις διάφορες διοικήσεις των ΥΠΕ. Αξίζει δε να τονιστεί ότι ήταν μία ιδιαίτερα σημαντική νομοθετική πρωτοβουλία, καθώς δημιουργήθηκε ένας φορέας ο οποίος θα συνέδεε μεταξύ τους όλες τις κατακερματισμένες δομές στην ελληνική επικράτεια, που παρείχαν ΠΦΥ (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Με τη δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), μεταφέρθηκαν τα πολυιατρεία και τα εργαστήρια του ΙΚΑ στο Υπουργείο Υγείας. Με τη δημιουργία του ΠΕΔΥ το σύνολο των εργαζομένων και των δομών του ΕΟΠΠΥ τίθενται διοικητικά υπό την εποπτεία του ΕΣΥ και εντάχθηκαν στον διοικητικό έλεγχο των αντίστοιχων κατά περίπτωση Υγειονομικών Περιφερειών. Ακόμα με την ψήφιση του εν λόγω νομοσχεδίου το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό των εν λόγω δομών υγείας διατήρησε τις μέχρι τότε ισχύουσες εργασιακές του σχέσεις. Από την άλλη πλευρά, προωθήθηκε η συνεργασία μόνο με τους ιδιώτες ιατρούς που θα αποδεχτούν ένα θεσμικό πλαίσιο το οποίο θα ενεργοποιεί την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο ΠΕΔΥ. Η συγκεκριμένη εξέλιξη δημιούργησε ένα κύμα αντιδράσεων και αρκετοί από τους ιδιώτες ιατρούς (περίπου 2,5 χιλιάδες) δεν εντάχθηκαν στο ΠΕΔΥ και προσέφυγαν στα δικαστήρια, οι αποφάσεις των οποίων τους δικαίωσαν μερικώς. Έναν χρόνο μετά από την αρχή της εφαρμογής του νομοσχεδίου και των διοικητικών αλλαγών που προωθούσε, τα περισσότερα από τα ιατρεία του ΕΟΠΠΥ δεν λειτουργούσαν αποτελεσματικά, ενώ παράλληλα ήταν υποστελεχωμένα (Νιάκας, 2014).

Παράλληλα με την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν.4238/2014 και συγκεκριμένα με το (άρθρο 8), τροποποιήθηκε ο ρόλος του ΕΟΠΠΥ και στο εξής μετατράπηκε αποκλειστικά σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, ένα ταυτόχρονα θεσπίστηκαν κανόνες αξιολόγησης των ανωτέρω υπηρεσιών. Το εναρκτήριο λάκτισμα για τη λήψη της απόφασης αυτής αποτέλεσε η ύπαρξη και λειτουργία ουσιαστικά δύο παράλληλων συστημάτων παροχής ΠΦΥ στους πολίτες, των ιατρείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κι των δομών ΠΦΥ που ανήκουν στο ΕΣΥ. Επίσης, ανεδαφική ήταν και η παροχή ΠΦΥ από το ΕΟΠΠΥ, τη στιγμή η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα παρέχονταν από τις διοικήσεις των ΥΠΕ. Τέλος οι ρυθμίσεις του νέου νόμου έδωσαν τη δυνατότητα στον ΕΟΠΠΥ να θεσμοθετήσει ποιοτικά κριτήρια κατά τη συνεργασία του με φορείς

του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, παρέχοντας με τον τρόπο αυτό υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς, με το ελάχιστο δυνατό κόστος (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) δημιουργήθηκε για να παρέχει την ΠΦΥ στη χώρα και το οποίο συντονίζεται από τις επτά ΥΠΕ της χώρας (Athanasiadis et al., 2015). Με τη δημιουργία του ΠΕΔΥ η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από τις δομές και τους επαγγελματίες του πίνακα (15) (Economou, 2015)

Πίνακας 15: Δομές παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα

Πολυιατρεία και μονάδες του ΕΟΠΥΥ	300
Κέντρα Υγείας (αγροτικού τύπου)	193
Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ	
Συμβαλλόμενους ιδιώτες ιατρούς	22000
Οδοντίατρος	13000
Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα	3527

Πηγή: (Economou, 2015)

Πρέπει δε να τονιστεί ότι σημαντικός είναι και ο ρόλος των ΜΚΟ, των ιατρείων και των φαρμακείων των δήμων στην παροχή ΠΦΥ, αλλά και των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, αλλά και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» (Groenewegen and Jurgutis, 2013). Ακόμα στις διάφορες δημόσιες δομές απασχολούνται 3 χιλιάδες γενικοί ιατροί και ένα πλήθος άλλων επαγγελματιών υγείας όπως γυναικολόγοι, παιδίατροι, οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές και νοσηλευτές (WHO, 2015) και η επιλογή του ιατρικού προσωπικού είναι ελεύθερη (Νιάκας,

2014). Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του ΠΕΔΥ αποτελούν η Γενική κυβέρνηση, ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης και η ιδιωτική συμμετοχή των πολιτών (Ματθαίος και Δομάγιερ, 2016).

5.4.1 Ο ρόλος των Κέντρων Υγείας

Από την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν.1397/1983 καθορίστηκε η δημιουργία Κέντρων Υγείας αγροτικού και αστικού τύπου, με στόχο την αποκέντρωση των δομών υγείας και εν γένει του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Σύμφωνα με το (άρθρο 2) του νόμου Ν.4238/2014 τα Κέντρα Υγείας και τα πολυδύναμα ιατρεία εντάχθηκαν υπό τη διοίκηση των ΥΠΕ, ενώ με το (άρθρο 3) του ίδιου νομοσχεδίου καθορίζεται ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να ιδρυθούν νέα Κέντρα Υγείας και καθορίστηκε ο τομέας ευθύνης τους που πλέον θα αποκαλείται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤοΠΦΥ). Ακόμα, επιχειρείται διασύνδεση των ΤοΠΦΥ με την τοπική αυτοδιοίκηση της εκάστοτε περιοχής. Η συγκεκριμένη ρύθμιση θεωρήθηκε ιδιαίτερα αναγκαία διότι τα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου από την πρώτη δημιουργία τους, εάν και υποστελεχωμένα στις περισσότερες περιπτώσεις, ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικά, γεγονός που κατέδειξε στην κυβέρνηση την αναγκαιότητα της δημιουργίας αντίστοιχων Κέντρων Υγείας στα αστικά κέντρα. Επίσης με την καθιέρωση της λειτουργίας τους σε 24ωρη βάση, δόθηκε η δυνατότητα στους πολίτες να έχουν πλήρη κάλυψη σε υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας και αντικαταστάθηκε η ρύθμιση του νόμου που θεσμοθέτησε τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και δεν έδωσε επαρκείς και αποτελεσματικές λύσεις στο πρόβλημα (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

5.4.2 Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού

Με το (άρθρο 5) του νομοσχεδίου Ν.4238/2014 καθιερώθηκε ο θεσμός του Οικογενειακού γιατρού ως ένας ιδιαίτερα αναγκαίος θεσμός παροχής ΠΦΥ στους πολίτες. Με τον θεσμό αυτό δόθηκε η δυνατότητα στους πολίτες να απολαμβάνουν κατ'οίκον υπηρεσίες ΠΦΥ και αναδείχθηκε η σπουδαιότητα του ρόλου του, καθώς ο οικογενειακός γιατρός έχει τη δυνατότητα να παραπέμψει έπειτα από εξέταση τους ασθενείς σε άλλες ιατρικές ειδικότητες και σε κάποια δομή παροχής υπηρεσιών

υγείας, ανωτέρου επιπέδου. Με τις ρυθμίσεις του συγκεκριμένου νόμου δίνεται η δυνατότητα να επιλέξουν τον οικογενειακό γιατρό που θα αποτελεί τον προσωπικό τους ιατρό, αλλά και το δικαίωμα της επιλογής του αντίστοιχου ιατρού από το ιατρικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας που βρισκόταν πλησίον της κατοικίας τους (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Ωστόσο ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού δεν αποτελεί έναν καινούργιο θεσμό παροχής ΠΦΥ, καθώς ως θεσμός προβλέπονταν στο (άρθρο 18) του νόμου Ν.1397/1983, στο (άρθρο 32) του νόμου Ν.2519/1997, αλλά είναι θεσμοθετημένος και στα περισσότερα συστήματα ΠΦΥ των πιο αναπτυγμένων κρατών. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι στο νομοσχέδιο που προβλέπονταν η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού προτεινόταν να μην είναι υποχρεωτικός αλλά να παρέχεται στους πολίτες το δικαίωμα της επιλογής εφόσον εκείνοι το επιθυμούν. Από την άλλη πλευρά, η Ομάδα δράσης της ΕΕ και η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας υποστήριζαν ότι πρέπει να θεσμοθετηθεί ως υποχρεωτική, η παραπομπή των ασθενών στους κατά τόπους οικογενειακούς ιατρούς. Εν τέλει στις ρυθμίσεις του νόμου Ν.4238/2014 η παραπομπή των ασθενών στον οικογενειακό ιατρό δεν είναι υποχρεωτική και ο ρόλος του είναι υποστηρικτικός και καθοδηγητικός. Η απόφαση αυτή στηρίχτηκε αφενός στον νοσοκομειακοκεντρικό χαρακτήρα του ΕΣΥ, αφετέρου στην αποτυχία του συγκεκριμένου θεσμού κατά την προηγούμενη εφαρμογή του (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

5.5 Η ψήφιση του νομοσχεδίου 4486/2017

Το 2017 και με βάση τις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata η ελληνική κυβέρνηση έφερε στο κοινοβούλιο προς ψήφιση το νομοσχέδιο 4486/2017 που στόχο είχε τη βελτίωση του τρόπου παροχής ΠΦΥ στους έλληνες πολίτες. Η ΠΦΥ που παρέχονταν μέχρι το σημείο εκείνο στην Ελλάδα, χαρακτηρίζονταν από ανεπάρκεια. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (2017), η μη ύπαρξη ενός βιώσιμου και αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ στη χώρα καθορίστηκε από τις παθογένειες του ΕΣΥ. Όλες αυτές οι παθογένειες από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και το 2017 εντάθηκαν, δημιουργώντας πλήθος προβλημάτων στους πολίτες, από τις

χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας που απολάμβαναν. Η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλη τη διάρκεια της κρίσης οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής των πολιτών, αλλά και στην απουσία συντονισμένης πολιτικής που συνδέονται με την ΠΦΥ και αφορούσε την πρόληψη, αλλά και την ανυπαρξία οργανωμένων αντίστοιχων δομών ΠΦΥ. Επίσης, η μη αποτελεσματική οργάνωση συστήματος ΠΦΥ σηματοδότησε την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, καθώς οι πολίτες δεν είχαν την απαιτούμενη καθοδήγηση από τους επαγγελματίες των δομών ΠΦΥ (Υπουργείο Υγείας, 2017). Παράλληλα η ανεπάρκεια του συστήματος παροχής ΠΦΥ σχετιζόταν με μία σειρά από οργανωτικά λανθασμένες αποφάσεις που είχαν λάβει οι ελληνικές κυβερνήσεις, καθώς και από την αδυναμία του συστήματος να ενσωματώσει στις δομές του την ευρεία χρήση των διάφορων τεχνολογικών επιτευγμάτων. Ως εκ τούτου η ανάγκη για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος ΠΦΥ της χώρας κρίνονταν επιτακτικά αναγκαία και επιβεβλημένη (Hone et al., 2018).

Ο νόμος 4486/2017 προσδιορίζει τον τρόπο που θα παρέχονται πλέον στη χώρα οι υπηρεσίες ΠΦΥ και στόχος του ήταν η παροχή καθολικών, υψηλού επιπέδου και δωρεάν υπηρεσίες ΠΦΥ στους πολίτες, η προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και η εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων στον χώρο της υγείας. Παράλληλα, σύμφωνα με τον νόμο 4486/2017 οι επαγγελματίες του χώρου θα πρέπει να εφαρμόζουν την κλινική τους πρακτική μέσα από ένα πνεύμα ηθικής και δεοντολογίας και να προσπαθούν για την επίτευξη του κοινού καλού (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Πρωταρχικός σκοπός της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ που προωθούσε η ψήφιση του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017, ήταν η εξάλειψη όλων των εμποδίων πρόσβασης στο σύστημα υγείας που αντιμετώπιζαν οι έλληνες πολίτες και οι μετανάστες που κατοικούσαν στη χώρα. Οι ιθύνοντες του Υπουργείου Υγείας υποστήριζαν ότι φιλοδοξία τους ήταν οι πολίτες να εμπιστευτούν τον εκάστοτε οικογενειακό ιατρό για να τους κατευθύνει στις όποιες ανάγκες υγείας τους δημιουργηθούν και μέσω του συστήματος παραπομπών, το οποίο δεν αποτελεί νομοτελειακά ένα *gate-keeping*, να απολαμβάνουν με εύκολο τρόπο την απαιτούμενη κάθε φορά φροντίδα. Εν κατακλείδι πρέπει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον στρατηγικό σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση θα υλοποιηθεί σε τρία στάδια και θα ολοκληρωθεί το 2027. Αρχικά η μεταρρύθμιση θα εφαρμοζόταν σε αστικά και

ημιαστικά περιβάλλοντα, όπου οι δομές ΠΦΥ λειτουργούσαν πλημμελώς, γεγονός που σηματοδότησε την αυξημένη προέλευση ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των δημόσιων κατά περίπτωση νοσοκομειακών ιδρυμάτων και στα εξωτερικά ιατρεία αυτών τις πρωινές ώρες. Ως εκ τούτου ο φόρτος εργασίας στις συγκεκριμένες δομές ήταν υπερβολικά αυξημένος και δημιουργούσε σωρεία προβλημάτων στην εύρυθμη λειτουργία τους (Υπουργείο Υγείας, 2017α). Τα στάδια της μεταρρύθμισης και οι επιμέρους στόχοι του κάθε σταδίου αποτυπώνονται στον πίνακα (16).

Πίνακας 16: Στάδια ολοκλήρωσης της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ βάσει του νόμου Ν.4486/2017

ΣΤΑΔΙΑ	ΧΡΟΝΙΚΟΣ ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ	ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ
1 ^ο Στάδιο	2017 - 2020	Ανάπτυξη 239 ΤοΜΥ σε 70 περιοχές σε όλη τη χώρα (κάλυψη 27% του πληθυσμού)
2 ^ο Στάδιο	2020 - 2023	Ανάπτυξη επιπλέον 180 - 200 νέες δομές (κάλυψη 50% του πληθυσμού)
3 ^ο Στάδιο	2023 - 2027	Ενίσχυση υφιστάμενων δομών- Ανακατεύθυνση πόρων από ΔΦΥ και ΤΦΥ-Δημιουργία 200 νέων μονάδων- κάλυψη αστικού πληθυσμού και 80% του συνολικού πληθυσμού

Πηγή: (Υπουργείο Υγείας, 2017α)

5.5.1 Υπηρεσίες που παρέχουν οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα, με βάση το περιεχόμενο των άρθρων του νόμου Ν. 4486/2017 έχουν ως στόχο, την παροχή δωρεάν υγειονομική κάλυψη στο σύνολο του πληθυσμού και ισότιμη πρόσβαση σε όλους τους πολίτες και ιδιαίτερα στις κοινωνικά ευαίσθητες και ευπαθείς ομάδες. Παράλληλα, στόχος των παρόχων ΠΦΥ είναι η διασφάλιση της ποιότητας υψηλού επιπέδου υπηρεσιών στους πολίτες, η διατήρηση της ασφάλειάς τους, η λογοδοσία και η διατήρηση των κανόνων δεοντολογίας που υπαγορεύουν οι αρχές του συνόλου των εμπλεκόμενων διαφορετικών ειδικοτήτων στον χώρο, όπως ιατρική και νοσηλευτική. Ακόμα είναι υποχρέωση των δομών και των παρόχων ΠΦΥ να παρέχουν στήριξη και συμβουλευτικό ρόλο στους πολίτες, σε ότι συνδέεται με την παραπομπή τους σε όλες τις άλλες ειδικότητες του ιατρικού κλάδου, ώστε να επιτύχουν την ίαση του υγειονομικού προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Τέλος όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς πρέπει να συνεργάζονται αρμονικά και σε πλήρη σύμπνοια με την επιστημονική κοινότητα, με τους τοπικούς, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, αλλά και με το σύνολο των μελών της κοινότητας (Υπουργείο Υγείας, 2017). Λαμβάνοντας κανείς υπόψη του τα ανωτέρω οδηγείται στο συμπέρασμα ότι, οι βασικές αρχές πάνω στις οποίες κινούνταν το περιεχόμενο του νόμου Ν. 4486/2017, βρισκόταν σε πλήρη ταύτιση με τις αρχές της Alma-Ata (Μαλανδράζος κ.α., 2019)

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (2017α), οι υπηρεσίες υγείας που συνδέονται με την ΠΦΥ στην Ελλάδα, έπειτα από την ψήφιση του νόμου Ν. 4486/2017 είναι:

- Οι υπηρεσίες υγείας που μπορούν να παρασχεθούν στους πολίτες, χωρίς προηγούμενη εισαγωγή τους σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα
- Η εκτίμηση των αναγκών υγείας του συνόλου των πολιτών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των κατάλληλων προγραμμάτων που στόχο έχουν την πρόληψη των χρόνιων και μη νοσημάτων.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων που συνδέονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για συγκεκριμένα νοσήματα
- Οι υπηρεσίες υγείας που αφορούν την προαγωγή της δημόσιας υγείας και ασφάλειας

- Η παρακολούθηση και η διαχείριση της κατάστασης της υγείας όλων των πολιτών που αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο νόσημα
- Οι υπηρεσίες που συνδέονται με την υλοποίηση οικογενειακού προγραμματισμού και αφορούν την εξέλιξη της υγείας των μητέρων και των βρεφών
- Η παραπομπή των ασθενών που χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση και νοσηλεία σε δομές των ανώτερων υγειονομικών κλιμακίων και συγκεκριμένα σε δομές που ανήκουν στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Η παροχή της απαιτούμενης επείγουσας υγειονομικής φροντίδας στους πολίτες που αντιμετωπίζουν μία απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση
- Την παροχή παρηγορητικής και ανακουφιστικής φροντίδας και νοσηλείας στους πολίτες που αδυνατούν λόγω της κατάστασης της υγείας τους να μεταβούν σε κάποια δομή του συστήματος ΠΦΥ
- Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό νόσημα και την παραπομπή τους σε κάποιο ανώτερο υγειονομικό κλιμάκιο, όταν η κατάσταση της υγείας τους το απαιτεί
- Η παροχή της αναγκαίας για τους πολίτες Πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής και Ορθοδοντικής φροντίδας, θέτοντας κεντρικό άξονα των όλων προσπαθειών την πρόληψη και την εκμάθηση των απαιτούμενων κανόνων υγιεινής
- Η διασύνδεση των δομών της ΠΦΥ με όλες τις υπηρεσίες οι οποίες είναι επιφορτισμένες με την παροχή κοινωνικής φροντίδας

5.5.2 Οι κύριοι πάροχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα βάσει του νόμου Ν. 4486/2017

Σύμφωνα με το περιεχόμενο του (άρθρου 3) του νόμου Ν. 4486/2017, η ΠΦΥ στην Ελλάδα θα παρέχεται εφεξής μέσα από ένα αποκεντρωμένο σύστημα φροντίδας το οποίο θα είναι διαρθρωμένο σε δύο επίπεδα, μέσω πολλών και διαφορετικών δομών και επαγγελματιών (Υπουργείο Υγείας, 2017α):

Πρώτο Επίπεδο: Στο εν λόγω επίπεδο οι υπηρεσίες ΠΦΥ θα παρέχονται από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας ΤΟΜΥ, από τα Περιφερειακά Ιατρεία, από τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, από τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και από τα

Τοπικά Ιατρεία. Όλα τα ανωτέρω διαφορετικού τύπου ιατρεία, όταν διαθέτουν το επαρκές προσωπικό, θα μετονομάζονται σε ΤοΜΥ, έπειτα από τη σύμφωνη γνώμη της Διεύθυνσης των κατά περίπτωση ΥΠΕ και του ΚεΣΥΠε. Παράλληλα, καθορίζεται το πρώτο σημείο επαφής ανάμεσα στους πολίτες και του συστήματος ΠΦΥ να είναι οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τις δομές του συστήματος ΠΦΥ και το σύνολο του ιατρικού προσωπικού που ιδιωτεύει και είναι συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΠΥ.

Δεύτερο Επίπεδο: Στο εν λόγω επίπεδο οι υπηρεσίες ΠΦΥ θα παρέχονται στους πολίτες που μπορούν να μεταβούν περιπατητικοί στις αντίστοιχες δομές, στα Κέντρα Υγείας. Πρέπει δε να τονιστεί ότι με ειδική ρύθμιση του νόμου Ν. 4486/2017 τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ, σε αντιδιαστολή με το ότι ίσχυε βάσει της προηγούμενης ισχύουσας νομοθεσίας καταργούνται και ονομάζονται πλέον όλες αυτές οι δομές, Κέντρα Υγείας.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι με εντολή του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Διοικητικής Ανασυγκρότησης και Οικονομικών, έπειτα από εισηγητική έκθεση του ΚεΣΥΠε, καθορίστηκαν οι αρχές και οι κανόνες βάσει των οποίων θα υλοποιείται η στελέχωση και η λειτουργία όλων των δομών και των δύο επιπέδων του συστήματος ΠΦΥ, με γνώμονα το κοινωνικό συμφέρον, αλλά και με βάσει τις ιδιαιτερότητες και τι ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν, στον τομέα που δραστηριοποιείται η αντίστοιχη ΥΠΕ (Υπουργείο Υγείας, 2017α).

5.5.3 Μεταρρυθμίσεις και καινοτομίες του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017

Ο νόμος Ν. 4486/2017 εισάγει καινοτομίες και μεταρρυθμίσεις στοχεύοντας στην αλλαγή της μέχρι πρότινος ισχύουσας κατάστασης στον χώρο της ΠΦΥ, με σημαντικότερη τη θέσπιση δύο επιπέδων παρεχόμενης φροντίδας. Στο πρώτο επίπεδο θα δραστηριοποιούνται τα ΤοΜΥ και τα Κέντρα Υγείας τα οποία θα συνεργάζονται για να βελτιώσουν την παρεχόμενη στους πολίτες πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα θα ασκείται από τις συγκεκριμένες δομές αυτοέλεγχος. Ειδικότερα κάθε ΤοΜΥ θα βρίσκεται πλησίον του Κέντρου Υγείας που θα οργανώνει τον τρόπο λειτουργίας του, θα το εποπτεύει και θα έχει πληθυσμό ευθύνης 10-12 χιλιάδες

πολίτες. Στόχος της μεταρρύθμισης είναι η αποκέντρωση στο σύστημα υγείας που παρέχει η ανάπτυξη της εν λόγω δομής και η ελάττωση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού. Ακόμα, με τη δημιουργία των ΤοΜΥ αναβαθμίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους πολίτες, καθώς τόσο οι εκάστοτε οικογενειακοί γιατροί, όσο και οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα επιμέρους ΤοΜΥ, απευθύνονται σε συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού και δραστηριοποιούνται εντός συγκεκριμένου πλαισίου, με σημείο αναφοράς την κοινότητα. Εκτός από αυτό, ο νόμος Ν. 4486/2017 παρέχει μία σειρά καινοτόμων μεταρρυθμίσεων, οι σημαντικότερες από τις οποίες είναι (Υπουργείο Υγείας, 2017α):

- Διασφάλιση κοινωνικής λογοδοσίας και κοινωνικού ελέγχου του συνόλου των δομών της ΠΦΥ
- Εισαγωγή ενιαίου συστήματος παραπομπών
- Εισαγωγή και εφαρμογή Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας
- Δημιουργία Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων και Κέντρων Ειδικής Φροντίδας
- Εισαγωγή νέου και διαφοροποιημένου συστήματος αμοιβής και λειτουργίας των ιδιωτών ιατών που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΠΥ
- Διεύρυνση αρμοδιοτήτων των δομών της ΠΦΥ με δράσεις που συνδέονται με τη Δημόσια Υγεία
- Αναβάθμιση του ρόλου και της λειτουργίας των μαιευτικών υπηρεσιών

5.5.4 Ο ρόλος των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤοΜΥ)

Τα ΤοΜΥ είναι οι νέες δομές ΠΦΥ που δημιουργούνται με την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017 τα οποία θα στελεχώνονται από ένα μικρό αριθμό επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και θα αποτελούν τον κεντρικό άξονα οργάνωσης του ΕΣΥ. Ο πληθυσμός ευθύνης της νέας δομής είναι 10-12 χιλιάδες πολίτες οι οποίοι θα είναι καταχωρημένοι σε συγκεντρωτική λίστα της δομής. Τα ΤοΜΥ είναι επιφορτισμένα με την παροχή υψηλού επιπέδου ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους, αλλά και στην προαγωγή της δημόσιας υγείας και της πρόληψης. Παράλληλα τα ΤοΜΥ δίνουν έμφαση στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο νόσημα, στον εμβολιασμό του πληθυσμού και στην

κατ οίκον νοσηλεία. Ο επικεφαλής της δομής προκύπτει έπειτα από ψηφοφορία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που το στελεχώνει (Υπουργείο Υγείας, 2017α). Η σύνθεση της εκάστοτε διεπιστημονικής ομάδας παρουσιάζεται στον πίνακα (17).

Πίνακας 17: Κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τα TOMY

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ
Γενικοί γιατροί ή Παθολόγοι	4
Παιδίατρος	1
Νοσηλεύτες ή Επισκέπτες Υγείας	4
Κοινωνικοί Λειτουργοί	1
Διοικητικού Υπάλληλοι	2

Πηγή: (Υπουργείο Υγείας, 2017α)

5.5.5 Στόχοι του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017

Η μεταρρύθμιση που έφερε ο νόμος Ν. 4486/2017 στοχεύει στην παροχή ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, τόσο στους έλληνες πολίτες, όσο και τους μετανάστες. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι με το νόμο Ν. 4486/2017 σε συνέχεια του νόμου Ν. 4368/2016 έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στο ΕΣΥ και στις δομές της ΠΦΥ και οι ανασφάλιστοι πολίτες. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αντιμετώπιση των ασθενών με υψηλό επιπολασμό στις χρόνιες και μη μεταδιδόμενες παθήσεις και στο σύνολο των ασθενών που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες του κοινωνικού συγκειμένου. Ωστόσο πρωταρχικός στόχος της μεταρρύθμισης είναι η αντιμετώπιση των στρεβλώσεων και των παθογενειών που αντιμετώπιζε το ΕΣΥ. Οι σημαντικότερες από τις παθογένειες αυτές σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας (2017α) ήταν:

- Ο κατακερματισμός της Φροντίδας στο ΕΣΥ

- Η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού με στόχο την προαγωγή και την πρόληψη της Δημόσιας Υγείας
 - Η συγκέντρωση των βασικών δομών ΠΦΥ στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας με αποτέλεσμα τη δημιουργία εμποδίων στην απρόσκοπτη λειτουργία τους
 - Η τάση των ασθενών να στρέφονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων για τη λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ
- Η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης και της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης
- Η δημιουργία προκλητής ζήτησης και αύξηση των περιπτώσεων άτυπων πληρωμών
- Η απαξίωση των δημόσιων δομών υγείας εξαιτίας της δραστηκής ελάττωσης των δημοσίων δαπανών υγείας
- Η ελάττωση του επιπέδου της παρεχόμενης φροντίδας εξαιτίας της μείωσης του αριθμού των ανθρώπινων πόρων

5.5.6 Τα οφέλη της εφαρμογής του νόμου Ν. 4486/2017 για τους πολίτες

Η εφαρμογή του νόμου Ν. 4486/2017 και των καινοτόμων μεταρρυθμίσεων που αυτός περιλαμβάνει θα δημιουργήσει μία σειρά οφελών για τους πολίτες. Οι πολίτες από τη στιγμή που εγγράφονται στη λίστα του ΤοΜΥ που βρίσκεται πλησίον στην κατοικία τους, αποκτούν αυτόματα ένα σημείο αναφοράς και διασύνδεσης με το ΕΣΥ και μπορούν να απευθυνθούν στις συγκεκριμένες δομές χωρίς να χρειαστεί κάποιος να τους δώσει κατεύθυνση. Παράλληλα οι πολίτες έχουν πλέον τη δυνατότητα να υλοποιούν δωρεάν επισκέψεις στους οικογενειακούς γιατρούς των λιστών στις οποίες έχουν ήδη εγγραφεί και η ελευθερία επιλογής ιατρού παραμένει ένα αναφαίρετο δικαίωμά τους. Τοιουτοτρόπως κάθε πολίτης μπορεί να επιλέξει τον προσωπικό του ιατρό, ο οποίος θα του παρέχει υπηρεσίες υγείας και θα τον κατευθύνει στο σωστό σημείο, όταν θα χρειάζεται φροντίδα από κάποια άλλη δομή του συστήματος υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017α).

Επιπρόσθετα, κάθε ΤοΜΥ υπεύθυνη του πρέπει να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο τους δείκτες υγείας του πληθυσμού ευθύνης της και ιδιαίτερα των πολιτών που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού της χώρας. Στην κατεύθυνση αυτή οι ομάδες υγείας του εκάστοτε ΤοΜΥ υποχρεούνται να γνωρίζουν τις ανάγκες του πληθυσμού και να διασφαλίζουν στους πολίτες υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, μέσα από δράσεις που θα διασφαλίζουν τη δωρεάν, καθολική και ισότιμη πρόσβαση. Επίσης με την αξιοποίηση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας και του συστήματος υλοποίησης ηλεκτρονικών παραπομπών, ο εκάστοτε οικογενειακός γιατρός θα έχει τη δυνατότητα να κλείνει απευθείας ραντεβού για κάποιο ασθενή στον γιατρό που φέρει την αναγκαία κατά περίπτωση ειδικότητα, σε κάποιο Κέντρο Υγείας ή νοσηλευτικό ίδρυμα, χωρίς να ταλαιπωρείται ο πολίτης. Οι πολίτες θα έχουν τη δυνατότητα να μεταβούν σε κάποιο ΤοΜΥ τις εργάσιμες ημέρες από 08.00 μέχρι τις 21.00 και στα Κέντρα Υγείας ακόμα και όλο το 24ωρο, εάν αυτό απαιτείται από τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους επομένως θα έχουν τη δυνατότητα να απολαμβάνουν μία συνεχή κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών (Υπουργείο Υγείας, 2017α).

5.5.7 Η κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την εφαρμογή του νομοσχεδίου Ν. 4486/2017

Η ΕΛΣΤΑΤ μέχρι και το 2016 για να περιγράψει την κατάσταση της ΠΦΥ στην Ελλάδα παρακολουθούσε την εξέλιξη των δεικτών των Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ. Από την ψήφιση του νόμου Ν. 4486/2017 και έπειτα, η ΕΛΣΤΑΤ παρακολουθεί την εξέλιξη των δεικτών σε μία σειρά από διαφορετικές δομές όπως τα ΤοΜΥ, τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ), τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ), καθώς και άλλες δομές της ΠΦΥ (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α). Στον πίνακα (18) παρουσιάζονται στοιχεία από τη λειτουργία όλων των δομών ΠΦΥ, με εξαίρεση τα ΤοΜΥ, την περίοδο 2017-2018. Στην τρίτη στήλη του πίνακα (18) (Μονάδες Υγείας αναφέρονται οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ βάσει του νόμου Ν.4238/2014, οι οποίες έπειτα από την ψήφιση του νόμου Ν. 4486/2017 μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 18: Οι δομές ΠΦΥ στην Ελλάδα την περίοδο 2017-2018

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1425	93	49	221	6
2018	204	101	1425	94	49	221	7

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

Στον πίνακα (19) παρουσιάζονται στοιχεία για τη λειτουργία των δομών ψυχικής υγείας της ΠΦΥ το 2018. Στη δεύτερη γραμμή του πίνακα (19) η συγκεκριμένη δομή απευθύνεται και σε ενήλικες.

Πίνακας 19: Οι δομές ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ στην Ελλάδα

Είδος δομής	Αριθμός δομών
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων	33
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	14
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	12
Σύνολο	59

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

Στον πίνακα (20) παρουσιάζονται στοιχεία για τον αριθμό, των αριθμό των μηχανημάτων, αλλά και τη διάρθρωση του προσωπικού ανά ειδικότητα, στα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ στην Ελλάδα την περίοδο 2014-2018.

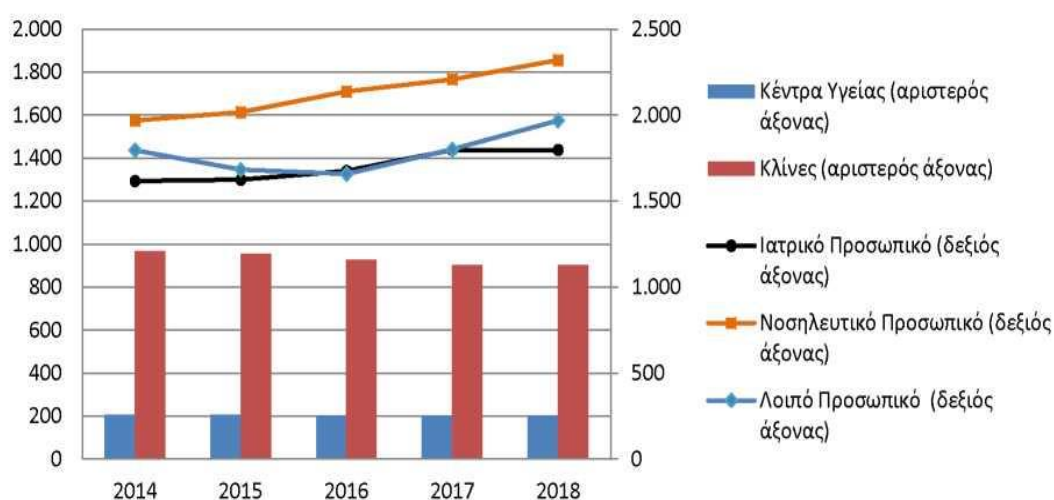
Πίνακας 20: Ο αριθμός των μηχανημάτων και του προσωπικού ανά ειδικότητα των δομών της ΠΦΥ στην Ελλάδα την περίοδο 2014-2018

	Κέντρα υγείας	Κλίνες	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων	Μηχανήματα
2014	205	967	1616	1968	1795	2363
2015	205	955	1624	2015	1683	2324
2016	204	928	1674	2136	1657	2288
2017	204	903	1776	2215	1800	2255
2018	204	901	1797	2318	1967	2321

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

Στο διάγραμμα (8) παρατηρείται η εξέλιξη του αριθμού των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα, του αριθμού των κλινών, του αριθμού του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπών ειδικοτήτων προσωπικού, την περίοδο 2014-2018.

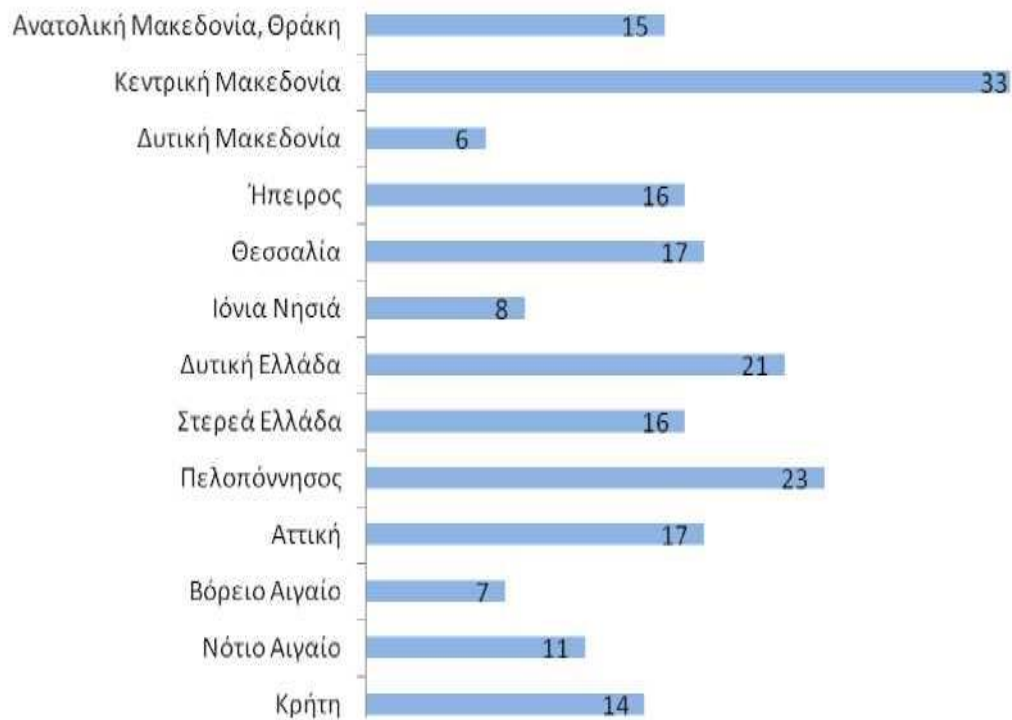
Διάγραμμα 8: Η εξέλιξη του αριθμού των Κέντρων Υγείας και του



Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

Όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει στο διάγραμμα (8) ο αριθμός των Κέντρων Υγείας την περίοδο 2017-2018 ανέρχονταν σε 204 δομές, με την κατανομή ανά ΥΠΕ να παραμένει αμετάβλητη. Επιπρόσθετα από τα στοιχεία του διαγράμματος (9) εξάγεται το συμπέρασμα ότι ο μεγαλύτερος αριθμός Κέντρων Υγείας ανά ΥΠΕ παρουσιάζεται στην Κεντρική Μακεδονία όπου υπάρχουν 33 αντίστοιχα κέντρα,

Διάγραμμα 9: Ο αριθμός των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα ανά ΥΠΕ ΤΟ 2018



Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

έπειτα στην Πελοπόννησο όπου αναπτύσσονται 23 Κέντρα Υγείας, ενώ στη Δυτική Ελλάδα αναπτύσσονται 21 Κέντρα Υγείας.

Στον πίνακα (21) παρουσιάζεται η κατανομή των κλινών και η αντιστοιχία με το ιατρικό προσωπικό στα Κέντρα Υγείας της Ελλάδας ανά Υγειονομική περιφέρεια την περίοδο 2016-2018.

Πίνακας 21: Κατανομή των κλινών των Κέντρων Υγείας ανά ΥΠΕ

	Κέντρα Υγείας	Κλίνες					Ιατρικό προσωπικό				
		2018	2016	2017	2018	17/16 %	18/17 %	2016	2017	2018	17/16 %
Σύνολο Χώρας	204	928	903	901	-2,7	-0,2	1.674	1.776	1.797	6,1	1,2
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	15	58	55	58	-5,2	5,5	105	124	114	18,1	-8,1
Κεντρική Μακεδονία	33	124	113	111	-8,9	-1,8	316	342	335	8,2	-2,0
Δυτική Μακεδονία	6	29	26	26	-10,3	0,0	47	53	54	12,8	1,9
Ήπειρος	16	72	71	71	-1,4	0,0	78	98	101	25,6	3,1
Θεσσαλία	17	86	95	96	10,5	1,1	125	120	113	-4,0	-5,8
Ιόνια Νησιά	8	34	34	34	0,0	0,0	36	49	52	36,1	6,1
Δυτική Ελλάδα	21	85	85	85	0,0	0,0	154	140	136	-9,1	-2,9
Στερεά Ελλάδα	16	82	78	78	-4,9	0,0	132	121	124	-8,3	2,5
Πελοπόννησος	23	118	108	109	-8,5	0,9	157	139	143	-11,5	2,9
Αττική	17	57	59	58	3,5	-1,7	286	330	369	15,4	11,8
Βόρειο Αιγαίο	7	44	40	38	-9,1	-5,0	38	46	46	21,1	0,0
Νότιο Αιγαίο	11	77	71	73	-7,8	2,8	87	98	101	12,6	3,1
Κρήτη	14	62	68	64	9,7	-5,9	113	116	109	2,7	-6,0

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

Στον πίνακα (22) παρουσιάζονται στοιχεία από την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού που δεν ανήκει στο ιατρικό και νοσηλευτικό, των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2016-2018.

Πίνακας 21: Κατανομή του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2016-2018

Σύνολο Χώρας	2.136	2.215	2.318	3,7	4,7	1.657	1.800	1.967	8,6	9,3
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	200	208	213	4,0	2,4	116	126	141	8,6	11,9
Κεντρική Μακεδονία	492	512	537	4,1	4,9	294	343	346	16,7	0,9
Δυτική Μακεδονία	75	82	90	9,3	9,8	45	58	63	28,9	8,6
Ήπειρος	172	169	179	-1,7	5,9	115	123	132	7,0	7,3
Θεσσαλία	259	260	273	0,4	5,0	165	173	184	4,8	6,4
Ιόνια Νησιά	35	40	42	14,3	5,0	46	47	45	2,2	-4,3
Δυτική Ελλάδα	141	152	154	7,8	1,3	136	136	145	0,0	6,6
Στερεά Ελλάδα	142	136	135	-4,2	-0,7	129	146	160	13,2	9,6
Πελοπόννησος	139	143	155	2,9	8,4	142	150	151	5,6	0,7
Αττική	244	270	271	10,7	0,4	171	186	242	8,8	30,1
Βόρειο Αιγαίο	69	63	73	-8,7	15,9	74	79	103	6,8	30,4
Νότιο Αιγαίο	71	79	85	11,3	7,6	102	105	116	2,9	10,5
Κρήτη	97	101	111	4,1	9,9	122	128	139	4,9	8,6

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

Εάν συγκριθούν τα στοιχεία των πινάκων της ΕΛΣΤΑΤ για την κατάσταση των Κέντρων Υγείας της ΠΦΥ στην Ελλάδα την περίοδο 2016-2018 προκύπτουν ορισμένα χρήσιμα συμπεράσματα για την εξέλιξη της κατάστασης στην ΠΦΥ, έπειτα από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων που καθόρισε η ψήφιση του νόμου Ν. 4486/2017. Πιο αναλυτικά, ο συνολικός αριθμός των κλινών των Κέντρων Υγείας ελαττώθηκε το 2017 σε σύγκριση με το 2016 κατά 2,7%, μία μείωση που

συνεχίστηκε και το 2018 σε ποσοστό 0,2% σε σύγκριση με την προηγούμενη χρονιά, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του πίνακα (20). Από την άλλη πλευρά ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που στελέχωσε τις εν λόγω δομές ΠΦΥ σημείωσε αύξηση σε ποσοστό 6,1% το 2017 σε σύγκριση με το 2016, μια αυξητική τάση που συνεχίστηκε και το 2018, καθώς παρατηρήθηκε μία αύξηση σε ποσοστό 1,2% σε σύγκριση με το 2017. Αξίζει να τονιστεί ότι ιδιαίτερα σημαντική ήταν η αύξηση που σημειώθηκε το 2018 σε σύγκριση με το 2018 στην ΥΠΕ Αττικής σε ποσοστό 11,8% και στην ΥΠΕ Ιονίων Νήσων σε ποσοστό 6,1%. Ένα χρόνο νωρίτερα παρατηρείται αύξηση στην ΥΠΕ Ιόνιων Νησιών σε ποσοστό 36,1% και στην ΥΠΕ Ηπείρου σε ποσοστό 25,6%. Αντιδιαμετρικά αντίθετη ήταν η εξέλιξη την περίοδο 2016-2017 στην ΥΠΕ Πελοποννήσου που σημειώθηκε ελάττωση σε ποσοστό 11,5% και στην ΥΠΕ Δυτικής Ελλάδας σε ποσοστό 9,1%, ενώ την περίοδο 2017-2018 στην ΥΠΕ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης η ελάττωση κυμάνθηκε σε ποσοστό 8,1% και στην ΥΠΕ Κρήτης σε ποσοστό 6% (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α).

Σε ότι συνδέεται με την εξέλιξη του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού, την περίοδο 2016-2017 παρατηρείται αύξηση του αριθμού στην ΥΠΕ Ιονίων Νήσων σε ποσοστό 14,3%, ενώ στην ΥΠΕ Νοτίου Αιγαίου η αύξηση ανερχόταν σε ποσοστό 11,3%. Τέλος την περίοδο αυτή στην ΥΠΕ Βορείου Αιγαίου παρατηρείται μία ελάττωση σε ποσοστό 8,7%. Ακόμα την περίοδο 2017-2018 παρατηρείται μία γενικότερη αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού που στελέχωνε τα Κέντρα Υγείας της ΠΦΥ όλων των ΥΠΕ σε ποσοστό 4,7%, μία αύξηση που ένα χρόνο πριν κυμάνθηκε σε ποσοστό 3,7%. Η σημαντικότερη αύξηση σημειώθηκε στην ΥΠΕ Βορείου Αιγαίου σε ποσοστό 15,9% και στην ΥΠΕ Κρήτης σε ποσοστό 9,9% (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α).

Σε ότι σχετίζεται με το προσωπικό που ανήκει στις λοιπές ειδικότητες την περίοδο 2017-2018 παρουσίασε αύξηση σε ποσοστό 9,3%, μία αύξηση που ένα χρόνο νωρίτερα κυμάνθηκε σε ποσοστό 8,6%. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι ιδιαίτερα σημαντική ήταν η αύξηση που παρατηρήθηκε στην ΥΠΕ Βορείου Αιγαίου σε ποσοστό 30,4% και Αττικής σε ποσοστό 30,1%, ενώ την περίοδο 2016-2017 η σημαντικότερη αύξηση παρατηρήθηκε στην ΥΠΕ Δυτικής Μακεδονίας σε ποσοστό 28,9% και στην ΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας σε ποσοστό 16,7%. Εκτός από αυτό, όπως προκύπτει από τα στοιχεία που παρατίθενται στον πίνακα (23), ο μηχανολογικός και τεχνολογικός εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας το έτος 2017

σημειώθηκε ελάττωση σε ποσοστό 1,4% σε σύγκριση με το 2016. Απεναντίας το 2018 σημειώθηκε μία αύξηση του μηχανολογικού εξοπλισμού σε σύγκριση με το 2017 σε ποσοστό 2,9% (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α).

Πίνακας 22: Η κατανομή του μηχανολογικού εξοπλισμού σε αριθμητικά στοιχεία των Κέντρων Υγείας την περίοδο 2016-2018

	2016	2017	2018	17/16 %	18/17 %
Σύνολο Χώρας	2.288	2.255	2.321	-1,4	2,9
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	179	179	189	0,0	5,6
Κεντρική Μακεδονία	362	391	409	8,0	4,6
Δυτική Μακεδονία	65	70	72	7,7	2,9
Ήπειρος	172	145	166	-15,7	14,5
Θεσσαλία	219	199	206	-9,1	3,5
Ιόνια Νησιά	90	91	89	1,1	-2,2
Δυτική Ελλάδα	175	170	167	-2,9	-1,8
Στερεά Ελλάδα	158	147	152	-7,0	3,4
Πελοπόννησος	241	234	234	-2,9	0,0
Αττική	207	222	229	7,2	3,2
Βόρειο Αιγαίο	104	97	102	-6,7	5,2
Νότιο Αιγαίο	131	132	135	0,8	2,3
Κρήτη	185	178	171	-3,8	-3,9

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2019α)

5.3 Τα χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από την εφαρμογή των μνημονίων

Η ΠΦΥ πρέπει να αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις του σύγχρονου περιβάλλοντος και για το λόγο αυτό οι πάροχοι ΠΦΥ πρέπει να παρακολουθούν τις εξελίξεις και τις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στον τομέα της υγείας και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Ακόμα θα πρέπει συνεχώς να εργάζονται με αυταπάρνηση και ζήλο για να ενσωματώσουν την κοινότητα και τη φροντίδα των πολιτών σε ένα αναπτυγμένο σύστημα ΠΦΥ, το οποίο θα διαχειρίζεται τις διάφορες περιπτώσεις ασθενών και θα τις διοχετεύει με ασφάλεια όταν κριθεί απαραίτητο στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Μία αποτελεσματική διαχείριση του συστήματος ΠΦΥ μπορεί να αποσυμφορήσει το σύστημα Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να εξοικονομηθούν αρκετοί πόροι (Hone et al., 2018).

Εκτός από αυτό ένα αποτελεσματικό σύστημα ΠΦΥ πρέπει να έχει ως αντικειμενικό σκοπό την προώθηση της πρόληψης και να προωθεί την εκπαίδευση και ενημέρωση της κοινότητας σε θέματα που άπτονται του χώρου της υγείας. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η επαρκής χρηματοδότηση ενός συστήματος ΠΦΥ, ώστε να μπορεί να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, αλλά και να εξοπλίζεται συνεχώς με νέας τεχνολογίας μέσα και εξοπλισμό. Ως εκ τούτου, η μετατόπιση του ενδιαφέροντος ενός συστήματος υγείας από την Τριτοβάθμια στην ΠΦΥ, μόνο ευεργετικές εξελίξεις θα σηματοδοτούσε τόσο για τον γενικό πληθυσμό, όσο και για το ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον (Μαλαβάζος κ.α., 2019). Τέλος Η ΠΦΥ πρέπει να στοχεύει στη διάγνωση των υγειονομικών προβλημάτων, στη νοσηλεία και τη θεραπεία αυτών, μέσα από την προώθηση ενός συνεργατικού κλίματος ανάμεσα σε όλα τα εμπλεκόμενα σε αυτή μέρη, όπως επιστημονική κοινότητα, κοινωνία και ρους τοπικούς φορείς (Μαλαβάζος κ.α., 2019; Υπουργείο Υγείας, 2017).

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (2017α) η ΠΦΥ στην Ελλάδα χρειαζόταν μία ριζική αναδιάρθρωση, πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, καθώς παρατηρούνταν μία απόκλιση στους δείκτες υγείας της χώρας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, πριν τη λήψη των διαρθρωτικών μέτρων το 2010. Ως εκ τούτου η εισαγωγή καινοτόμων αλλαγών στα πρότυπα των αναπτυγμένων χωρών της Δυτικής Ευρώπης, ήταν επιβεβλημένη και αναγκαία. Στην κατεύθυνση αυτή κινήθηκαν οι μεταρρυθμίσεις που προώθησαν όλες οι ελληνικές κυβερνήσεις την περίοδο μετά από την έναρξη της κρίσης και κορυφώθηκε με την ψήφιση του νόμου Ν. 4486/2017. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι οι κατευθυντήριοι άξονες του εν λόγω νομοσχεδίου προέκυψαν από στενή συνεργασία του Υπουργείου Υγείας με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τα διεθνώς εφαρμοζόμενα *guidelines*. Επίσης η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας προσπάθησε να ταυτιστεί με την Ευρωπαϊκή οδηγία

προς τα κράτη μέλη και συγκεκριμένα στη χάραξη πολιτικών υγείας σε υπηρεσίες υγείας προσανατολισμένες στην κοινότητα (Community-Based Health Care Services). Για όλους τους ανωτέρω λόγους, η ηγεσία του Υπουργείου υποστήριζε ότι το μεταρρυθμιστικό της πρόγραμμα δεν συνδέονταν με τις μνημονιακές δεσμεύσεις της χώρας (Υπουργείο Υγείας, 2017α).

Ωστόσο, σύμφωνα με επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες, η ΠΦΥ στην Ελλάδα ποτέ δεν συμπεριλήφθηκε στις προτεραιότητες του στρατηγικού σχεδιασμού για τον τομέα της υγείας και συνεπώς παρουσίαζε διαχρονικά εγγενείς αδυναμίες και προβλήματα, αδυνατώντας να ικανοποιήσει τις βασικές αρχές και το περιεχόμενο των στόχων της Διακήρυξης της Alma Ata, μία κατάσταση που επιδεινώθηκε σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της έναρξης της οικονομικής κρίσης (Boerma, 2015; Economidou, 2015). Οι αδυναμίες που παρουσίαζε η ΠΦΥ στην Ελλάδα μία πενταετία από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και στην οποία συνετέλεσαν τα διαρθρωτικά μέτρα λιτότητας που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις στον χώρο της υγείας, ήταν πολλές και πολυπαραγοντικές (Ματθαίος και Δομάγερ, 2016). Σύμφωνα με μελέτη του Kingos και συν (2013), η ΠΦΥ στην Ελλάδα χαρακτηρίζονταν από μεγάλα οργανωτικά προβλήματα και αδυναμίες, καθώς και από χαμηλή δυνατότητα πρόσβασης στους πολίτες.

Ειδικότερα το σύστημα ΠΦΥ ήταν κατακερματισμένο και απουσίαζε ο σωστός κεντρικός σχεδιασμός και η διανομή υπηρεσιών ΠΦΥ (Athanasiadis et al., 2015). Στον τρόπο που παρέχονταν η φροντίδα παρουσιάζονταν μία ασυνέχεια εξαιτίας της απουσίας ενός αποτελεσματικού και οργανωμένου μηχανισμού παραπομπών και οι δομές ΠΦΥ δεν μπορούσαν να προσανατολίσουν τους ασθενείς με αποτελεσματικό τρόπο στις επιλογές που έπρεπε να κάνουν, ώστε να επιλύσουν γρήγορα, αποτελεσματικά και με μικρό κόστος το υγειονομικό πρόβλημα που αντιμετώπιζαν (Economidou et al., 2014). Επιπρόσθετα το υγειονομικό προσωπικό το οποίο απασχολούνταν στις διάφορες δομές της ΠΦΥ δεν ήταν επαρκώς καταρτισμένο και εκπαιδευμένο, ενώ τις περισσότερες φορές δεν ήταν ορθά προσανατολισμένο στα καθήκοντα που έπρεπε να επιτελέσει, ενώ ήταν και άνισα κατανομημένο σε όλη τη γεωγραφική έκταση της χώρας (Economidou et al., 2014a). Οι δομές της ΠΦΥ ήταν τις περισσότερες φορές υποστελεχωμένες, ενώ παρουσίαζαν μεγάλες ελλείψεις σε υλικά και μέσα (Kentikelenis et al., 2014).

Εκτός από αυτό, παρατηρούνταν μεγάλες αναμονές στην εξυπηρέτηση των ασθενών, ανισότητες στην πρόσβαση εξαιτίας του γεωγραφικού κατακερματισμού και της αδυναμίας αρκετών πολιτών να ανταπεξέλθουν στα έξοδα μετακίνησης, τους μετανάστες και όλα τα χαμηλά αμειβόμενα κοινωνικά στρώματα και υψηλό κόστος νοσηλείας και θεραπείας (Kyriopoulos, 2014). Επίσης τα πρώτα χρόνια μετά από την έναρξη της κρίσης παρουσιάζονταν πολλά προβλήματα εξαιτίας της απουσίας μηχανογράφησης (Siskou et al., 2014). Η απουσία ελέγχου και η παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, ήταν ακόμα ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα του συστήματος ΠΦΥ, γεγονός που οδηγούσε σε χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που απολάμβαναν. Παράλληλα παρατηρούνταν αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και ο ιδιωτικός τομέας είχε μεγάλη εμπλοκή στο σύνολο των ιατρικών κι διαγνωστικών υπηρεσιών, γεγονός που σηματοδοτούσε την αύξηση των άτυπων πληρωμών και τη δημιουργία προκλητής ζήτησης (Patelarou et al., 2016; Souliotis et al., 2016). Μία ακόμα αδυναμία που παρουσίαζε η ΠΦΥ στη χώρα ήταν η μεγάλη έλλειψη υπηρεσιών οι οποίες ήταν επιφορτισμένες με τη διαχείριση περιπτώσεων ασθενών που έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή, από κάποιο χρόνιο νόσημα, ενώ ήταν ελλιπείς οι δομές που ασχολούνταν με τα εξαρτημένα άτομα, με την πρόληψη και την προαγωγή της δημόσιας υγείας (Patelarou et al., 2016).

Επιστημονικά τεκμηριωμένη μελέτη διερεύνησε με τη βοήθεια συλλογής δεδομένων QUALICOPC, δείκτες που συνδέονται με την ΠΦΥ στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν την ύπαρξη μεγάλου χρόνου αναμονής στα ραντεβού για μία εξέταση και τη χαμηλού επιπέδου συμμετοχή των ασθενών σε δράσεις πρόληψης και συμμετοχής των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενώ σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης, τα αποτελέσματα σε ασθενείς με χρόνια νόσο ήταν καλύτερα από ασθενείς που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (Lionis et al., 2017).

Μία ακόμα ερευνητική μελέτη η οποία χρηματοδοτήθηκε από το Πανεπιστήμιο Κρήτης είχε στόχο να μελετήσει τον βαθμό εφαρμογής των μεταρρυθμιστικών μέτρων στις δομές ΠΦΥ, που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις, έπειτα από την έναρξη της κρίσης. Η συγκεκριμένη μελέτη οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σημαντικές καθυστερήσεις στις ροές των ασθενών στις δομές της ΠΦΥ στην Ελλάδα και πρότεινε μία διαδικτυακή πλατφόρμα για τον συνεχή έλεγχο των

ροών και τη μείωση του οικείου φαινομένου (Sifaki-Pistolla et al., 2017). Στην ίδια κατεύθυνση, μία πρόσφατα δημοσιευμένη ερευνητική μελέτη του Πανεπιστημίου της Κρήτης οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι η συλλογή των απόψεων των επαγγελματιών στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, μπορεί να οδηγήσει στην εύρεση αποτελεσματικών λύσεων για τη διόρθωση των παθογενειών του συστήματος ΠΦΥ της χώρας, παθογένειες που μετά την έναρξη της κρίσης διογκώθηκαν. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι απαιτείται μία διατομεακή συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τις διάφορες δομές υγείας και στους πολίτες, ώστε να υποβληθούν προτάσεις για τη διόρθωση των παθογενειών και των στρεβλώσεων του συστήματος ΠΦΥ της χώρας. Οι αλλαγές που πρέπει να εισαχθούν πρέπει να θέσουν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και τις οικογένειές τους, καθώς και τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, βάσει των θεμελιωδών αρχών της Astana (Lionis et al., 2018).

Αδιαμφισβήτητα το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις δομές του συστήματος ΠΦΥ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, στη βελτίωση της παρεχόμενης στους πολίτες φροντίδας. Τα στοιχεία από διάφορες μελέτες καταδεικνύουν την ύπαρξη στην Ελλάδα μεγάλου αριθμού ειδικών γιατρών, ενώ από την άλλη πλευρά παρατηρείται μικρός αριθμός γενικών ιατρών, γεγονός που αποδεικνύει τα μεγάλα προβλήματα που υπάρχουν στις δομές ΠΦΥ και αφορούν τη στελέχωσή τους. Πιο αναλυτικά, η Ελλάδα βρισκόταν το 2015 στην πρώτη θέση των κρατών μελών της ΕΕ (632 ανά 100 χιλιάδες κατοίκους) σε ιατρικό προσωπικό, οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν ειδικοί ιατροί (Economou, 2015). Η αντίστοιχη αναλογία στην Αυστρία το 2015 ήταν 510 ιατροί ανά 100 χιλιάδες πληθυσμό, στην Πορτογαλία 461 γιατροί και στη Λιθουανία 434 γιατροί, ανά 100 χιλιάδες πολίτες. Εν αντιθέσει το ίδιο έτος η Ελλάδα βρισκόταν στην τελευταία θέση από τα κράτη μέλη της ΕΕ στο ποσοστό γενικών ιατρών ανά κάτοικο, όταν ο μέσος ευρωπαϊκός όρος το ίδιο έτος ήταν (0,28 γενικοί ιατροί ανά κάτοικο) (Economou, 2015; Eurostat, 2018). Επίσης το ίδιο έτος η αναλογία των νοσηλευτών ανά κάτοικο στην Ελλάδα ήταν από τις χαμηλότερες στα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι αναλογίες αυτές δημιούργησαν πολλά προβλήματα στον τρόπο λειτουργίας του ελληνικού συστήματος ΠΦΥ και συνδέονταν σε μεγάλο βαθμό με την έναρξη της οικονομικής κρίσης και τα διαρθρωτικά μέτρα λιτότητας που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις (Economou, 2015).

Επιπρόσθετα, η οικονομική κρίση δημιούργησε ένα ασφυκτικό εργασιακό περιβάλλον στους επαγγελματίες του χώρου, με αποτέλεσμα πλήθος ιατρικού προσωπικού να μεταναστεύσει στο εξωτερικό, προς αναζήτηση ενός καλύτερου εργασιακού περιβάλλοντος, γεγονός που επιδείνωσε σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος ΠΦΥ καθώς και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σύμφωνα με τον Economidou (2015) από την έναρξη της κρίσης μέχρι το 2015, 18 χιλιάδες περίπου έλληνες ειδικοί ιατροί μετανάστευσαν στο εξωτερικό αναζητώντας εργασία. Ακόμα, τα τρία πρώτα χρόνια από την έναρξη της οικονομικής κρίσης 7 χιλιάδες γιατροί έφυγαν για το εξωτερικό. Όλες αυτές οι εξελίξεις δημιούργησαν μεγάλο πρόβλημα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας και στην ΠΦΥ.

Επίσης στην Ελλάδα ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια η αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου και η πρόληψη βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα στην χώρα τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, τα ποσοστά εμφάνισης χρόνιων ασθενειών όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, οι πνευμονικές παθήσεις, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η παχυσαρκία κ.α., παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά. Το πιο βασικό εργαλείο για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων νοσημάτων είναι η πρόληψη, η οποία με τη σειρά της αποτελεί ευθύνη της ΠΦΥ. Ως εκ τούτου, ο περιορισμός των δημοσίων δαπανών στην ΠΦΥ εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της υπογραφής των μνημονίων, δημιούργησε ένα ακόμα πρόβλημα στη συγκεκριμένη βαθμίδα φροντίδας. Απόρροια όλων των ανωτέρω είναι η προσυμπτωματική φροντίδα που υλοποιείται μέσω ενός στρατηγικά σχεδιασμένου προγράμματος ΠΦΥ, μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική λύση στο συνεχώς διογκούμενο αυτό ζήτημα μείζονος κοινωνικής σημασίας (Triantafyllidis et al., 2017; De Waard et al., 2018; Lionis et al., 2019).

Μία ακόμα πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι δομές ΠΦΥ στην Ελλάδα ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης είναι οι αυξημένες μεταναστευτικές ροές που έχουν να αντιμετωπίσουν (Leder et al., 2017). Μία μελέτη του Πανεπιστημίου της Κρήτης που στόχο είχε να διερευνήσει την προσβασιμότητα και την αποδοχή των μεταναστών στις δομές της ΠΦΥ στην Ελλάδα μέσω της δημιουργίας φιλικού κλίματος που στηρίζεται στο σεβασμό των διαφορετικών πολιτισμικών, πολιτιστικών και γλωσσικών χαρακτηριστικών (Lionis et al., 2018; Van Loenen et al., 2018). Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες η προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να εντάξουν

τους μετανάστες ομαλά σε μία θεραπευτική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τον σεβασμό στις προτιμήσεις τους και τις ανάγκες τους, μέσω μιας διαδικασίας ενεργούς συμμετοχής, τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι στην περίπτωση της Ελλάδας παρουσιάζονταν πολλές ελλείψεις, νομικοί περιορισμοί που οδηγούσαν σε καθυστερημένες αποφάσεις και ως εκ τούτου χαμηλή ποιότητα φροντίδας (Papadakaki et al., 2017; Lionis et al., 2018; Van Loenen et al., 2018). Παράλληλα στις διάφορες δομές της ελληνικής ΠΦΥ παρουσιάστηκαν και πολλές ακόμα ελλείψεις που συνδέονται με την οικονομική κρίση και την πρόσβαση των μεταναστών σε αυτές όπως έλλειψη διερμηνέων (Lionis et al., 2019).

Το 2019 δύο χρόνια από την ψήφιση του νομοσχεδίου Ν.4486/2017 η αποτελεσματικότητα της μεταρρύθμισης τίθεται σε αμφισβήτηση. Το σύστημα ΠΦΥ παραμένει ακόμα αναποτελεσματικό και παρουσιάζει αρκετές από τις παθογένειες του παρελθόντος, ανεξάρτητα από τις νομοθετικές πρωτοβουλίες των ελληνικών κυβερνήσεων. Σύμφωνα με στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα ο Υπουργός Υγείας τον Σεπτέμβριο του 2019 από τον αρχικό σχεδιασμό που προέβλεπε τη λειτουργία 239 συνολικά Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY) σε όλη την ελληνική επικράτεια, σήμερα είναι σε λειτουργία μόνο 127 από τις συγκεκριμένες δομές, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται επαρκής κάλυψη των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν οι οικογενειακοί ιατροί (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Παράλληλα, μόνο το 53% των ToMY λειτουργεί και από πλευράς οικογενειακών ιατρών που αποτελούν τον κεντρικό άξονα λειτουργίας των συγκεκριμένων δομών, υλοποιήθηκαν μόνο 340 προσλήψεις γενικών ιατρών από τους συνολικά 1200 που προαπαιτούνταν. Ουσιαστικά η κάλυψη ToMY σε ιατρικό προσωπικό ανέρχεται μόνο σε ποσοστό 28,5%. Εκτός από αυτό, αρχικά είχαν προβλεφθεί 3.800 οικογενειακοί ιατροί που θα ήταν συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, αλλά έπειτα από χειρισμούς του Υπουργείου Υγείας διακόπηκαν οι συμβάσεις 2.500 ιατρών, που κάλυπταν υγειονομικά ένα μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων. Αυταπόδεικτα οι εξελίξεις αυτές τεκμηριώνουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ότι η μεταρρύθμιση που ευαγγελίζονταν η ελληνική πολιτική ηγεσία δεν κατάφερε να εκπληρώσει τους στόχους της, καθώς μόνο 370 χιλιάδες πολίτες από τους 703 χιλιάδες που αρχικά προβλέφθηκαν, καλύπτονται σήμερα από τις δομές των ToMY (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι παρατηρούνται και πολλές κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες, καθώς δεν καλύφθηκαν επαρκώς οι ανάγκες των ελλήνων πολιτών που διαμένουν στην περιφέρεια της ελληνικής επικράτειας σε υπηρεσίες ΠΦΥ και συγκεκριμένα οι πολίτες που διαμένουν στις νησιώτικες ζώνες (Υπουργείο Υγείας, 2019). Ως εκ τούτου, η ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει εγγενείς αδυναμίες και προβλήματα όπως η μερική κάλυψη των αναγκών των ελλήνων πολιτών, οι κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες, η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης των ελλήνων πολιτών, αδυναμίες που προϋπήρχαν της κρίσης και που επιδεινώθηκαν μετά από την εφαρμογή των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας (Υφαντόπουλος, 2018).

Οι στοχεύσεις των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων στον χώρο της υγείας έπειτα από την ψήφιση των μνημονίων έδιναν έμφαση στην εισαγωγή αλλαγών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, μέσω της δημιουργίας ενός αποκεντρωμένου και καλά οργανωμένου συστήματος υγείας, το οποίο θα παρείχε καθολική κάλυψη και θα περιόριζε τους κοινωνικούς αποκλεισμούς και τις κοινωνικές και γεωγραφικές διακρίσεις. Ωστόσο τα τελευταία στοιχεία τεκμηριώνουν με τον καλύτερο τρόπο μία εντελώς διαφορετική κατάσταση. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η υγειονομική κάλυψη των ασθενών αγγίζει μόνο το 86%, με αποτέλεσμα να βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ, ενώ οι κοινωνικές ανισότητες συνεχίζουν να κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα. Στο ίδιο μήκος κύματος, η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας σε ποσοστό περίπου στο 50% των μνημονιακών ετών, μία εξέλιξη που σηματοδότησε αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης των ελλήνων πολιτών σε πολύ υψηλό ποσοστό. Οι έλληνες πολίτες το 2018 βρίσκονται στην πρώτη θέση ανάμεσα στους πολίτες των υπόλοιπων κρατών μελών της ΕΕ στο επίπεδο των ιδιωτικών δαπανών υγείας, καθώς άγγιξαν το 4,4% του συνολικού προϋπολογισμού για τον τομέα της υγείας, όταν το αντίστοιχο μέγεθος του μέσου όρου στην ΕΕ ανέρχονταν σε 1,4% (Υφαντόπουλος, 2018).

Επιπρόσθετα το Ελληνικό Σύστημα Υγείας συνεχίζει περίπου μία δεκαετία από την έναρξη της κρίσης και περίπου σαράντα χρόνια από τη δημιουργία του ΕΣΥ, να διατηρεί μία ακόμα αρνητική πρωτιά, καθώς οι δαπάνες υγείας που προορίζονται για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ανέρχονται στο ένα τέταρτο των δαπανών υγείας της χώρας, μία στιγμή που οι αντίστοιχες δαπάνες στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 35%. Από την άλλη πλευρά οι δαπάνες υγείας για τις υπηρεσίες υγείας

που παρέχονται στα ελληνικά νοσοκομεία κυμαίνονται σε πολύ υψηλά ποσοστά περίπου 40%, όταν οι αντίστοιχες δαπάνες στα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 25%. Ως εκ τούτου ο τρόπος που κατανέμονται οι μειωμένες δαπάνες υγείας του ΕΣΥ αποτυπώνουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τόσο την κατεύθυνση των ελληνικών πολιτικών υγείας, όσο και τις αρνητικές επιπτώσεις που σηματοδότησε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η εφαρμογή των μνημονίων (Υφαντόπουλος, 2018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση δημιούργησε πολλά προβλήματα σε όλες τις εκφάνσεις της οικονομικής και κοινωνικής ζωής των περισσότερων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς οι πολιτικές τους ηγεσίες δεν κατάφεραν να προετοιμάσουν τις οικονομίες τους να αντιμετωπίσουν τόσο ισχυρούς κλυδωνισμούς. Αρκετά από τα κράτη μέλη της ένωσης, όπως και η Ελλάδα, με στόχο τον έλεγχο των δυσμενών επιπτώσεων από την εξάπλωση της κρίσης, έλαβαν μία σειρά από διαρθρωτικά μέτρα λιτότητας που περιελάμβαναν μείωση των μισθών, αύξηση της φορολογίας, μείωση των δημοσίων δαπανών. Όμως τα μέτρα αυτά δημιούργησαν πλήθος προβλημάτων στη ζωή των πολιτών τους και σε όλες τις πτυχές του κράτους πρόνοιας όπως παιδεία, ασφάλεια και δημόσια υγείας.

Ειδικότερα, στον χώρο της υγείας παρατηρήθηκαν μεγάλες μειώσεις των προϋπολογισμών των δημόσιων συστημάτων υγείας, ενώ παράλληλα λήφθηκαν μέτρα που στόχευαν τη μείωση της συμμετοχής του δημοσίου στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, με στόχο τη μείωση των κονδυλίων που προορίζονταν για τον χώρο της υγείας περιόρισαν δραστικά τη χρηματοδότηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, προχώρησαν σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων και δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και περιόρισαν τις δαπάνες για τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας, είτε άμεσα με περικοπές στους μισθούς, είτε έμμεσα με τη μη αντικατάσταση των επαγγελματιών που συνταξιοδοτήθηκαν. Υπό το πρίσμα αυτό, έπειτα από την έναρξη της κρίσης το 2007 τα 18 από τα 28 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιόρισαν δραστικά τις δαπάνες υγείας τους.

Μέσα σε αυτό το δυσμενές οικονομικό περιβάλλον η Ελλάδα το 2010 αδυνατώντας να ανταποκριθεί στο ελλειμματικό της ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών και στο ιδιαίτερα υψηλό εξωτερικό της χρέος, προσέφυγε στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο για τη χορήγηση δανείων, υπό την αυστηρή προϋπόθεση να λάβει μία σειρά διαρθρωτικών μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, που στόχο είχαν την εξυγίανση του συνόλου των μακροοικονομικών και μικροοικονομικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας. Τα εν λόγω μέτρα που περιείχονταν στα τρία μνημόνια, είχαν ως πρώτο στόχο τη μείωση των δημοσίων δαπανών και την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στον δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα, μέσα από τη μείωση των μισθών των δημοσίων υπαλλήλων, την αύξηση των

συνταξιοδοτικών ορίων, την αύξηση των φορολογικών συντελεστών, την επιβολή νέων φορολογικών μεταρρυθμίσεων και τη μείωση των κοινωνικών επιδομάτων. Από το 2009 και έπειτα, που η οικονομία της χώρας εισήλθε σε ύφεση και έπειτα από την επιβολή των μνημονιακών μεταρρυθμίσεων, οι έλληνες πολίτες και τα ελληνικά νοικοκυριά αδυνατούσαν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους με συνέπεια το βιοτικό επίπεδο τους να σημειώσει δραματική πτώση. Ταυτόχρονα το κοινωνικό κράτος και το κράτος πρόνοιας δέχτηκαν ισχυρές πιέσεις καθώς παράλληλα με τις υψηλές μειώσεις των δημοσίων δαπανών, αυξήθηκε δραματικά και ο αριθμός των πολιτών που ανήκαν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, λόγω των διαρθρωτικών μέτρων λιτότητας και της σκληρής δημοσιονομικής προσαρμογής που προωθήθηκε.

Στον χώρο της υγείας η μείωση των δημοσίων δαπανών και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος που προέκυπτε από την παροχή υπηρεσιών τόσο στις δημόσιες, όσο και στις δημόσιες δομές, διόγκωσε σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τις αδυναμίες και τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν τα ελληνικά νοικοκυριά, δημιουργώντας περιορισμούς στην πρόσβαση και μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Παράλληλα η εφαρμογή των μνημονιακών δεσμεύσεων της χώρας στον συγκεκριμένο τομέα της οικονομίας, διόγκωσε σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τις παθογένειες και τις αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και όξυνε τα ήδη αυξημένα προβλήματα που αντιμετώπιζαν όλες οι δομές της δημόσιας φροντίδας υγείας. Όλες οι ανωτέρω εξελίξεις δημιούργησαν πολλά προβλήματα και στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Πιο αναλυτικά, ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, πριν από την έναρξη της κρίσης αντιμετώπιζε πλήθος προβλημάτων εξαιτίας της νοσοκομειοκεντρικής προσέγγισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά και εξαιτίας της ελλιπούς οργάνωσης, του προβληματικού στρατηγικού σχεδιασμού και της υποστελέχωσης. Τα διαρθρωτικά μέτρα που έλαβαν οι ελληνικές κυβερνήσεις έπειτα από την ένταξη της μεγάλης οικονομικής κρίσης στον χώρο της υγείας, όξυναν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό τις αδυναμίες του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το πρώτο νομοσχέδιο που ψήφισε το ελληνικό κοινοβούλιο μετά από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και αφορούσε σε μεγάλο βαθμό τον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα, ήταν ο νόμος Ν. 3918/2011 με τον οποίο συγχωνεύτηκαν τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας δημιουργώντας τον ΕΟΠΠΥ, ο οποίος προοριζόταν να γίνει πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών

υγείας. Πρωταρχικός σκοπός του ΕΟΠΠΥ στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν ο συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας ανάμεσα στις δομές της ΠΦΥ, δηλαδή των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των δομών που παρείχαν ΠΦΥ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών του ΕΟΠΠΥ και οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Υπό το πρίσμα αυτό ο νέος νόμος καθόρισε το ρυθμιστικό πλαίσιο παροχής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και προσπάθησε να μεγιστοποιήσει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας και της μείωσης του κόστους για τους πολίτες.

Ωστόσο πολύ γρήγορα αποκρυσταλλώθηκαν οι μεγάλες αδυναμίες του νέου φορέα και τα προβλήματα που δημιουργούσε στην εύρυθμη και αποτελεσματική παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους πολίτες της χώρας. Ως εκ τούτου η πολιτική ηγεσία της χώρας προχώρησε στην ψήφιση ενός νέου νομοσχεδίου του νόμου Ν. 4238/2014 με τον οποίο δημιουργήθηκε το ΠΕΔΥ, Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εάν και η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση κινούνταν στη σωστή κατεύθυνση για την αντιμετώπιση των διαχρονικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στη χώρα, εντούτοις αντιμετώπισε σωρεία προβλημάτων στην εφαρμογή της. Η έλλειψη οργάνωσης και η έλλειψη του κατάλληλου προσωπικού που στελέχωνε τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ώθησε τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, αυξάνοντας σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό, το ήδη υψηλό κόστος των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Απόρροια της εξέλιξης αυτής ήταν η ψήφιση ενός νέου νομοσχεδίου που στόχευε στη διόρθωση των κακών κειμένων στο εν λόγω επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Συγκεκριμένα ψηφίστηκε το νομοσχέδιο Ν. 4486/2017, το οποίο κινούνταν σε συγκεκριμένους μεταρρυθμιστικούς κατευθυντήριους άξονες. Βασικός στόχος του εν λόγω νόμου ήταν η δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΤΟΜΥ) και η αναβάθμιση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Παράλληλα επιχειρήθηκε η στελέχωση των ΤΟΜΥ και των Κέντρων Υγείας με ιατρικό προσωπικό άλλων ειδικοτήτων, εκτός από τους Γενικούς Ιατρούς, όπως Παθολόγους και Παιδιάτρους. Οι θιασώτες της συγκεκριμένης πρωτοβουλίας επιθυμούσαν την αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, την εστίαση των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην πρόληψη, την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την προαγωγή της

δημόσιας υγείας. Δύο χρόνια από την ψήφιση του νέου νομοσχεδίου στην Ελλάδα λειτουργούν μόνο 127 από τα 239 ΤΟΜΥ που είχαν προβλεφτεί από τον αρχικό στρατηγικό σχεδιασμό, τα οποία είναι στελεχωμένα μόνο από 1100 επαγγελματίες υγείες. Οι υπόλοιπες δομές δεν μπορούν να λειτουργήσουν εξαιτίας της αδυναμίας στελέχωσής τους, λόγω μεγάλης έλλειψης προσωπικού στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και εξαιτίας της μη πρόσληψης του αναγκαίου προσωπικού που προέβλεπε το αρχικό νομοσχέδιο. Ένα ακόμα πρόβλημα που συχνά αναφέρεται είναι η μερική χρηματοδότηση των εν λόγω δομών.

Όλες αυτές οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έλαβαν χώρα στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, υπό την πίεση των διαρθρωτικών αλλαγών που προέβλεπαν οι μνημονιακές δεσμεύσεις της χώρας, δεν κατάφεραν να επιλύσουν σε μεγάλο βαθμό τα προβλήματα και τις αδυναμίες του προϋπήρχαν της κρίσης. Σήμερα το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα αντιμετωπίζει ακόμα πλήθος προβλημάτων που συνδέεται με την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στις δαπάνες υγείας και την υποστελέχωση, καθώς οι περισσότερες δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι υποστελεχωμένες και σε αρκετές από αυτές το προσωπικό δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο, μεγάλος αριθμός αυτών των δομών δεν λειτουργούν, η συνεργασία με των ιδιωτικό τομέα και ειδικότερα με τους συμβεβλημένους ιατρούς και τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια είναι προβληματική, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζονται πολλές ελλείψεις σε μηχανολογικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Ως εκ τούτου, οι διαχρονικές παθογένειες του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που συνδέονται με την απουσία στρατηγικού σχεδιασμού για την πρόληψη, τη μεγάλη αναμονή για το κλείσιμο ενός ραντεβού, τις κοινωνικές ανισότητες και τον περιορισμό στην πρόσβαση, την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης παραμένουν μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης και σε πολλές περιπτώσεις τα οικεία προβλήματα μεγεθύνθηκαν.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανεξάρτητα από τις αδυναμίες που παρουσιάζει σήμερα το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, ο ρόλος του κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των πολιτών, μέσω της αντιμετώπισης, αλλά κυρίως μέσω της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, όπως προβλέπεται από τη Διακήρυξη της Astana (2018). Για το λόγο αυτό και με γνώμονα την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την καλύτερη οργάνωση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα προτείνεται:

- Πρόσληψη ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού, όλων των αναγκαίων ειδικοτήτων για τη στελέχωση όλων των ΤΟΜΥ της χώρας
- Εκπόνηση προγραμμάτων για την κατάρτιση και επανεκπαίδευση του προσωπικού που ήδη στελεχώνει τα υπό λειτουργία ΤΟΜΥ
- Εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συνόλου των δομών της ΠΦΥ
- Εφαρμογή της τηλεϊατρικής και τεχνολογικών μέσων επικοινωνίας που διασύνδεουν μεταξύ τους όλες τις δομές της ΠΦΥ
- Εξασφάλιση του αναγκαίου μηχανολογικού εξοπλισμού για την ενίσχυση του αποτελεσματικού τρόπου λειτουργίας των δομών ΠΦΥ
- Αλλαγή προσανατολισμού του τρόπου λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα με εστίαση στην πρόληψη
- Εισαγωγή μεθόδων και πρακτικών μέσω ενός εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού, που στόχο έχει την προώθηση της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, κατά τη διάρκεια της προσπάθειας επίλυσης των υγειονομικών προβλημάτων
- Εκπόνηση προγραμμάτων ενημέρωσης των πολιτών και των μελών της κοινότητας για την αλλαγή της προσέγγισης της ΠΦΥ και για τον τρόπο λειτουργίας των δομών της
- Συνεργασία με αναπτυγμένα οικονομικά κράτη για την εφαρμογή καλών πρακτικών στον τομέα της ΠΦΥ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

Βραχάτης, Δ. και Παπαδόπουλος, Α., (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), σσ.10-17.

Γεωργακόπουλος, Ν. (2014). *Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή απορρύθμιση*. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση, Μ., (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980– 2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), σσ.106-115.

Γούλα, Α, Γιαννοπούλου, Β, Μαγούλη, Π, Ντάκου, Μ και Υφαντόπουλος, Ν. (2017). Η διερεύνηση των ιατρο-κοινωνικών δομών στην κάλυψη των αναγκών υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 34(1), σσ. 12-13.

Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ., και Μπιτσώρη, Ζ. (2017). Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN) και η επίδραση στη βιωσιμότητα τους. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* σσ. 1-12

ΕΚΠΑ. (2015). *Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα - Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας - Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης EMENO*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή.

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2016). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα και Στοιχεία 2015–2016*. Αθήνα: IOBE.

Καδδά, Ό., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ. and Παληός, Θ., (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού* σσ.1-15.

Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα-Χρηματοδότηση-Αγορά*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος

Κοντιάδης Ξ. και Σουλιώτης Κ. (2005). *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*. Εκδ. Αθήνα: Σακούλα.

Λιαρόπουλος, Λ., (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Μαλαβάζος Θ., Μαρκασιώτη Β., Μαλλιαρού Μ., και Σαράφης Π. (2019). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2019) 11(3)*, σσ.39-56.

Μανιάτη, Ε. (2016). *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ελληνική οικονομία. Θεσσαλονίκη: Master thesi's*. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης.

Ματθαίος, Π. και Δομάγιερ, Δ.Φ., (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(4)*, σσ. 1-15.

Ματσαγγάνης, Μ., και Φλεβοτόμου, Μ. (2010). *Distributional Implications of Tax Evasion in Greece. LSE Hellenic Observatory Paper on Greece and Southeast Europe*.

Μπελετσιώτη, Χ., Παπαδόπουλος, Α. και Νιάκας, Δ., (2018). Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35*, σσ. (5).

Μπισκανάκη, Ε. και Χαραλάμπους, Γ. (2017). Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 16(4)*, σσ. 1-13.

Μπουρσανίδης, Χ. (2001). Δημόσιο Μάνατζμεντ Ταμείων. Μια προσέγγιση κοινωνικής μεταρρύθμισης και διοικητικού εκσυγχρονισμού της κοινωνικής ασφάλειας υγείας. Στο: Ι. Κυριόπουλος, Λ. Λιαρόπουλος, Χ. Μπουρσανίδης, Χ. Οικονόμου (Επιμ.), *Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, σ.48-74. Αθήνα: Θεμέλιο.

Νιάκας, Δ., (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής, 5(1)*, σσ.3-7.

Οικονομου Μ, Πεππου Λ, Φουσκετακη Σ, Θελεριτης Χ, Πατελακης Α, Αλεξίου Τ (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών. *Ψυχιατρική*, 24, σσ. 247–261.

Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα–Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3, σσ.116-121.

Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ., (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και την δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπιού*, σσ.365-378.

Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ., & Κυλούδης, Π. Γ. (2015). Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), σσ.3-14.

Ρούπα Ζ, Ζωγράφου Π και Βασιλόπουλος Αρ. (2014). Οι μετανάστες ως χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 6, σσ.154-159.

Σούλης, Σ., Σαρρής, Σ. και Μάμας, Θ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Γ., Παπαγεωργίου, Μ. και Οικονόμου, Μ., (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35.

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ. και Σαράφης, Π., (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα–κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3(4), σσ.140-148.

Τούντας, Γ., (2002). *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Τσιότρας, Γ. Δ. (2016). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Nicosia, Cyprus: Broken Hill Publishers LTD.

Υφαντόπουλος, Γ. (2005), Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, Αθήνα: Τυπωθήτω.

Χατζηπουλίδης, Γ., 2004. Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, (3) σσ. 1-3.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

Abellanoza, A., Provenzano- Hass, N., & Gatchel, R. J. (2018). Burnout in ER nurses: Review of the literature and interview themes. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(1). pp. 1-12.

Adamakidou, T. and Kalokerinou, A., (2010). New health policies on primary health care in Greece. *Health Science Journal*, 4(1), pp.15.

Anagnostopoulos, D.C. and Soumaki, E., (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *European child & adolescent psychiatry*, 22(2), pp.131-134.

Apostolopoulou, E. et al. (2013). Surveillance of Device-associated Infection Rates and Mortality in 3 Greek Intensive Care Units”, *American Journal of Critical Care*, Vol. 22(3), pp. e12-20.

Arapoglou, V., and Gounis, K. (2015). *Poverty and homelessness in Athens: governance and the rise of an emergency model of social crisis management*. London: European Institute.

Athanasiadis, A., Kostopoulou, S. and Philalithis, A., (2015). Regional decentralisation in the Greek health care system: rhetoric and reality. *Global journal of health science*, 7(6), pp.55.

Atun, R., (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services*. Copenhagen: World Health Organization Publisher.

Bahadori, M., Teymourzadeh, E., Faizy Bagejan, F., Ravangard, R., Raadabadi, M., & Hosseini, S. M. (2018). Factors affecting the effectiveness of quality control circles in a hospital using a combination of fuzzy VIKOR and Grey Relational Analysis. *Proceedings of Singapore Healthcare*, pp. 1-7.

- Baldwin, R. E., and Giavazzi, F. (Eds.). (2015). *The Eurozone crisis: A consensus view of the causes and a few possible remedies*. London: CEPR Press.
- Berend, I. (2017). *The Contemporary Crisis of the European Union, Prospects for the Future*. New York: Routledge.
- Bitzenis, A., Papadopoulos, I., and Vlachos, V. A. (Eds.). (2014). *Reflections on the Greek Sovereign Debt Crisis: The EU Institutional Framework, Economic Adjustment in an Extensive Shadow Economy*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Boerma, W.G.W., (2006). *Coordination and integration in European primary care*. London: Open University Press.
- Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. (2015). Building primary care in a changing Europe. D. S. Kringos (Ed.). *World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies*, pp. 1-172.
- Bonovas S, Nikolopoulos G. (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg* 53, pp. 169–171.
- Busse, R. and Blümel M. (2014). Germany: Health System Review. *Health Syst Trans*, 16, pp.1-296.
- Christodoulakis, N. (2013). From grexit to growth: On fiscal multipliers and how to end recession in Greece. *National Institute Economic Review*, 224(1), pp. R66-R76.
- Clarke, J., A. Houliaras and D. Sotiropoulos (2016), *Austerity and the Third Sector in Greece*, Routledge, New York.
- Dervenis, C., Kastanioti, C., & Polyzos, N. (2013). Restructuring the finances of the Greek health care system in the era of economic crisis. *World Journal of Surgery*, 37(3), pp. 707-709.
- DeWaard AM, Wändell PE, Holzmann MJ, Korevaar JC, Hollander M, Gornitzki C, de Wit NJ, Schellevis FG, Lionis C, Søndergaard J, Seifert B, Carlsson AC and SPIMEU Research Group (2018a) Barriers and facilitators to participation in a health check for cardiometabolic diseases in primary care: a systematic review. *European Journal of Preventive Cardiology* 25, pp. 1326–1340.

Dimitraki, O., and Kartsaklas, A. (2017). Sovereign debt, deficits and defence spending: the case of Greece. *Defence and Peace Economics*, 29(6), pp. 712-727.

Dom, G., Samochowiec, J., Evans-Lacko, S., Wahlbeck, K., Van Hal, G. and McDaid, D., (2016). The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union. *International journal of environmental research and public health*, 13(1), p.122.

Donev, Doncho, Luka Kovacic, and Ulrich Laaser. (2013). The role and organization of health care system. *Institute of Social Medicine 1*, pp. 1-13.

European Centre for Disease prevention and Control. (2013). *Health inequalities, the financial crisis and infectious disease in Europe*. Stockholm: ECDC.

ECDC. (2017). *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. (2014a). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Economic crisis, health systems and health in Europe: Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O. and Zafiropoulou, M., (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population1. *Social Cohesion and Development*, 9(2), pp.99-115.

Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L.E., Souliotis, K. and Stefanis, C. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update. *World Psychiatry*, 15(1), p.83.

Falagas, M.E., Vouloumanou, E.K., Mavros, M.N. and Karageorgopoulos, D.E., (2009). Economic crises and mortality: a review of the literature. *International journal of clinical practice*, 63(8), pp.1128-1135.

Filippidis, F.T., Gerovasili, V., Millett, C. and Tountas, Y., (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific reports*, 7, p.46423.

Fountoulakis, K.N., Savopoulos, C., Apostolopoulou, M., Dampali, R., Zaggelidou, E., Karlafti, E., Fountoukidis, I., Kountis, P., Limenopoulos, V., Plomaritis, E. and Theodorakis, P., (2015). Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000–2012). *Journal of affective disorders*, 174, pp.131-136.

Giannitsis, T., and Zografakis, S. (2015). *Greece: Solidarity and adjustment in times of crisis* (No. 38). IMK Study.

Ginter, P. M. (2018). *The strategic management of health care organizations*. John Wiley & Sons.

Giotakos, O., Karabelas, D. and Kafkas, A., (2011). Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 22(2), pp.109-119.

Groenewegen, P.P. and Jurgutis, A., (2013). A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*, 21(6), pp.369-78.

Hardouvelis, G., and Gkionis, I. (2016). A decade long economic crisis: Cyprus versus Greece. *Cyprus Economic Policy Review*, 10(2), pp. 3-40.

Hone, T., Macinko, J. and Millett, C., (2018). Review Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?. London: School of Public Health, Imperial College

Ifanti, A.A. et al. (2013). Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care. *Health Policy*, Vol. 113(1–2), pp. 8-12.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P. and McKee, M., (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), pp.1323-1331.

Karamanis, K., & Hyz, A. (2014). Flexible working and unemployment in Greece: an analysis and review of the evidence. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(10), 533.

Karanikolos, M., and Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health*, 15(1), pp. 83.

Katsios, S (2006). The shadow economy and corruption in Greece. *South-Eastern E Marinakou, E., Giousmpasoglou, C., & Paliktzoglou, V. (2016). The brain drain phenomenon in higher education in Greece: attitudes and opinions on the decision to immigrate. urope Journal of Economics*, pp. 4(1).

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D., (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), pp.748-753.

Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. and Benos, A., (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*, 103(6), pp.973-979.

Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Rotar Pavlic D, Svab I, Tedeschi P, Wilm S, Wilson A, Windak A, Van der Zee J and Groenewegen P (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal General Practice* 63, pp. e742–e750.

Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M., Groenewegen, P., Jong, J.D. and Ginneken, E.V., (2016). The Netherlands: health system review. *Health system in transition*. 18(2), pp. 1–239.

Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *Int J Equity Health* 13: pp.1-7.

Laliotis, I., Ioannidis, J.P. and Stavropoulou, C., (2016). Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. *The Lancet Public Health*, 1(2), pp.e56-e65.

Leder K, Borwein S, Chanthavanich P, Chatterjee S, Htun K, Marma ASP, Nakatani I, Ok JJ, Pakasi L, Pandey P, Piyaphanee W, Rupali P, Schwartz E, Shinozuka T, Phu PTH, Watanabe H, Visser J, Wilder-Smith A, Zhang M, McGuinness SL (2017) Travel medicine perspectives of select travel medicine experts practicing in the Asia-Pacific region. *Journal of Travel Medicine* 24, pp. 1–6.

Liaropoulos, L., (2012). Greek economic crisis: not a tragedy for health. *Bmj*, 345, p.e7988.

Lionis C and Midlöv P (2017). Prevention in the elderly: a necessary priority for general practitioners. *European Journal of General Practice* 23, pp. 202–207.

Lionis C, Petelos E, Mechili EA, Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Angelaki A, Rurik I, Pavlic DR, Dowrick C, Dückers M, Ajdukovic D, Bakic H, Jirovsky E, Mayrhuber ES, van den Muijsenbergh M and Hoffmann K (2018). Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: a focus on methods. *BMC International Health and Human Rights* 18, pp. 11.

Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., Papadakakis, M., Souliotis, K. and Tziraki, C., (2019). Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Primary health care research & development*, 20, 1-7.

Mavridis, S. (2018). Greece's Economic and Social Transformation 2008–2017. *Social Sciences*, 7(1), pp. 9.

Marinos, G. et al. (2009). Management of Minor Medical Problems and Trauma: The Role of General Practice. *Rural Remote Health*, Vol. 9(4), pp. 1019.

McKee, M. and Stuckler, D. (2016). Health effects of the financial crisis: lessons from Greece. *The Lancet Public Health*, 1(2), pp.e40-e41.

Minogiannis, P., (2012). Tomorrow's public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era. *Social Cohesion and Development*, 7(1), pp.69-80.

Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., McKee, M. and World Health Organization, (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. and Anderson, C., (2015). International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund; pp. 1-14.

Nelson, R., Belkin, P. and Jackson, J., (2017). The Greek Debt Crisis: Overview and Implications for the United States.

Nikolakis, K., Economou, C., Georgousi, E., Tsakos, G. and Kyriopoulos, G., (2002). Peripheral allocation of medical manpower in primary health care. The example of IKA. *Prim. Health Care*, 12, pp.57-61.

OECD, (2017). *Society at a Glance*. OECD 2017.

OECD. (2016a). *Health Statistics*. OECD 2016

Pachocka, M. (2016). The twin migration and refugee crises in Europe: examining the OECD's contribution to the debate. *Rocznik Instytutu Europy Środkowo-Wschodniej*, 14(4), pp. 71-99.

Paleologou, S. M. (2013). A dynamic panel data model for analyzing the relationship between Military expenditure and government debt in the EU. *Defence and Peace Economics*, 24(5), pp. 419-428.

Panizza, U., and Eichengreen, B. J. (2014). *A surplus of ambition: can Europe rely on large primary surpluses to solve its debt problem?* (No. BOOK). National Bureau of Economic Research.

Papadakaki M, Lionis C, Saridaki A, Dowrick C, de Brún T, O' Reilly-de Brún M, O'Donnell CA, Burns N, van Weel-Baumgarten E, van den Muijsenbergh M, Spiegel W and MacFarlane A (2017.) Exploring service providers' perspective on barriers to primary care for migrants: a qualitative study in the Greek primary care in times of austerity. *European Journal of General Practice* 23, pp. 128–134

Papadimitriou, D.B., Nikiforos, M. and Zezza, G., (2016). Greece: conditions and strategies for economic recovery. *The European Crisis*, pp.145.

Patelarou, A.E., Kleisiaris, C.F., Androulakis, E., Tsirakos, D.K., Kritsotakis, G., Konstantinidis, T.I. and Androulaki, Z., (2016). Use of primary health care services in Southern Greece during a period of economic crisis. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 33, pp. (1).

Peritogiannis, V., Tatsioni, A., Manthopoulou, T., & Mavreas, V. (2016). Mental healthcare for older adults in rural Greece. *International psychogeriatrics*, 28(4), pp. 698-700.

Pogatsa, Z. (2014). *The Political Economy of the Greek Crisis*. Riga: Lux Sit.

Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M. and Hadjichristodoulou, C., (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ open*, 5(3).

Reeves, A. and Stuckler, D., (2015). Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. *European sociological review*, 32(1), pp.39-53.

Reynal-Querol, M. (2005). Does democracy preempt civil wars?. *European Journal of Political Economy*, 21(2), pp. 445-465.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. and van Ginneken, E., (2010). Health Systems in Transition. *The Netherlands*, 12(1). pp. 1-267.

Shah, A. K., and Rankin, A. (2017). *Jainism and Ethical Finance: A Timeless Business Model*. Taylor & Francis.

Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E and Lionis C (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Services Research* 17, pp. 788

Simou, E. and Koutsogeorgou, E., (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), pp.111-119.

Siskou O, Kaitelidou D, Litsa P, Georgiadou G, Patelakis P,.... and Argyri S, (2014). Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focus on price reductions & cost-sharing rates. *Value Health* 4, pp. 107–114.

Souliotis, K. and Lionis, C., (2005). Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *Journal of Medical Systems*, 29(2), pp.187-196.

Souliotis, K., Papageorgiou, M., Politi, A., Ioakeimidis, D. and Sidiropoulos, P., (2014). Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis—the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study. *Rheumatology international*, 34(1), pp.25-33.

Souliotis, K., Agapidaki, E. and Papageorgiou, M. (2015). Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. In *Forum of Clinical Oncology* (Vol. 6, No. 4, pp. 7-11). De Gruyter Open.

Stoimenova, A., Stoilova, A., & Petrova, G. (2014). ISO 9001 certification for hospitals in Bulgaria: does it help service?. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 28(2), 372-378.

Stuckler C, Basu S. (2013). *The body economic growth: why austerity kills*. New York: Basic Books.

Tarantilis, F., Athanasakis, K., Zavras, D., Vozikis, A. and Kyriopoulos, I. (2015). Estimates of price and income elasticity in Greece. Greek debt crisis transforming cigarettes into a luxury good: an econometric approach. *BMJ open*, 5(1), pp.e004748.

Thomadakis, S. B. (2015). Growth, debt and sovereignty prolegomena to the Greek crisis. London: European Institute London School of Economics and Political Science.

Tountas, Y., Karnaki, P. and Pavi, E., (2002). Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy*, 62(1), pp.15-29.

Tragaki, A., and Lenos, K. (2016). Suicide Rates in Greece: Comparing Mortality Data with Police Reporting Statistics and Investigating Recent Trends. *Finnish Yearbook of Population Research*, 51, pp. 61-75.

Triantafillidis JK, Vagianos C, Gikas A, Korontzi M and Papalois A (2017). Screening for colorectal cancer: the role of the primary care physician. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 29, pp. e1–e9.

Tsirintani M., Giovanis A., Binioris S., Goula A., (2010). A New Modelling Approach for Investigation of the Relationship between Quality of Health Care Services and Patient Satisfaction, *Nosileftiki* . 49 (1) ,pp. 40-52.

Tsakalotos, E. (1998). The political economy of social democratic economic policies: the PASOK experiment in Greece. *Oxford Review of Economic Policy*, 14(1), 114-138.

Tsoufias, G. (2012). The impact of the European financial crisis on clinical research within the European union or" when life gives you lemons, make lemonade". *Hippokratia*, 16(1), pp. 6.

Tziovas, D. (Ed.). (2017). *Greece in Crisis: The Cultural Politics of Austerity*. London: Bloomsbury Publishing.

Varoufakis, Y. (2017). *Adults in the room: My battle with Europe's deep establishment*. London: Random House.

VanLoenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, Angelaki A, Ajdukovic D, Bakic H, Pavlic DR, Zelko E, Hoffmann K, Jirovsky E, Mayrhuber ES, Dückers M, Mooren T, Gouweloos-Trines J, Kolozsvári L, Rurik I and Lionis C (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health* 28, pp. 82–87

Vasileiou, I. et al. (2009). The Potential Role of Primary Care in the Management of Common Ear, Nose or Throat Disorders Presenting to the Emergency Department in Greece. *Quality Primary Care*, Vol. 17(2), pp. 145-148.

Vlontzos, G., Duquenne, M. and Niavis, S., (2017). Is Binge Drinking Prevalent in Greece after the Emergence of the Economic Crisis? Assessment of This Idea Using the Theory of Planned Behavior. *Beverages*, 3(1), pp.3.

Waitzkin, H. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case. In *141st APHA Annual Meeting (November 2-November 6, 2013)*. APHA.

Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P. and Constantopoulos, A., (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 15(1), pp.6.

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K. and Kyriopoulos, J., (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *The European Journal of Public Health*, 23(2), pp. 206-210.

Zavras, D., Zavras, A.I., Kyriopoulos, I.I. and Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16(1), pp.309.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

Αθανασιάδης, Α. και Σταυράκη, Σ. (2017). Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Διαθέσιμο στο: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_19042017_REP_GR.pdf. [Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν., & Μεγήρ, Κ. (2010). *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μια κρίσιμη συγκυρία*. Διαθέσιμο στο: http://users.uoi.gr/kammas/Meghir_et_al_2010.pdf. [Ανακτήθηκε 8 Νοε 2019].

ΕΛΣΤΑΤ. (2019). *Δαπάνες Υγείας – Σύστημα Λογαριασμών Υγείας*. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/>. [Ανακτήθηκε 28 Νοε 2019].

ΕΛΣΤΑΤ. (2019α). *Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Έτη 2017-2018*. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>. [Ανακτήθηκε 18 Δεκ 2019].

ΙΝΕ-ΓΣΕΕ. (2008). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*. Διαθέσιμο στο: <https://www.inegsee.gr/ekdosi/Ethsia-Ekthesh-2008-H-ellhnikh-oikonomia-kai-h-apasxolhsh/>. [Ανακτήθηκε 8 Νοε 2019].

Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/279291154_To_thesmiko_plaisio_parochon_astheneias_sten_Ellada_E_leitourgia_kai_o_rolos_tou_Ethnikou_Systematos_Ygeias. [Ανακτήθηκε 19 Ιαν 2020].

ΟΟΣΑ. (2017). *State of Health in the EU. Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2017*. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf. [Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

ΟΟΣΑ. (2018). *State of Health in the EU. Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2017*. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_el. [Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

Παπαθεοδώρου Χ., Μωυσίδου Α., (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Διαθέσιμο στο: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/study-16.pdf>. [Ανακτήθηκε 18 Ιαν 2019].

Υπουργείο Υγείας. (2017). *Το νομοσχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)*. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/4587-to-nomosxedio-gia-thn-prwtobathmia-frontida-ygeias>. [Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

Υπουργείο Υγείας. (2017α). *Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ*. Διαθέσιμο στο: <https://www.google.com/search?q=%CE%97+%CE%9C%CE%95%CE%A4%CE%91%CE%A1%CE%A5%CE%98%CE%9C%CE%99%CE%A3%CE%97+%CE%A4%CE%97%CE%A3+%CE%A0%CE%A6%CE%A5&oq=%CE%97+%CE%9C%CE%95%CE%A4%CE%91%CE%A1%CE%A5%CE%98%CE%9C%CE%99%CE%A3%CE%97+%CE%A4%CE%97%CE%A3+%CE%A0%CE%A6%CE%A5&aqs=chrome..69i57j0l2.2098j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.

[Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

Υπουργείο Υγείας. (2019). *Υπουργείο Υγείας: Νέο μοντέλο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Διαθέσιμο στο: <https://www.dimokratiki.gr/13-09-2019/ypourgeio-ygeias-neo-montelo-gia-tin-protovathmia-frontida-ygeias/>. [Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

Υφαντόπουλος, Γ., (2018). *Μνημόνια και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Διαθέσιμο στο: <https://www.tanea.gr/print/2018/12/19/opinions/mnimonia-kai-protovathmia-frontida-ygeias/>. [Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

Χριστοδούλου. (2017). *Όλα όσα θα θέλατε να ξέρετε για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Διαθέσιμο στο:

<https://ygeionomikoi.gr/2017/05/11/%CF%8C%CE%BB%CE%B1-%CF%8C%CF%83%CE%B1-%CE%B8%CE%B1-%CE%B8%CE%AD%CE%BB%CE%B1%CF%84%CE%B5-%CE%BD%CE%B1-%CE%BE%CE%AD%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%B5-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CF%80%CF%81%CF%89%CF%84/>. [Ανακτήθηκε 8 Ιαν 2019].

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

Baldwin, R. & Giavazzi, F. (2015). *The Eurozone Crisis A Consensus View of the Causes and a Few Possible Solutions*. Available at: https://voxeu.org/sites/default/files/file/reboot_upload_0.pdf. [Accessed 13 Nov 2019].

Cerisier, Frédérique. (2017). Agreement on Greece: Key Points. BNP Paribas, Economic Research Department. Available at: <https://economic-research.bnpparibas.com/Views/DisplayPublication.aspx?type=document&IdPdf=29964>. [Accessed 14 Nov 2019].

Chrysopoulos, P. (2016). *State Debts to Private Sector in Greece Delay up to 4 years*. Available at: <https://greece.greekreporter.com/2016/07/11/state-debts-to-private-sector-in-greece-delay-up-to-4-years/>. [Accessed 15 Nov 2019].

Darwish, A. (2015). *Greece and its Financial Crisis*. Al Jazeera Centre for Studies. Available at: <http://studies.aljazeera.net/mritems/Documents/2015/8/17/2015817114250257734Financial%20Crisis%20in%20Greece.pdf>. [Accessed 18 Nov 2019].

FEANTSA. (2017). *European Federation of National Organisations Working with the Homeless*. Available at: <http://www.feantsa.org/en>. [Accessed 16 Nov 2019].

FEANTSA and the Foundation Abbé Pierre. (2017). *Second Overview of Housing Exclusion in Europe*. Available at: http://www.feantsa.org/download/gb_housingexclusion-report_complete_20178613899107250251219.pdf. [Accessed 19 Nov 2019].

Filipeos, K. (2017). *Increase in suicides and child mortality during crisis in Greece*. Available at: <http://greece.greekreporter.com/2017/04/11/increase-in-suicides-and-child-mortalityduring-the-crisis-in-greece/>. [Accessed 14 Nov 2019].

Hyppolite, A. (2016). *Towards a Theory on the Causes of the Greek Depression: An Investigation of National Balance Sheet Data (1997-2014)*. Available at: http://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2016/05/Ερευνητικό-Κείμενο_22_Paul-Adrien-Hyppolite-ENG1.pdf. [Accessed 14 Nov 2019].

International Monetary Fund. (2017). *Greece 2016*. Washington: International Monetary Fund, IMF Country Report. Available at: <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2017/02/07/Greece-2017-Article-IV-Consultation-Press-Release-Staff-Report-and-Statement-by-the-44630>. [Accessed 17 Nov 2019].

Kolasa-Sikiaridi, K. (2017). *2017's low deposit rate has brought o 'Credit Negative' event to Greek Banks, Moody's Says*. Available at: <https://greece.greekreporter.com/2017/03/07/2017s-low-deposit-rate-has-brought-a-credit-negative-event-to-greek-banks-moodys-says/>. [Accessed 13 Nov 2019].

Matsaganis, M. & Flevotomou, M. (2010). *Distributional Implications of Tax Evasion in Greece*. Available at: http://eprints.lse.ac.uk/26074/1/GreeSE_No_31.pdf. [Accessed 19 Nov 2019].

McCarthy, N. (2017). *The countries with the largest shadow economies*. *Forbes*. Available at: <https://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2017/02/09/where-the-worlds-shadoweconomies-are-firmly-established-infographic/#6b169475742c>. [Accessed 13 Nov 2019].

Ministry of Finance. (2017). *The Greek Economy: Recent Economic Developments. Briefing Note*. Available at: <https://www.mfa.gr/missionsabroad/images/stories/missions/slovakia/2017/The%20Greek%20economy%20Recent%20Economic%20Developments%2022.8.2017.pdf>. [Accessed 13 Nov 2019].

- NGO Endeavor Greece. (2016). Human Capital #1 exported “product” of Greece. *NGO Endeavor Greece*, July 19. Available at: <http://endeavor.org.gr/en/latestnews/2137/>. [Accessed 13 Nov 2019].
- OECD. (2016). *OECD Economic Surveys, Greece*. Available at: <http://www.oecd.org/economy/surveys/GRC%202016%20Overview%20EN.pdf>. [Accessed 13 Nov 2019].
- Panagopoulos, T. (2017). On March 889.455 people under enforcement measures. Available at: <http://www.avgi.gr/article/10951/8122242/se-anankastika-metra-eispraxes-889-455-phorologoumenoi-ton-martio>. [Accessed 19 Nov 2019].
- Saltou, E. (2016). *Homeless: The . . . “unseen” population of Greece*. Available at: <http://www.tanea.gr/news/greece/article/5409529/astegoi-o-aoratos-plhthysmos-ths-elladas/>. [Accessed 23 Nov 2019].
- Stamatis, G. A. (2012). *Homeless in Greece in the current financial crisis. What perspectives*. Available at: <http://crisis.med.uoa.gr/elibrary/13.pdf>. [Accessed 23 Nov 2019].
- Vamvoukas, G. (2017). *Dramatic and unpredicted the reduction of the bank deposits*. Available at: <http://www.kontranews.gr/ARTHROGRAPHOI/271249-Dramatike-kaiaproblepte-e-meiose-ton-trapezikon-katatheseon>. [Accessed 23 Nov 2019].
- Weisbrot, M., Rosnick, D., & Lefebvre, S. (2015). *The Greek economy: Which way forward*. Center for Economic and Policy Research Report. Available at: <http://cepr.net/publications/reports/the-greek-economy-which-way-forward>. [Accessed 23 Nov 2019].
- World Health Organization. (2015). *The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence*. Copenhagen. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-full-book-en.pdf. [Accessed 23 Nov 2019].
- WHO, (2018). *Constitution of the World Health Organization: Principles International Health Conference*. Available at: <http://www.who.int/about/mission/en/>. [Accessed 20 Jan 2020].

Zettelmeyer, J., Kreplin, E. & Panizza, U. (2017). Does Greece Need More Official Debt Relief? If So, How Much? PIE Peterson Institute for International Economics. Available at: <https://piie.com/system/files/documents/wp17-6.pdf>. [Accessed 29 Nov 2019].

NΟΜΟΣΧΕΔΙΑ

ΚΥΑ αριθμ 3. Απόφαση ΦΕΚ 490 Β 01-04-2015. Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), 2015.

Νόμος 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143Α/1983 5. Νόμος 1579/1985. Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του εθνικού συστήματος υγείας. ΦΕΚ 217Α/1985.

Νόμος 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας. ΦΕΚ 123Α/ 1992.

Νόμος 2194/1994. Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 34Α/1994.

Νόμος 2519/1997. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165Α/1997.

Νόμος 3852/2010. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης. ΦΕΚ 87Α/2010 12.

Νόμος 3868/2010. Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010α. ΦΕΚ Α΄ 129.

Νόμος 3892/2010. Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, 2010β. ΦΕΚ Α΄ 189.

Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31Α/2011 13.

Νόμος 3054/2012 Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.). ΦΕΚ Β΄

Νόμος 4052/2012. Ρύθμιση Θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Εποπτευόμενων Φορέων, 2012.

Ν. 4172/2013. Καθορισμός, διαδικασία και τρόπος απόδοσης του ποσού «επιστροφής» (rebate (Α, 167). ΦΕΚ 2511 Τεύχος Β΄-7/10/2013.

Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38Α/2014.

Ν. 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις, 2016. ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016

Νόμος 4486/2017. Μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017.

