

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
(Μ.Δ.Ε.)**

**«Η πρόσβαση των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων
στο Εθνικό Σύστημα Υγείας»**

Κωνσταντίνος Ηρ. Βλαχογιάννης AM 22069

Υπεύθυνος Καθηγητής: Γαβριήλ Αμίτσης

Αθήνα, 2024

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η πρόσβαση των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Master Thesis

**“The access of uninsured and vulnerable social groups to the
National Health System”**

Konstantinos Vlachogiannis
Student ID: 22069

Supervisor: Gabriel Amitsis

ATHENS 2024

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	ΟΝΟΜΑ/ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	ΓΑΒΡΙΗΛ ΑΜΙΤΣΗΣ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ		
2.	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΑΚΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ		
3.	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΕΠΕΤΗΣ	ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ		

Κωνσταντίνος Ηρ. Βλαχογιάννης, AM 22069

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η πρόσβαση των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

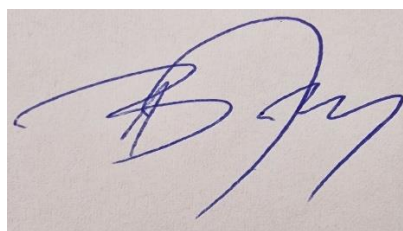
Δήλωση συγγραφέα

Ο κάτωθι υπογραφόμενος Κωνσταντίνος Ηρ. Βλαχογιάννης, με αριθμό μητρώου 22069, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών



Κωνσταντίνος Ηρ. Βλαχογιάννης, AM 22069

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η πρόσβαση των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ευχαριστίες

Εκφράζω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη στα άτομα που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής. Εκφράζω τη βαθύτατη εκτίμησή μου στον επιβλέποντα της διπλωματικής μου, κ. Γαβριήλ Αμίτση, για την αμέριστη υποστήριξη, τη καθοδήγηση και την ανεκτίμητη ανατροφοδότηση, καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Η εμπειρογνωμοσύνη και η ενθάρρυνσή του ήταν καθοριστικές για τη διαμόρφωση της ποιότητας αυτής της εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, αλλά και σε όλους τους διδάσκοντες στο ΜΠΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας». Τέλος, ευχαριστώ θερμώς την οικογένειά μου που στάθηκε δίπλα μου σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Κωνσταντίνος Ηρ. Βλαχογιάννης, AM 22069

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η πρόσβαση των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Περίληψη

Η εργασία πραγματεύεται και στοχεύει στην ανάδειξη ζητημάτων κυρίως νομικής φύσης, που συμβάλλουν στις συνεχιζόμενες ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη από ανασφάλιστους πολίτες και άλλες ευάλωτες ομάδες. Ειδικότερα, η έρευνα εντόπισε τα διαχρονικά προβλήματα, όπως απορρέουν από το θεσμικό πλαίσιο, που αντιμετωπίζουν οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, αναφορικά με την πρόσβασή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σε ένα δεύτερο επίπεδο η έρευνα επεδίωξε να αναλύσει τις ανεπάρκειες του θεσμικού πλαισίου ως προς την προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και να κάνει προτάσεις για τις βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν στο υπάρχων θεσμικό πλαίσιο, ώστε να διευκολυνθεί και να αναβαθμιστεί η πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων και την κάλυψη των ερευνητικών στόχων χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση σε συνδυασμό με την κριτική ανάλυση διαθέσιμων δευτερογενών δεδομένων για την πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού στο εθνικό σύστημα υγείας. Τα κύρια διαχρονικά προβλήματα, που εντοπίστηκαν στο πλαίσιο της εργασίας και που εμποδίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου είναι τα εξής: η μειωμένη περίθαλψη και η μειωμένη κάλυψη του πληθυσμού, τα προβλήματα της οικονομικής κρίσης, η ελλιπής χρηματοδότηση, η δυσκολία οριοθέτησης της έννοιας των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, η διαφοροποίηση της δομής του συστήματος υγείας για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες και η πανδημία COVID-19 που επιδείνωσε τις υπάρχουσες προκλήσεις στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Συνακόλουθα, η εργασία κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι το θεσμικό πλαίσιο της Ελλάδας δεν παρέχει αποτελεσματική θεσμική προστασία, σε ανασφάλιστους/ευπαθείς πολίτες για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους λόγω μιας σειράς αντικειμενικών παθογενειών, προκλήσεων και χρόνιων προβλημάτων. Η εργασία ολοκληρώθηκε με προτάσεις για τη βελτίωση του ελληνικού θεσμικού πλαισίου με απώτερο στόχο την αποτελεσματική

προστασία των ανασφάλιστων και των άλλων ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και την κατά το δυνατόν ελεύθερη πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: ανασφάλιστοι, ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, θεσμικό πλαίσιο, ελληνικό σύστημα υγείας

Κωνσταντίνος Ηρ. Βλαχογιάννης, AM 22069
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η πρόσβαση των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Abstract

The dissertation highlighted legal challenges contributing to ongoing disparities in access to healthcare for the uninsured and other vulnerable groups in Greece. Specifically, the Dissertation identified enduring problems within the institutional framework that affect the uninsured and vulnerable populations' access to the National Health System. Additionally, the Dissertation aimed to analyze the inadequacies of the institutional framework concerning the protection of vulnerable groups and proposed improvements to facilitate their access to the National Health System. To address the research questions and objectives, the study utilized a combination of literature review and critical analysis of available secondary data. The main long-term problems identified in the dissertation, that hinder the effective implementation of the institutional framework, include: reduced care and coverage, financial crises, insufficient funding, challenges in defining vulnerable population groups, structural differentiation in the healthcare system for refugees and immigrants, and the exacerbation of existing challenges by the COVID-19 pandemic in the Greek healthcare system. As a result, the dissertation concluded that Greece's institutional framework fails to effectively protect uninsured and vulnerable citizens due to various challenges and chronic issues. The Dissertation provided recommendations for improving the Greek institutional framework with the ultimate goal of effectively safeguarding the rights of the uninsured and other vulnerable groups within the population.

Key words: uninsured, vulnerable population groups, institutional framework, Greek health system

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	3
Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	6
Προστιθέμενη αξία έρευνας και αναμενόμενα αποτελέσματα	7
Κεφάλαιο 1: Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.....	9
1.1 Ιστορική εξέλιξη: από την ίδρυση μέχρι σήμερα (1983-2023).....	9
1.2 Δαπάνες, πηγές χρηματοδότησης και κατανομή πόρων	12
1.3 Κοινωνική ασφάλιση	16
1.4 Απόδοση και αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας.....	18
1.5. Προσβασιμότητα και ανθεκτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας	20
1.6 Ευρωπαϊκές πολιτικές υγείας	25
και διαμόρφωση στρατηγικής υγείας 2021-2027.....	25
Κεφάλαιο 2: Κοινωνικό κράτος και κοινωνική ασφάλιση	26
2.1 Ορισμός και τυπολογίες κοινωνικού κράτους	26
2.2 Ο ρόλος του κοινωνικού κράτους στην προστασία των πολιτών	29
2.3 Το ελληνικό κοινωνικό κράτος και η κοινωνική ασφάλιση	30
2.4 Σύγχρονες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό κοινωνικό κράτος	32
Κεφάλαιο 3: Θεωρητική και νομική οριοθέτηση των ανασφάλιστων και ευπαθών ομάδων.....	35
3.1 Θεωρητική και νομική οριοθέτηση των ανασφάλιστων	37
3.2 Θεωρητική και νομική οριοθέτηση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων	39
3.2.1 Άτομα με χρόνιες παθήσεις.....	39
3.2.2 Τρίτη ηλικία	41
3.2.3 Μετανάστες.....	42
3.2.4 Άτομα με ψυχικές παθήσεις	45
Κεφάλαιο 4: Θεσμικό πλαίσιο	47
4.1 Διερεύνηση του θεσμικού πλαισίου για την πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.....	47
4.2 Η σημασία της περίθαλψης για τους ανασφάλιστους	50
4.3 Θεσμικό πλαίσιο για τους ανασφάλιστους.....	52
και τις ευάλωτες ομάδες.....	52
4.3.1 Νόμος 1397/83 (Α΄143): Εθνικό Σύστημα Υγείας	52
4.3.2 Ν.Δ. 57/1973: Η απαρχή του ελληνικού νομοθετικού πλαισίου για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες ομάδες.....	53

4.3.3 Νόμος 3918/2011: σύσταση ΕΟΠΠΥ και Υπουργική Απόφαση ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/ΦΕΚ Β 2315/1.10.2018.....	55
4.4 Νόμος 4368/2016 (Άρθρο 33): Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων	56
4.4.1 Υπουργική Απόφαση Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/2017 - ΦΕΚ 662/Β/2-3-2017	60
4.4.2 Κοινή Υπουργική Απόφαση 92805/2018 - ΦΕΚ 4079/Β/17-9-2018	61
4.4.3 Νόμος 4865/2021 (Άρθρο 38) Τροποποίηση της παρ. 1 του άρθρου 33 του ν. 4368/2016.....	62
4.4.3.1 Υπουργική Απόφαση ΓΠ.οικ. 30268/2022 - ΦΕΚ 2673/Β/31-5-2022.....	63
4.4.4 Νόμος 5078 /2023 (Άρθρο 124): Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων -(Τροποποίηση παρ. 3 άρθρου 33 ν. 4368/2016).....	64
4.4.4.5 Νόμος 4753/2020 (Α΄ 227) άρθρο 47	65
και Νόμος 4683/2020 (Α΄ 38).....	65
4.5 Νόμος 5082/2024 (Άρθρο 41): Ανασφάλιστοι νεφροπαθείς	66
4.6 Απόφαση 2021 (Εφημερίδα κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 238).....	67
4.7 Απόφαση 2023 Εφημερίδα κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 211: νόμος 5078/20.12.2023	67
4.8 Κριτική νομοθεσίας για ανασφάλιστους και ευάλωτες ομάδες πληθυσμού: Κύρια προβλήματα που εμποδίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή των νόμων	68
4.8.1 Η μείωση της πρόσβασης στην περίθαλψη και της κάλυψης του πληθυσμού	68
4.8.2 Οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις για την καθολική πρόσβαση στην υγεία στον απόηχο της οικονομικής κρίσης.....	70
4.8.3 Η χρηματοδότηση ως πρόβλημα.....	72
4.8.4 Η δυσκολία οριοθέτησης της έννοιας των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού ως πρόβλημα	75
4.8.5 Η διαφοροποίηση της δομής του συστήματος υγείας για τους πρόσφυγες ως πρόβλημα	77
4.8.6 Τα προβλήματα που έθεσαν οι προκλήσεις της πανδημίας στο θεσμικό πλαίσιο	79
Κεφάλαιο 5: Στατιστικά υγείας-εργασίας για ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες	81
5.1 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανασφάλιστων ανά ΥΠΕ	81
5.2 Δεδομένα για ανασφάλιστους από δημόσια νοσοκομεία: εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων (νοσοκομεία ΕΣΥ) 2012-2023..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
5.3 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες.....	92
5.3.1 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023	100
5.4 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ	141
5.4.1 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες.....	141
5.4.2 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: ανασφάλιστοι αλλοδαποί	146

5.4.3 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι	149
5.5 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: μετανάστες	154
5.6 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά έτος	157
Συμπεράσματα	160
Προτάσεις για βελτιώσεις στο θεσμικό πλαίσιο	165
Βιβλιογραφία	169
Ξενόγλωσση	169
Ελληνική	175
Θεσμικό πλαίσιο	177

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια 2012-2015	811
Πίνακας 2. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια 2016-2020	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. 1
Πίνακας 3. Αριθμός ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια 2012-2020	833
Πίνακας 4. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους (Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2012-2014	866
Πίνακας 5. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους (Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2015-2017	88
Πίνακας 6. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους (Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2018-2020	889
Πίνακας 7. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους (Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2021-2023 + Ιαν-Ιουν. 2023	911
Πίνακας 8. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες 2012-2016	933
Πίνακας 9. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες 2016-2023..	96
κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ1	1040
Πίνακας 11 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ2	105
Πίνακας 12 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ3	1111
Πίνακας 13 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ4	11717
Πίνακας 14 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ5	123
Πίνακας 15 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ6	12828
Πίνακας 16 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ7	1344
Πίνακας 17. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2012-2014	1411
Πίνακας 18. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2016-2018	14343
Πίνακας 19. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2019-2023	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. 44
Πίνακας 20. Πίνακας χ. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι αλλοδαποί πολίτες 2012-2018.....	1466
Πίνακας 21. Πίνακας χ. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι αλλοδαποί πολίτες 2019-2022.....	147
Πίνακας 22. Τιμολογήσεις νοσηλείων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι 2012-2016	149
Πίνακας 23. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι 2017-2020	151
Πίνακας 24. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι 2020-2023	152
Πίνακας 25. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: μετανάστες 2016-2019.....	15454
Πίνακας 26. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: μετανάστες 2020-2023.....	156
Πίνακας 27. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά έτος (% μεταβολές από προηγούμενο έτος)	1588
Πίνακας 28. Τιμολογήσεις/εισπράξεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους -σύνολο	15959

Πίνακας γραφημάτων

Γράφημα 1 Αριθμός ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια	84
Γράφημα 2. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ1	1044
Γράφημα 3. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ2	105
Γράφημα 4. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ3	11616
Γράφημα 5. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ4	1222
Γράφημα 6 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ5	12727
Γράφημα 7. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ6	13333
Γράφημα 8. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την ΥΠΕ7	1340
Γράφημα 9. Τιμολογήσεις/εισπράξεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους -σύνολο	15959

Εισαγωγή

Το ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου του 1983 περιέχει σημαντικές αρχές σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών στην Ευρώπη. Από αυτό το ψήφισμα, προκύπτει ότι η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι προσβάσιμη σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις. Συγκεκριμένα, ένα από τα κύρια δικαιώματα των ασθενών είναι η καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίση δυνατότητα να λάβουν την αναγκαία ιατρική περίθαλψη χωρίς να υπόκεινται σε διακρίσεις λόγω φυλής, φύλου, καταγωγής, θρησκείας ή οικονομικού και κοινωνικού υποβάθρου (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2009). Επίσης, το ψήφισμα τονίζει την ανάγκη για δωρεάν εξυπηρέτηση των ατόμων που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τα έξοδα υγείας τους. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνία πρέπει να παρέχει μηχανισμούς για να διασφαλίζεται η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ακόμα και σε εκείνους που δεν μπορούν να την πληρώσουν. Αυτά τα μέτρα και αρχές που προτάθηκαν στο ψήφισμα έχουν ως στόχο τη διασφάλιση του δικαιώματος σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες, ενισχύοντας έτσι την κοινωνική δικαιοσύνη και την αλληλεγγύη (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2009).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης ο κανόνας που επικρατεί είναι στην πλειονότητα των κρατών μελών υπάρχει κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού με βάση το θεσμοθετημένο σύστημα υγείας του κάθε κράτους μέλους που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών (European Commission 2018).

Παρόλα αυτά σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018) όλα τα κράτη μέλη της Ευρώπης αντιμετωπίζουν προβλήματα, που έχουν να κάνουν με την πρόσβαση στην υγεία συγκεκριμένων ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, η προστασία των οποίων δεν εμπίπτει στο δίκτυο ασφαλείας του θεσμοθετημένου συστήματος υγείας τους. Ως εκ τούτου, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018) επισημαίνει την ύπαρξη σημαντικών κενών στην κάλυψη των αναγκών υγείας των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων (European Commission 2018). Ενδεικτικά, το θεσμικό πλαίσιο της Ευρώπης έχει κενά ως προς την νόμιμη κάλυψη των αναγκών υγείας των αιτούντων άσυλο ή των ατόμων που διαμένουν παράτυπα σε ένα κράτος μέλος (Palm και συν. 2021). Σύμφωνα με τους Palm και συν. (2021) αυτές οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες είτε λαμβάνουν περιορισμένες υπηρεσίες υγείας είτε στερούνται τελείως την κάλυψη των υγειονομικών

τους αναγκών (π.χ. πρόσβαση σε οδοντιατρική περίθαλψη, φυσιοθεραπεία, αναπαραγωγική υγεία, ψυχοθεραπεία και νέα φάρμακα).

Ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας, ήδη από το 2011, επισημαίνει ότι παρά το γεγονός ότι ο στόχος της παροχής καθολικής κάλυψης βρίσκεται ψηλά στην ατζέντα των χωρών της Ευρώπης και ορίζεται στις περισσότερες εθνικές νομοθεσίες, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τις ευάλωτες ομάδες (International Labour Organization 2011). Οι κυβερνητικές προσπάθειες για την κάλυψη των αναγκών των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού διαφέρουν από κράτος σε κράτος. Στη Γερμανία για παράδειγμα, που πολλά άτομα εκεί δεν έχουν ασφάλιση υγείας, είτε λαμβάνουν στήριξη από μία παράλληλη δομή υγειονομικής περίθαλψης είτε από εθελοντικές ενώσεις όπως η MediNetz. Επίσης, στη Γερμανία προβλέπεται η χρήση κουπονιών υγειονομικής περίθαλψης («Anonymer Krankenschein» - AKS) για την πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (Stötzler & Kaifie 2023).

Σύμφωνα με τους Bhatt και Bathija (2018) για να χαρακτηριστεί μια κοινωνική ομάδα ως ευάλωτη θα πρέπει να συντρέχουν μία από τις παρακάτω προϋποθέσεις για τα μέλη της: να έχουν έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, να έχουν κακή οικονομική κατάσταση και να παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ανεργίας και περιορισμένους οικονομικούς πόρους, να είναι αντιμέτωπα με κοινωνικά, πολιτιστικά και γλωσσικά εμπόδια, να έχουν χαμηλά επίπεδα παιδείας υγείας, να έχουν ψυχικές ασθένειες και να ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας.

Ο ορισμός του ελληνικού θεσμικού πλαισίου για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Νόμος 4019/2011 (ΦΕΚ 216 Α΄) είναι ο εξής: οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού είναι εκείνες οι ομάδες που συναντούν εμπόδια και κατ' επέκταση δυσκολεύονται να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της χώρας. Τα εμπόδια μπορεί να είναι είτε οικονομικά, είτε ψυχολογικά, είτε σωματικά. Επίσης, όπως ορίζει το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο τα εμπόδια πολλές φορές μπορεί να σχετίζονται με απρόβλεπτα γεγονότα που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά μια τοπική ή περιφερειακή οικονομία (Νόμος 4019/2011 (ΦΕΚ 216 Α΄).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) από την ίδρυσή του μέχρι και σήμερα δεν κατάφερε να εκπληρώσει την αρχική του φιλοδοξία που ήταν η καθολική κάλυψη της υγείας του πληθυσμού της ελληνικής επικράτειας. Με το πέρασμα των ετών η

πρόσβαση στην υγεία κατέληξε να είναι ιδιαίτερα δαπανηρή και να μην ευνοεί τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και τους ανασφάλιστους (European Commission 2018).

Όταν ενέσκηψε η δημοσιονομική κρίση, η οποία επέβαλε επιτακτική την ανάγκη περιορισμού των δημοσίων δαπανών, ο εξορθολογισμός του συστήματος υγείας ήρθε στο προσκήνιο των πολιτικών συζητήσεων στην Ελλάδα. Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και έπειτα παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των ανέργων και των ανασφάλιστων πολιτών, καθώς μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού απώλεσε την εργασία του και σε πολλές περιπτώσεις την ασφαλιστική του ικανότητα (Polizou και συν. 2015). Σύμφωνα με δεδομένα του ΟΟΣΑ (2016) αυτοί, που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση, ήταν οι μακροχρόνια άνεργοι, καθώς και οι αυτοαπασχολούμενοι που αποφάσισαν να μην ανανεώσουν το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας τους λόγω των μειώσεων που υπέστησαν στο διαθέσιμο εισόδημά τους.

Σύμφωνα μάλιστα με τα ερευνητικά ευρήματα των Koutava και συν. (2017) στην Ελλάδα εν μέσω οικονομικής κρίσης τα μεγαλύτερα προβλήματα τα αντιμετώπισαν οι πολίτες με χρόνια προβλήματα υγείας που δεν είχαν ασφαλιστική ικανότητα. Αυτό υποδηλώνει την έλλειψη ενός καλά οργανωμένου κοινωνικού κράτους, που έχει τη δυνατότητα να παρέχει στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες μια ποιοτική κοινωνική προστασία που να λειτουργεί με βασική αρχή την καθολική και ισότιμη πρόσβαση για όλους τους πολίτες. Σύμφωνα με δεδομένα παγκόσμιων οργανισμών, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός αυξήθηκαν, καθότι κατά την εφαρμογή του συμφώνου δημοσιονομικής προσαρμογής ο Δείκτης Φτώχειας και Κοινωνικού Αποκλεισμού αυξήθηκε από 27,7% το 2010 σε 35,7% το 2015 (LaborInstitute of the Greek, 2017).

Το 2014 μέσω σχετικής νομοθεσίας έγινε μια απόπειρα για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των ανασφάλιστων Ελλήνων και των νόμιμων κατοίκων της χώρας. Ωστόσο, μια σειρά γραφειοκρατικών διαδικασιών δημιούργησαν εμπόδια στην πρόσβαση (π.χ. οι πολίτες χωρίς ασφάλεια έπρεπε να αποδείξουν ότι δεν διαθέτουν οικονομική δυνατότητα για πρόσβαση στην υγεία). Επίσης, μέχρι και το 2014 οι πολίτες χωρίς ασφάλεια στην Ελλάδα έπρεπε να δίνουν ίδιες συμπληρωματικές πληρωμές για την απόκτηση φαρμάκων όπως και οι πολίτες με ασφάλιση (European Observatory of Health Systems and Policies, 2016).

Στην Ελλάδα μέχρι το 2016, περίπου το 25% του πληθυσμού ήταν ανασφάλιστο, επομένως δεν είχε πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Myloneros & Sakellariou 2021). Το 2016 σε μία προσπάθεια της ελληνικής κυβέρνησης να άρει τα εμπόδια της νομοθεσίας του 2014, ψηφίστηκε ο νόμος 4368/2016. Ο νόμος προβλέπει την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών υγείας των ανασφάλιστων πολιτών και των μεταναστών από τον ΕΟΠΠΥ με την προϋπόθεση να κατέχουν (ή να αποκτήσουν, αν δεν διαθέτουν ήδη) Αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ). Επίσης στο άρθρο 33 του νόμου του 2016 υπάρχει πρόβλεψη για την παροχή νευρολογικών φαρμάκων χωρίς να υπάρχει συμμετοχή στο κόστος (European Commission 2018). Ωστόσο, σύμφωνα τους Myloneros και Sakellariou (2021) ο νόμος 4368/2016 δεν δίνει τη δυνατότητα στους ανασφάλιστους να έχουν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες, που χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ, όπως οι υπηρεσίες των συμβεβλημένων ιατρών του ΕΟΠΥΥ (Myloneros & Sakellariou, 2021).

Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Όταν το θεσμικό πλαίσιο μιας χώρας έχει ανεπάρκειες και κενά όσον αφορά στην καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού τότε δημιουργούνται διακρίσεις που οδηγούν σε περιθωριοποίηση και κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες (Orzechowski και συν. 2020).

Η ισότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένας σημαντικός κοινωνικός καθοριστικός παράγοντας της υγείας και δεν θα πρέπει να υπόκειται σε περιορισμούς και διακρίσεις. Επίσης, η ισότητα στην υγείας δεν έχει να κάνει μόνο με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Hanssens και συν. 2017).

Στην Ελλάδα τα συνεχιζόμενα κενά στην κάλυψη της κοινωνικής προστασίας της υγείας και οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, που αντιμετωπίζουν οι ευάλωτες ομάδες, δεν λαμβάνουν τη δέουσα προσοχή σε επίπεδο θεσμικού πλαισίου. Τα κενά και οι ανεπάρκειες του θεσμικού πλαισίου είναι ιδιαίτερα σημαντικά και θα πρέπει να εξετάζονται με προσοχή σε περιόδους οικονομικών κρίσεων, όπως η κρίση που αναδύθηκε στο πλαίσιο της πανδημίας. Σε τέτοιες περιόδους οι συζητήσεις πολιτικής τις περισσότερες φορές εστιάζουν στην μείωση των δαπανών κοινωνικής προστασίας χωρίς να λαμβάνουν υπόψιν τις αρνητικές επιπτώσεις, που μπορεί να επιφέρουν οι εκάστοτε μειώσεις, στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Σε επίπεδο ελληνικού θεσμικού πλαισίου χρειάζεται να γίνουν αρκετές συντονισμένες προσπάθειες για να καταστεί δυνατή η πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων σε υψηλής ποιότητας και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη.

Σε αυτό το πλαίσιο, η εργασία έχει ως στόχο να αναδείξει ζητήματα κυρίως νομικής φύσης που συμβάλλουν στις συνεχιζόμενες ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη από ευάλωτες ομάδες. Ειδικότερα, η έρευνα αποσκοπεί να αναδείξει τα διαχρονικά προβλήματα, όπως απορρέουν από το θεσμικό πλαίσιο, που αντιμετωπίζουν οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, αναφορικά με την πρόσβασή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σε ένα δεύτερο επίπεδο η έρευνα επιδιώκει να αναλύσει τις ανεπάρκειες του θεσμικού πλαισίου ως προς την προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και να κάνει κάποιες προτάσεις για τη βελτίωση του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου.

Ειδικότερα, **σκοπός της Διπλωματικής**, που αποτελεί μία νομική έρευνα, είναι ο εντοπισμός και ανάλυση των πηγών εθνικού δικαίου για την πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ευάλωτων ομάδων στο ΕΣΥ από το 1983 έως το 2023.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα παρακάτω:

- 1) Ποια είναι τα διαχρονικά προβλήματα, όπως απορρέουν από το θεσμικό πλαίσιο, που αντιμετωπίζουν οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού αναφορικά με την πρόσβασή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας;
- 2) Το θεσμικό πλαίσιο της Ελλάδας παρέχει αποτελεσματική θεσμική προστασία, σε ανασφάλιστους/ευπαθείς πολίτες για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους;
- 3) Ποιες βελτιώσεις πρέπει να γίνουν στο υπάρχον θεσμικό πλαίσιο ώστε να διευκολυνθεί και να αναβαθμιστεί η πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας;

Προστιθέμενη αξία έρευνας και αναμενόμενα αποτελέσματα

Η μελέτη των διαχρονικών προβλημάτων των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, όπως απορρέουν από το θεσμικό πλαίσιο, μπορεί να αναδείξει το ρόλο του θεσμικού πλαισίου στην καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη. Μέσα από τις βελτιώσεις του θεσμικού πλαισίου, που θα προταθούν στο πλαίσιο της έρευνας, μπορεί να δοθεί έναυσμα για να γίνουν συντονισμένες προσπάθειες, ώστε οι ευάλωτες κοινωνικά ομάδες να απολαμβάνουν ισότητα τόσο

αναφορικά με την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, όσο και αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών που λαμβάνουν. Επίσης, μέσα από την αναβάθμιση του θεσμικού πλαισίου μπορεί να βελτιωθούν τα επίπεδα υγείας των πολιτών της ελληνικής επικράτειας και κατ' επέκταση να μειωθούν τα κόστη υγείας. Ως εκ τούτου το σύστημα υγείας της Ελλάδας μπορεί να καταστεί μακροχρόνια πιο βιώσιμο μέσα από τις προτεινόμενες θεσμικές αναθεωρήσεις.

Κεφάλαιο 1: Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

1.1 Ιστορική εξέλιξη: από την ίδρυση μέχρι σήμερα (1983-2023)

Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα επηρεάστηκε από τις αλληπάλληλες μεταβολές και προβληματικές καταστάσεις, τις οποίες βίωσε η χώρα τις τελευταίες δεκαετίες. Για παράδειγμα η οικονομική κρίση και τα μνημόνια κατέστησαν μη εφικτό τον ορθό σχεδιασμό και την καθολική αναδιάρθρωση και εξυγίανση του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδας (Τούντας και συν. 2020). Τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούσαν στις αρχές του εικοστού αιώνα υπό την αιγίδα των Δήμων και από φιλανθρωπίες. Ενώ τα νοσοκομεία του στρατού, καθώς και αυτά που δημιουργήθηκαν για την περίθαλψη των προσφύγων, βρίσκονταν κάτω από την κρατική μέριμνα (Κυριόπουλος και συν. 2019).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 με το Νόμο 1397/1983, σύμφωνα με τον οποίο το κράτος είναι υπεύθυνο για να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες. Ο εν λόγω νόμος ορίζει, επίσης, ότι η παροχή αυτών των υπηρεσιών γίνεται χωρίς διακρίσεις και δεν εξαρτάται από οικονομικούς, κοινωνικούς και παράγοντες ανεργίας (Φιλαλήθης 2021).

Στόχος του εθνικού συστήματος υγείας είναι να παρέχονται οι υπηρεσίες ισότιμα και να υπάρχει ένας ενιαίος φορέας, η λειτουργία του οποίου θα στηρίζεται στην αποκέντρωση (Κυριόπουλος και συν. 2019). Ένας από τους επιμέρους στόχους, που τέθηκαν με την ίδρυση του εθνικού συστήματος υγείας, ήταν η καθολική εξυγίανση του προϋπάρχοντος συστήματος, με την αναβάθμιση των υποδομών και του εξοπλισμού, την επιλογή κατάλληλου και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και την ορθή διοίκηση του συστήματος (Trakakis και συν. 2022).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) δεν πέτυχε τον πρωταρχικό του στόχο, ο οποίος εστίαζε στην καθολική κάλυψη της υγείας του πληθυσμού της ελληνικής επικράτειας. Σταδιακά παρατηρήθηκε υποβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αδυναμία επίτευξης της πρόληψης, οι περιορισμένες προσλήψεις και οι ελλείψεις σε εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, το κόστος της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αποδείχθηκε σημαντικά υψηλό, καθιστώντας δυσμενείς τις οικονομικές συνθήκες για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και τους ανασφάλιστους (Baeten και συν. 2018).

Με την πάροδο των ετών αποδείχθηκε ότι πρωταρχική μέριμνα υπήρξε η ίδρυση και υποστήριξη των μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν κέντρα υγείας στις μεγάλες πόλεις και να παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις και δυσλειτουργίες στα κέντρα υγείας της επαρχίας (Φιλαλήθης 2021).

Η αποκέντρωση του ΕΣΥ στις αρχές του 21ου αιώνα πραγματοποιήθηκε με τη διάσπαση του συστήματος σε 17 περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), τα οποία ανέλαβαν να συντονίσουν όλες τις μονάδες υγείας των περιφερειών της χώρας. Στη συνέχεια, η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007, δεν άφησε ανεπηρέαστο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο βρέθηκε σε μια άνευ προηγουμένου υγειονομική κρίση, καθώς στο πλαίσιο των περικοπών των δημόσιων δαπανών μειώθηκαν και οι δαπάνες για την υγεία (Κυριόπουλος και συν. 2019).

Την περίοδο που ακολούθησε πολλά νοσοκομεία συγχωνεύτηκαν, μειώθηκε το ανθρώπινο δυναμικό και οι απολαβές του. Παράλληλα περιορίστηκαν τα έσοδα των νοικοκυριών με συνακόλουθη επίπτωση στα διατιθέμενα ποσά για τις ιδιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες. Η ανεργία και η μερική απασχόληση, η ανασφάλιστη εργασία και τα χαμηλά ημερομίσθια επηρέασαν την κοινωνική ασφάλιση και την υγειονομική κάλυψη των ευάλωτων ατόμων (Φιλαλήθης 2021).

Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011 είχε σαν στόχο την αναδιάρθρωση και τον συντονισμό του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Αυτό έγινε με τη συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία ενός ενιαίου οργανισμού που θα διαχειρίζεται τον τομέα της υγείας.(Μαντιδογλου και συν. 2022). Ο ΕΟΠΥΥ ανέλαβε τον ρόλο της εποπτείας και του συντονισμού των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ενισχύοντας έτσι τη συνεργασία και τον συντονισμό στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Παράλληλα, είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο των συμβάσεων για την υγεία και των ιδιωτικών ιατρών που είναι συμβεβλημένοι μαζί του, εξασφαλίζοντας την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος και την αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας, όπως αυτό της πανδημίας COVID-19 (Υπουργείο Υγείας 2022). Παρόλα αυτά η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παρέμενε δύσκολη υπόθεση για όσους δεν είχαν εργασία και ασφάλεια, γεγονός που άλλαξε το 2016, όταν καθορίστηκε δια νόμου η πρόσβαση στην υγεία για αυτούς που είχαν Αριθμό Μητρώου

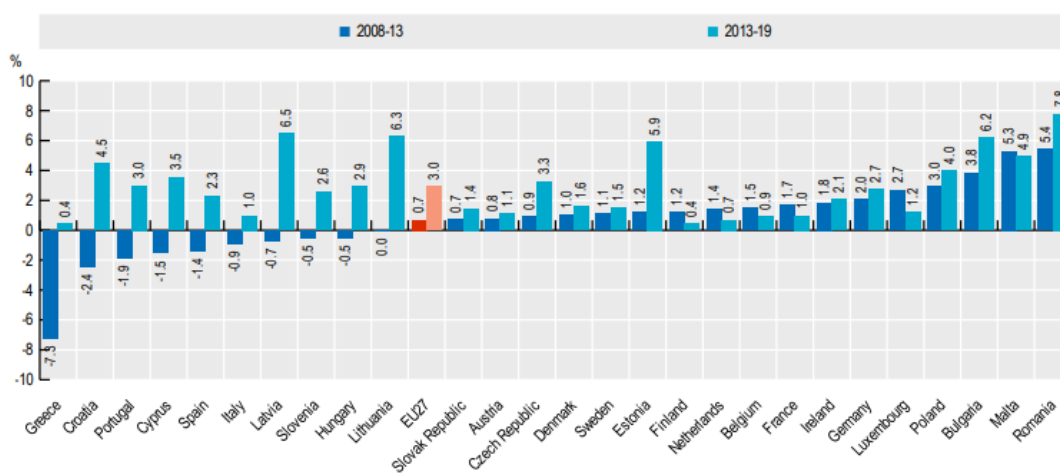
Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), συμπεριλαμβανομένων των ανέργων, των ευάλωτων ατόμων και άλλων (Kampouraki και συν. 2023).

1.2 Δαπάνες, πηγές χρηματοδότησης και κατανομή πόρων

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση και συνεπώς στα ασφαλιστικά ταμεία. Πηγή χρηματοδότησης αποτελεί καταρχάς ο κρατικός προϋπολογισμός, οι οικονομικοί πόροι για την κοινωνική ασφάλιση, οι πόροι των ιδιωτικών ασφαλιστικών ταμείων και οι προσωπικές δαπάνες των πολιτών. Το γεγονός αυτό καθιστά το ΕΣΥ ένα μικτό σύστημα υγείας, το οποίο βασίζεται στον κρατικό προϋπολογισμό και στην κοινωνική ασφάλιση (Τούντας και συν. 2020).

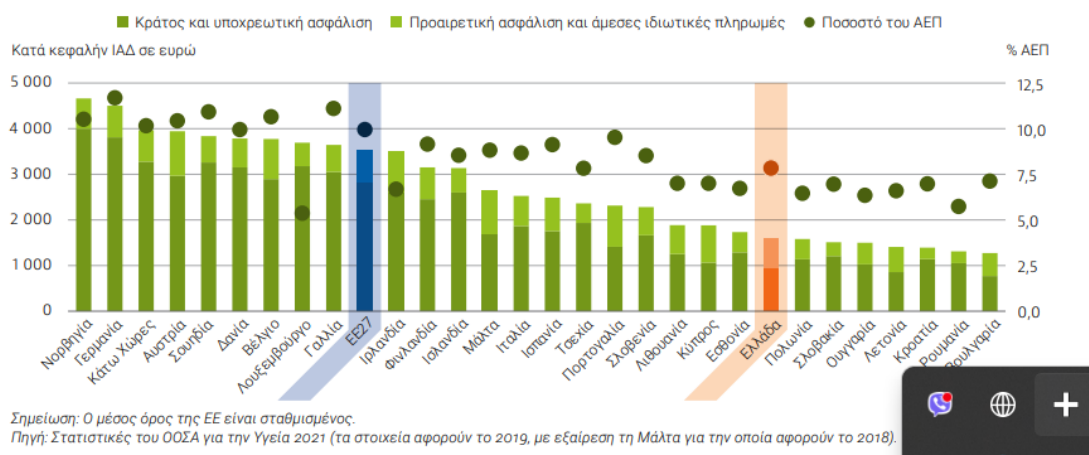
Τα τελευταία έτη εντοπίζεται μια προσπάθεια να επιβαρυνθεί περισσότερο ο κρατικός προϋπολογισμός και λιγότερο τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ παράλληλα έχει ανθίσει η φοροδιαφυγή και η παραοικονομία. Τα προβλήματα εντοπίζονται στην αδυναμία του ΕΣΥ να αυξήσει τα έσοδά του από τις ασφαλιστικές εισφορές, στην ανεπαρκή διάθεση πόρων λόγω κακής οικονομικής κατάστασης της χώρας, στην κακή διαχείριση των διατιθέμενων πόρων και στις διάφορων ειδών παρανομίες. Αυτό που γίνεται στην πράξη, είναι η υποστήριξη της υγείας των ευάλωτων ομάδων από το κοινωνικό κράτος και η υποστήριξη της υγείας όσων έχουν ασφάλεια από τον ΕΟΠΥΥ (Κυριόπουλος και συν. 2019).

Στο Διάγραμμα 1 εντοπίζεται η πτωτική πορεία των κρατικών δαπανών για την υγεία μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (2007-2008), οπότε οι δαπάνες περιορίστηκαν περίπου κατά 8% μέχρι το έτος 2013. Από το 2013 έως το 2019 οι αυξήσεις στις δαπάνες δεν ξεπέρασαν το 0,5%.



Διάγραμμα 1. Μεταβολή της δαπάνης για την υγεία (κατά κεφαλή)
Πηγή: ΟΟΣΑ, Υγεία με μια ματιά

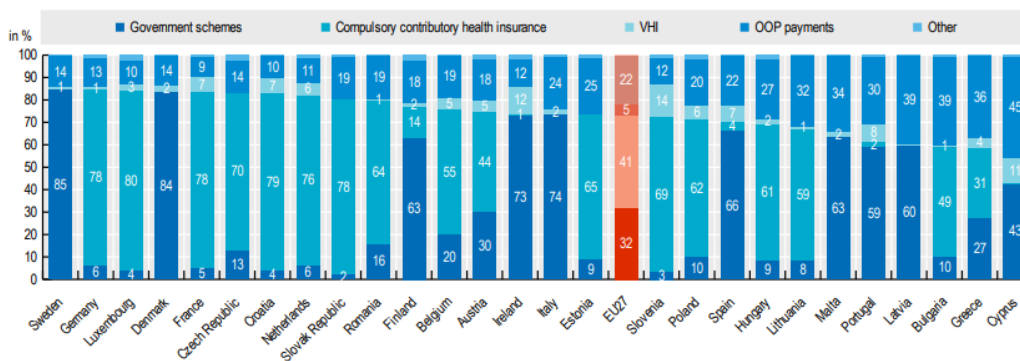
Το 2019, η Ελλάδα δαπάνησε 7,8% του ΑΕΠ για την υγεία, χαμηλότερο ποσοστό από το μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 9,9%. Η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα το 2019 ήταν 1.603 ευρώ, λιγότερο από το ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ (3.523 ευρώ) (Διάγραμμα 2). Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα μειώθηκαν σημαντικά μετά την οικονομική κρίση του 2009, λόγω μέτρων συγκράτησης του κόστους. Από το 2015, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα παρουσιάζουν σταθερή αλλά αργή αύξηση. Η πανδημία COVID-19 οδήγησε σε πρόσθετη χρηματοδότηση για τον τομέα της υγείας το 2020 (Giannopoulou και συν. 2020).



Διάγραμμα 2. Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία 2021

Όταν οι ίδιες δαπάνες για την υγεία εμφανίζονται αυξημένες, τότε αναδεικνύεται η ανεπάρκεια του ΕΣΥ να καλύψει και να υποστηρίξει τους πολίτες, γεγονός που μαρτυρά την κακή αποδοτικότητα του συστήματος. Από την άλλη πλευρά, αναδεικνύεται και ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα, καθώς τα άτομα που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά αδυνατούν να έχουν πρόσβαση σε δαπάνες που ξεπερνούν την αγοραστική τους ισχύ. Στις περιπτώσεις μάλιστα, κατά τις οποίες είναι απαραίτητο να καταφύγουν οι πολίτες στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σημειώνεται σημαντική επιβάρυνση του οικογενειακού εισοδήματος (Manridoglou και συν. 2022). Στο Διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή της ποσοστιαίας δαπάνης ανά πηγή χρηματοδότησης με δεδομένα του έτους 2018:

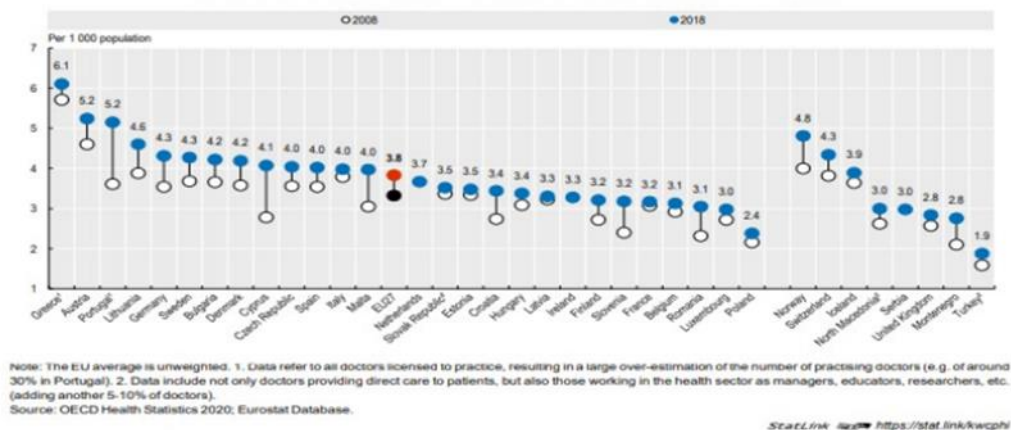
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ



Διάγραμμα 3. Κατανομή της ποσοστιαίας δαπάνης ανά πηγή χρηματοδότησης (δεδομένα 2018)

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ και το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο για την υγεία το κράτος είναι υπεύθυνο για την κάλυψη των κύριων αναγκών των πολιτών σε θέματα υγείας, υποστηριζόμενο από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η αδυναμία της Ελλάδας να υποστηρίξει εξ ολοκλήρου αυτή την επιταγή οφείλεται στις αδυναμίες του συστήματος αρχής γενομένης από τον ΕΟΠΠΥ και τις αποζημιώσεις που καθυστερούν, αλλά και από τη μεγάλη αναμονή που υπάρχει για τα ραντεβού και τις χειρουργικές επεμβάσεις και τις διαδικασίες πρόσβασης στην υγεία. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο αρκετοί πολίτες επιλέγουν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, τις οποίες λόγω οικονομικής δυσχέρειας δε μπορούν να απολαύσουν όλοι (Μανριδογλου και συν. 2022).

Αναφορικά με την κατανομή των διαθέσιμων πόρων για την υγεία επισημαίνεται το πρόβλημα της έλλειψης γενικών ιατρών σε αντίθεση με την υπερπροσφορά και διαθεσιμότητα των υπόλοιπων ειδικοτήτων (Trakakis και συν. 2022). Πράγματι, η Ελλάδα, σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη μέλη παρουσιάζει σημαντική έλλειψη γενικών ιατρών και υπερπροσφορά της εξειδικευμένης παροχής ιατρικών υπηρεσιών, δίνοντας την εντύπωση ότι υπάρχει επάρκεια υγειονομικού προσωπικού στη χώρα (Διάγραμμα 3). Παράλληλα, οι ανάγκες των πολιτών δεν καλύπτονται πλήρως σε όλες τις περιοχές και υπάρχουν ελλείψεις και σε νοσηλευτικό προσωπικό. Το γεγονός αυτό αντανακλά την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την υπολειτουργία των μονάδων παροχής υγείας λόγω έλλειψης προσωπικού (Trakakis και συν. 2022).



Διάγραμμα 3. Αριθμός Ειδικευμένων Ιατρών ανά 1000 κατοίκους για το 2018 (Πηγή: ΟΟΣΑ)

Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός, ότι τις τελευταίες δεκαετίες διαπιστώνεται μια αλόγιστη χρήση φαρμάκων, η οποία ενισχύεται και από τη χωρίς μέτρο συνταγογράφηση. Σε σχέση με τα λοιπά μέλη κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης το υγειονομικό τοπίο της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από την υπέρμετρη συνταγογράφηση και χρήση αντιβιοτικών, καθώς και από τη χωρίς μέτρο παραπομπή για μαγνητικές και αξονικές εξετάσεις. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υπερβολική χρήση αντιβιοτικών τα τελευταία έτη έχει γίνει υποχρεωτική η συνταγογράφησή τους, ώστε να ελαττωθεί βαθμιαία η κατανάλωση (Τούντας και συν. 2020).

1.3 Κοινωνική ασφάλιση

Με την έννοια της κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας νοείται η πρόνοια και προστασία που παρέχεται από το νόμο και σχετικούς κανονισμούς, προκειμένου να εξασφαλιστεί για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Baeten και συν. 2018). Τέτοιες ομάδες αποτελούν οι ηλικιωμένοι, όσοι έχουν αναπηρίες, όσοι πολίτες αντιμετωπίζουν πρόβλημα επιβίωσης, οι άνεργοι και άλλοι. Στην πραγματικότητα με την κοινωνική ασφάλιση επιτυγχάνεται η κοινωνική αλληλεγγύη, ενώ παράλληλα η κοινωνική ασφάλιση συμβάλει στο να αναδιανεμηθεί ο πλούτος. Σημαντική είναι η συνεισφορά της κοινωνικής ασφάλισης στην υποστήριξη των συνταξιούχων και ηλικιωμένων ατόμων, ώστε αυτοί να διαβιούν μια ποιοτική ζωή, καθώς επίσης και στους ασθενείς, τις εγκύους, τους ανέργους και όσους έχουν ζημιωθεί σωματικά από ατύχημα. Η υποστήριξη όλων αυτών των πολιτών πραγματοποιείται από τους διαθέσιμους πόρους των πολιτών που εργάζονται, γεγονός που συμβάλει επίσης στην αναδιανομή του πλούτου (Κυριόπουλος και συν. 2019).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι θα πρέπει να είναι δημόσια και υποχρεωτική. Επιπλέον, ο κρατικός προϋπολογισμός και οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων θα πρέπει να καλύπτουν την ασφάλιση, η οποία οφείλει να καλύπτει τις ανάγκες που μπορεί να προκύψουν από απώλεια εισοδήματος σε περιπτώσεις ασθένειας, μητρότητας, αναπηρίας ή γήρατος. Η κοινωνική ασφάλιση μπορεί να περιλαμβάνει προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας, συστήματα αμοιβαίων παροχών, εθνικά ταμεία πρόνοιας και άλλα.

Συχνά η κοινωνική ασφάλιση μιας χώρας νοείται το ίδιο και το αυτό με την κοινωνική της πολιτική. Πράγματι, η κοινωνική πολιτική μιας χώρας κατευθύνει το είδος της κοινωνικής ασφάλισης που παρέχει. Επιπρόσθετα, οι πόροι, που θα διαθέσει το κράτος για την απλοποίηση της κοινωνικής του πολιτικής, επηρεάζουν και την κοινωνική ασφάλιση. Τα ελλείματα στην οικονομία και οι οικονομικές και υγειονομικές κρίσεις των τελευταίων δεκαετιών (οικονομική κρίση του 2007, πανδημία COVID-19 εν έτη 2019-2021) καθιστούν προβληματική τη λειτουργία του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης (Giannopoulou και συν. 2020).

Συγκεκριμένα, τα τελευταία έτη παρατηρείται μια παγκόσμια κρίση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, η οποία απορρέει από τις οικονομικές επιπτώσεις κάθε είδους κρίσης που έχει πλήξει το σύγχρονο κόσμο. Παρατηρείται ανισορροπία στο οικονομικό

ισοζύγιο και αδυναμία να καλυφθούν οι βασικές κοινωνικές και ασφαλιστικές ανάγκες του πληθυσμού. Η υψηλή σε ποσοστά ανεργία, η μετάβαση στη μερική απασχόληση και η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού συμβάλουν στον περιορισμό των διατιθέμενων για την κοινωνική ασφάλιση πόρων, ενώ παράλληλα επηρεάζουν αρνητικά τη βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Kourachanis 2021).

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που απορρέουν από τη γήρανση του πληθυσμού και επηρεάζουν την κοινωνική ασφάλιση οι κατευθύνσεις, που υπάρχουν στην κοινωνική πολιτική σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι να αυξηθούν τα όρια ηλικίας και οι προϋποθέσεις λήψης των παροχών, ενώ παράλληλα να μειωθεί ο βαθμός αναπλήρωσης των αποδοχών μετά τη συνταξιοδότηση και οι παροχές (Kourachanis 2021).

Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση της τελευταίας εικοσαετίας, εκτός από τις αδιαμφισβήτητες επιδράσεις της οικονομικής και πανδημικής κρίσης της τελευταίας εικοσαετίας, οφείλεται και στην κακή διαχείριση του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης. Για το λόγο αυτό η τάση, που επικρατεί διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα εις βάρος της κοινωνικής ασφάλισης, είναι να περιοριστούν οι διαθέσιμοι πόροι και να ενισχυθεί η ιδιωτική ασφάλιση με το σκεπτικό ότι με αυτό τον τρόπο θα διευκολυνθεί η οικονομική ανάπτυξη, καθώς θα εξοικονομηθούν πολύτιμοι πόροι (Mavridoglou και συν. 2022). Το γεγονός αυτό όμως θα πλήξει ακόμα περισσότερο τις ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και θα εντείνει τις κοινωνικές διακρίσεις στον τομέα της υγείας (Kourachanis 2021).

1.4 Απόδοση και αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας

Η απόδοση και η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας μεταξύ άλλων κρίνεται από τη σταδιακή μείωση του ποσοστού της θνησιμότητας. Παρά το γεγονός ότι η θνησιμότητα στην Ελλάδα μειώθηκε τα τελευταία πέντε έτη, παραμένει σημαντικά υψηλή σε σχέση με τη θνησιμότητα που παρουσιάζεται στα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η πρόληψη της θνησιμότητας αφορά σε παθήσεις όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τα ατυχήματα (Kamprouraki και συν. 2023).

Για το σκοπό αυτό έχει δρομολογηθεί μια διαδικασία εκτεταμένων μεταρρυθμίσεων του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες, εκτός από την επέκταση της εμβέλειας των δημόσιων υπηρεσιών, έχουν ως στόχο την παροχή αποτελεσματικότερης, έγκαιρης και συντονισμένης θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (Kamprouraki και συν. 2023). Αυτές οι μεταρρυθμίσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψιν την επίδραση, που είχε η κρίση της πανδημίας, στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Η πανδημία αύξησε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην Ελλάδα. Εν μέσω της πανδημίας παρατηρήθηκε απότομη μείωση των αποδοχών, η οποία οδήγησε σε επιδείνωση των συνθηκών υγείας και παρεμπόδισε την προσβασιμότητα και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως μεταξύ των ατόμων με χαμηλό ή μέτριο εισόδημα. Πολλοί Έλληνες βίωσαν σημαντική μείωση του εισοδήματος καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου της πανδημίας. Οι άνεργοι στην Ελλάδα αντιμετώπιζαν και συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολίες στην απόκτηση των απαραίτητων ιατρικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι ανισότητες και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ευάλωτων ομάδων (Papanastasiou 2023).

Οι οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας, σε συνδυασμό με τα προϋπάρχοντα διαρθρωτικά προβλήματα του ΕΣΥ, έχουν επιβαρύνει την ικανότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ανέργων. Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, η μειωμένη πρόσβαση στην ασφάλιση υγείας και η έλλειψη παροχών που σχετίζονται με την εργασία συμβάλλουν στην ευπάθεια αυτού του πληθυσμού. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει επιτακτική ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις και πολιτικές για την αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων, διασφαλίζοντας, ότι όλα τα τμήματα του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των

ανέργων, θα έχουν ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια δύσκολων οικονομικών περιόδων.

Η Εθνική Στρατηγική Υγείας 2021-2027, που είναι ένα φιλόδοξο εγχείρημα, φαίνεται να έχει στόχο την αντιμετώπιση πολλών σημαντικών προκλήσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Η εστίασή της στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι κρίσιμη για την εξασφάλιση όχι μόνο της φυσικής υγείας αλλά και της κοινωνικής ευημερίας των πολιτών. Η δέσμευση για τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι επίσης σημαντική για τη διασφάλιση της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η Εθνική Στρατηγική Υγείας 2021-2027 αναλύεται εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο της εργασίας.

.

1.5. Προσβασιμότητα και ανθεκτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας

Το ΕΣΥ λειτουργεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και περιλαμβάνει δημόσιες υπηρεσίες υγείας και οργανισμούς και ένα δίκτυο υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν τις περιφέρειες (Τούντας και συν. 2020). Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν για την εξυπηρέτησή τους είτε δημόσια είτε ιδιωτική υπηρεσία υγείας, με την οικονομική κατάσταση καθενός να επηρεάζει την επιλογή. Μέχρι πρότινος, οι ασθενείς απευθύνονταν σε κάποια μονάδα υγείας του ΕΣΥ, όπου εξυπηρετούνταν από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό και όταν χρειάζονταν εξειδικευμένη φροντίδα, παραπέμπονταν σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκαν εκτεταμένες λίστες αναμονής ωθώντας τους ασθενείς να απευθυνθούν σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (εξετάσεις, εξειδικευμένους ιατρούς, χειρουργεία) (Μαντιδογλου και συν. 2022).

Δυνάμει των διατάξεων του νόμου 4238/2014 εισήχθη ο θεσμός του οικογενειακού (προσωπικού μετά την τροποποίηση του ν. 4931/22) ιατρού, ο οποίος αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με το ΕΣΥ και μεταξύ άλλων λειτουργεί ως σύμβουλος υγείας. Παρόλα αυτά, ο θεσμός δεν φαίνεται να έχει λειτουργήσει καλά, καθότι το 45% των πολιτών παραμένει μέχρι σήμερα μη εγγεγραμμένο. Για να είναι όμως λειτουργικός και αποτελεσματικός ο θεσμός του προσωπικού γιατρού υπολογίζεται ότι απαιτούνται να ενταχθούν στο σύστημα περίπου 5.000 γιατροί, ενώ μέχρι σήμερα το σύνολο των «προσωπικών» γιατρών είναι περίπου 3.428 παρά τα οικονομικά κίνητρα, που έχουν δοθεί σε επαγγελματίες ιδιώτες ιατρούς, αφού οι ιατροί των δημοσίων δομών εντάσσονται υποχρεωτικώς.

Οι Trakakis και συν. (2022) αναφέρουν ότι τα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, οι οποίοι πρέπει πλέον να απευθύνονται στον προσωπικό τους ιατρό ξεκινούν από την ανισομερή κατανομή των προσωπικών ιατρών στη χώρα, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να μην καλύπτονται όλες οι περιοχές. Ιδιαίτερο πρόβλημα εμφανίζεται στις πολυπληθείς περιοχές, όπως είναι η Αττική. Παράλληλα επισημαίνεται, ότι οι γιατροί του δημοσίου συστήματος που υπηρετούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που υποχρεωτικά έγιναν προσωπικοί γιατροί, εργάζονται μόνο μέχρι το μεσημέρι, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μη μπορούν να έρθουν σε επικοινωνία μαζί

τους μετά το πέρας της εργασίας τους, αλλά και οι αυξημένες ανάγκες κατά την διάρκεια της υπηρεσίας τους λειτουργούν αποτρεπτικά.

Ένα άλλο πιθανό εμπόδιο στην πρόσβαση στον προσωπικό ιατρό είναι τα μηνιαία όρια στον αριθμό των καλυπτόμενων από τον ΕΟΠΥΥ επισκέψεων ανά ιατρό, στον αριθμό παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και στις συνταγογραφήσεις (Trakakis και συν. 2022).

Για τους ασθενείς που χρειάζονται νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) φροντίδα λειτουργούν τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι δαπάνες των ασθενών, που απευθύνονται στα ιδιωτικά νοσοκομεία, καλύπτονται εν μέρει από την ασφάλεια που έχει ο ασθενής, με την πλειοψηφία των ασθενών να προσέρχονται τα νοσοκομεία της πρωτεύουσας, καθώς οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι πιο ποιοτικές, υπάρχουν ιατροί όλων των ειδικοτήτων και αναβαθμισμένες υποδομές (Kampouraki και συν. 2023).

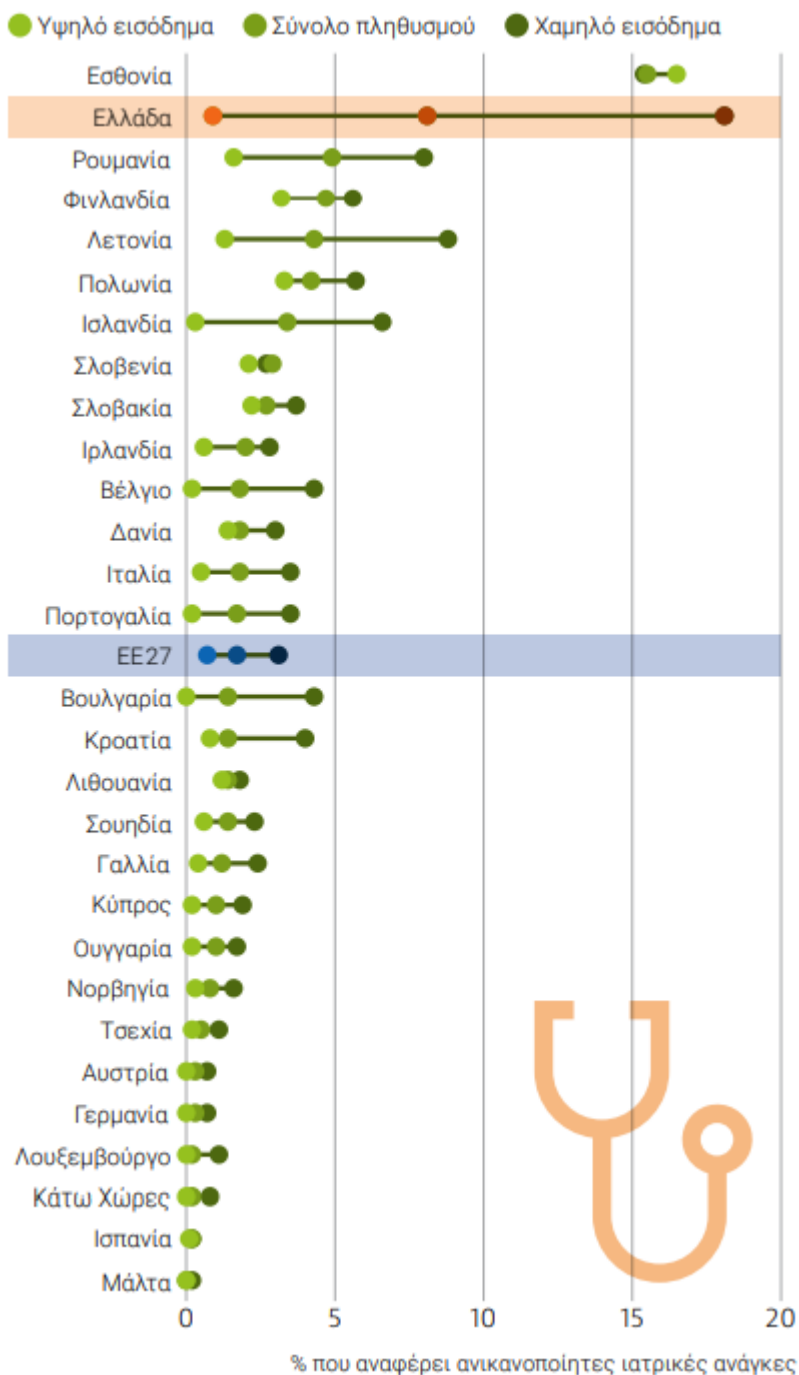
Αναφορικά με τις ανάγκες, την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μια αδυναμία του ΕΣΥ να καλύψει τις ανάγκες σε ιατρική περίθαλψη. Το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς το 8,1 % του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε μη καλυπτόμενες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής, σε σύγκριση με 1,7 % κατά μέσο όρο σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (Διάγραμμα 5) (Eurofound, 2021).

Το κόστος ήταν ο κύριος παράγοντας των μη καλυπτόμενων αναγκών, το οποίο είναι το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Από έρευνα του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound), η οποία κάλυψε τους πρώτους 12 μήνες της πανδημίας COVID-19, διαπιστώθηκε ότι το 24 % των Ελλήνων ανέφεραν μη καλυπτόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης, έναντι 21 % σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (Eurofound, 2021).

Η παρουσία αυξημένου αριθμού μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα αναμφίβολα δημιουργεί πρόκληση για το σύστημα υγείας της χώρας. Οι προκλήσεις αυτές επιδεινώνονται από τις συνθήκες διαβίωσης των προσφύγων και των μεταναστών σε κέντρα υποδοχής ή στα σύνορα, καθώς και από την έλλειψη πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη. Παρά το δικαίωμα πρόσβασής τους σε υπηρεσίες υγείας σε ίσο επίπεδο με τους Έλληνες πολίτες, στην πράξη υπάρχουν πολλά εμπόδια. Οι προσφυγικές κοινότητες συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες λόγω γλωσσικών, πολιτισμικών ή γεωγραφικών εμποδίων, καθώς

και λόγω έλλειψης πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά τους. Η πανδημία COVID-19 αναμφίβολα επιδείνωσε την κατάσταση, καθώς αυξήθηκαν οι προκλήσεις στην πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη λόγω των μέτρων απομόνωσης και του περιορισμού της κυκλοφορίας (Lebano και συν. 2020).

Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι προκλήσεις, απαιτείται συντονισμένη δράση από την κυβέρνηση, τους φορείς υγείας-δημόσιους και ιδιωτικούς, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, την κοινωνία των πολιτών. Η αλλαγή κουλτούρας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την ιατροκεντρική προσέγγιση του συστήματος αποτελεί σημαντικό επίσης στοιχείο. Απαιτείται η ανάπτυξη πολιτικών που θα λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και συνθήκες των προσφύγων και των μεταναστών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας (European Public Health Alliance, 2020).



Διάγραμμα 5. Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη
 Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat, βάση των στατιστικών της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC)

Αναφορικά με την ανθεκτικότητα του ΕΣΥ, αυτή αναδεικνύεται χαρακτηριστικά μέσα από την αντιμετώπιση της πρόσφατης υγειονομικής κρίσης που προκλήθηκε από το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19. Η πανδημία COVID-19 είχε σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και τη θνησιμότητα του πληθυσμού στην Ελλάδα (Giannopoulou και συν. 2020).

Η Ελλάδα εφάρμοσε αυστηρά μέτρα περιορισμού της εξάπλωσης μόλις εντοπίστηκαν τα πρώτα κρούσματα. Η εξάπλωση της νόσου COVID-19 ελέγχθηκε μέσω αυστηρών περιορισμών της κυκλοφορίας. Παρά τους περιορισμούς στην ικανότητα του συστήματος δημόσιας υγείας, η Ελλάδα θέσπισε με ταχείς ρυθμούς κατευθυντήριες οδηγίες επιτήρησης και ενώ πριν από την πανδημία, η βαθμολογία της Ελλάδας ήταν κάτω από τον μέσο όρο όσον αφορά πολλές διαστάσεις του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού, εντούτοις επέδειξε σημαντική ανθεκτικότητα του υγειονομικού της συστήματος και ανέβασε σημαντικά τη βαθμολογία της (Giannopoulou και συν. 2020). Τέλος, μέσω του Μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα έδωσε έμφαση στις επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας η Ελλάδα προέβη σε μια σειρά επενδύσεων για την αντιμετώπιση των μακροπρόθεσμων προβλημάτων του συστήματος υγείας τα οποία επιδεινώθηκαν λόγω της πανδημίας (Athanasakis και συν. 2022) δεσμεύοντας 1,5 δισ. ευρώ για τη βελτίωση της ανθεκτικότητας, της προσβασιμότητας και της βιωσιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Kampouraki και συν. 2023).

1.6 Ευρωπαϊκές πολιτικές υγείας και διαμόρφωση στρατηγικής υγείας 2021-2027

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει ως θεμελιώδη στόχο την προαγωγή της υγείας και για αυτό το λόγο υποστηρίζει με ποικίλα προγράμματα την πρόληψη της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Endalamaw και συν. 2023). Επιπρόσθετος στόχος είναι ο περιορισμός των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, οι οποίες πλέον δεν εντοπίζονται στις ευάλωτες ομάδες, αλλά γενικά στα άτομα που ανήκουν σε κατώτερη κοινωνική τάξη. Πρωταρχική μέριμνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας, τα οποία θα πρέπει να είναι έτοιμα για να αντιμετωπίσουν μια ενδεχόμενη κρίση, όπως αυτή της πανδημίας COVID-19. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος προωθήθηκαν προγράμματα, τα οποία προβλέπουν τη διάθεση οικονομικών πόρων για την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών (Endalamaw και συν. 2023). Ένα από αυτά τα προγράμματα είναι το *EU4Health*, το οποίο αποτελεί και το νέο στρατηγικό σχέδιο για την υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Athanasakis και συν. 2022). Σκοπός τους είναι ο ψηφιακός μετασχηματισμός των συστημάτων υγείας (Draguet 2020, Trakakis και συν. 2022).

Στο πλαίσιο της Ευρώπης υπάρχει σχεδιασμός για την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε όλοι οι πολίτες να απολαμβάνουν το δικαίωμα για ισότιμη πρόσβαση σε αυτές. Παράλληλα, η Ελλάδα, εκμεταλλευόμενη τους πόρους για την υγεία που προέρχονται από τα ευρωπαϊκά προγράμματα αναμένεται να αναβαθμίσει τις υποδομές της, να εκσυγχρονίσει το σύστημα κοινωνικής προστασίας της και να βελτιώσει την προσβασιμότητα σε αυτό και να το καταστήσει πιο αποτελεσματικό και πιο ανθεκτικό (Athanasakis και συν. 2022).

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός, η αναβάθμιση των υπηρεσιών φροντίδας ατόμων με χρόνια νοσήματα, ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού αποτελούν μερικές από τις δράσεις που από σκοπού στην κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και προσφύγων, καθώς και τον ευάλωτο ομάδων του πληθυσμού, με σκοπό το ΕΣΥ να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει μια ενδεχόμενη μελλοντική οικονομική ή υγειονομική κρίση (Lebano και συν. 2020).

Κεφάλαιο 2: Κοινωνικό κράτος και κοινωνική ασφάλιση

2.1 Ορισμός και τυπολογίες κοινωνικού κράτους

Το κοινωνικό κράτος αναφέρεται σε μια μορφή διακυβέρνησης, η οποία παρέχει κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες στους πολίτες με σκοπό την προστασία τους από τη φτώχεια, την ανεργία και τις ασθένειες και την κάλυψη των κοινωνικών τους αναγκών (Poulimenakou et al. 2018). Το κοινωνικό κράτος παρεμβαίνει ενεργά στην οικονομία και παρέχει προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, προκειμένου να διασφαλίσει την ευημερία-ευτυχία των πολιτών. Ο όρος «κοινωνικό κράτος» είναι «ευέλικτος» και μπορεί να παρουσιάζει μικρές ή μεγάλες παραλλαγές ανάλογα με το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο κάθε χώρας (Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης 2020, Blau and Abramovitz 2010).

Υπάρχουν διάφορες μορφές κοινωνικού κράτους, οι οποίες υιοθετούνται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες κάθε χώρας. Ο κεντρικός στόχος του κοινωνικού κράτους είναι η δημιουργία ενός κοινωνικού πλαισίου που να παρέχει ίσες ευκαιρίες, κοινωνική δικαιοσύνη και προστασία από τις ανισότητες. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, όπως υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, στέγαση, ανεργίας, και συντάξεων, καθώς και τη δημιουργία πολιτικών που να προωθούν την κοινωνική συνοχή (Αμίτσης 2014). Το κοινωνικό κράτος προέκυψε ως αντίδραση στις κοινωνικές ανισότητες και τις σοβαρές κοινωνικές προκλήσεις που προέκυψαν κατά τη διάρκεια του 19ου και 20ου αιώνα (McNutt and Hoefler 2020). Οι χώρες που υιοθέτησαν το μοντέλο του κοινωνικού κράτους προσπάθησαν να επιτύχουν ένα ισορροπημένο σύστημα μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Οι πρώτες προσπάθειες να δοθεί ένας ορισμός στο κοινωνικό κράτος έγιναν τη δεκαετία του 1960. Ο Asa Briggs (1961) ορίζει το κοινωνικό κράτος ως ένα κράτος πρόνοιας, στο οποίο η οργανωμένη εξουσία χρησιμοποιείται μέσω πολιτικής και διοίκησης για να κατευθύνει δυνάμεις της αγοράς σε τρεις κατευθύνσεις. Η πρώτη σχετίζεται με το κατώτατο εγγυημένο ατομικό και οικογενειακό εισόδημα, η δεύτερη αφορά στον περιορισμό του βαθμού ανασφάλειας καθιστώντας τα άτομα και τις οικογένειες σε θέση να αντιμετωπίζουν καλύτερα προβληματικές καταστάσεις της ζωής (ασθένεια, γήρανση και ανεργία), ενώ η τρίτη κατεύθυνση αναφέρεται στην

εξασφάλιση κάθε πολίτη χωρίς διάκριση τάξης ή κατάστασης, ώστε να απολαμβάνει τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τον Alber (1988) το κράτος πρόνοιας περιλαμβάνει τις παρεμβάσεις της πολιτείας, οι οποίες έχουν στόχο να προωθήσουν την ασφάλεια της ανθρώπινης ζωής, τις ίσες ευκαιρίες και γενικά την ισότητα μεταξύ των ανθρώπων, ώστε να προαχθεί το βιοτικό επίπεδο και να επιτευχθεί η ανάπτυξη. Ο Ferrera (1996) προτείνει μια τροποποίηση του ορισμού του Alber με την επισήμανση ότι το κράτος πρόνοιας περιλαμβάνει μεν τις παρεμβάσεις της πολιτείας, οι οποίες όμως στοχεύουν στην παροχή βοήθειας στους πολίτες με τη μορφή της ασφάλισης και της κοινωνικής ασφάλειας, της οικονομικής συνεισφοράς και της ικανοποίησης θεμελιωδών δικαιωμάτων.

Ο Esping-Andersen (1990) διακρίνει τρεις βασικούς τύπους κοινωνικού κράτους: α) το *σοσιαλδημοκρατικό* σύστημα κοινωνικής προστασίας, το οποίο εφαρμόζουν οι Σκανδιναβικές χώρες και χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη των αναγκών των πολιτών που αποσκοπεί στην ισότητα και στην εξάλειψη της ανεργίας, β) το *κορπορατιστικό* σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ή αλλιώς Κεντροευρωπαϊκό Μοντέλο, με κριτήριο την κοινωνική τάξη και θέση, και γ) το *φιλελεύθερο* ή αλλιώς λαϊκό μοντέλο, το οποίο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ιδιωτικές πρωτοβουλίες και παρέχει βασική κοινωνική προστασία, και περιλαμβάνει χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Αυστραλία (Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης 2020).

Πίνακας 1. Τυπολογίες κοινωνικών κρατών

	ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ
TITMUS (1974)	ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟ (Residual)	Η.Π.Α	Κυρίως από οικογένεια και την αγορά.	Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης δρα σε περίπτωση αδυναμίας της οικογένειας ή της αγοράς.
	ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ (Industrial)	Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ	Γίνεται στη βάση της ατομικής εργασίας. Σημαντικός ο ρόλος της οικονομίας.	Συμπληρωματικός μέσω κοινωνικής ασφάλισης.
	ΘΕΣΜΙΚΟ-ΑΝΑΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟ	Σκανδιναβικές χώρες	Καθολική κάλυψη έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς.	Σηματικός και πρωτεύων ρόλος στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών
ESPRING-ANDERSENN (1990)	ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ (Liberal Welfare state)	Η.Π.Α Καναδάς Αυστραλία	Παροχή κοινωνικής βοήθειας συγκεκριμένου ύψους, περιορισμένες μεταβιβατικές πληρωμές προς όλους.	Ενθάρυνση της αγοράς για ανάληψη πρωτοβουλιών για κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Κοινωνική ασφάλιση περιορισμένης κλίμακας.
	ΚΟΡΠΟΡΑΤΙΣΤΙΚΟ (Corporalist welfare state)	Αυστρία Γαλλία Γερμανία Ιταλία (εν μέρει)	Με κριτήριο την κοινωνική τάξη και θέση.	Σημαντικότερος ο ρόλος του κράτους σε σχέση με την αγορά.
	ΣΟΣΙΑΛΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ (Socialdemocrtratic welfare state)	Σκανδιναβικές χώρες	Καθολική κάλυψη, πλήρης απο-εμπορευματοποίηση της εργασίας και των αναγκών με στόχο την πλήρη απασχόληση και ισότητα.	Εκτεταμένος αναδιανεμικός ρόλος. Λειτουργία στη βάση της Αρχής της Αποκέντρωσης με χρηματοδότηση από Κεντρική Διοίκηση ή ΟΤΑ
FERRERA (1996)	ΝΟΤΙΟΕΥΡΩΠΑΙΚΟ	Ισπανία Πορτογαλία Ελλάδα Ιταλία	Εισοδηματικές μεταβιβάσεις βαρύνουσας σημασίας, ανομοιογένεια προστασίας τυπικών κινδύνων, καθολική υγειονομική περίθαλψη, ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις διαφορές επαγγελματικές ομάδες.	Χαμηλός βαθμός διεύθυνσης στην προνοιακή σφαίρα, έντονη διαπλοκή δημόσιου ιδιωτικού, θεσμική ευνοιοκρατία με μηχανισμούς πατρωνίας στη διαχείριση πόρων

Πηγή: (Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης 2020).

Η μορφή και η λειτουργία του κοινωνικού κράτους σήμερα διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με τη χώρα και τις πολιτικές συνθήκες. Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, το κοινωνικό κράτος παραμένει ένα κυρίαρχο μοντέλο για την οργάνωση της κοινωνικής προστασίας και της κοινωνικής πολιτικής (McNutt and Hoefler 2020).

Ορισμένες χώρες, όπως η Ελλάδα, αντιμετωπίζουν προκλήσεις στη διατήρηση του υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας λόγω οικονομικών πιέσεων (Αμίτσης 2016). Επιπλέον, πολλές χώρες προσπαθούν να εκσυγχρονίσουν τα κοινωνικά τους συστήματα για να ανταποκριθούν στις νέες κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις. Αυτό συμπεριλαμβάνει την προσαρμογή στις αλλαγές της εργασίας, την αντιμετώπιση της γήρανσης του πληθυσμού και την αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτει η τεχνολογία. Παράλληλα, με την αύξηση της πολυπολιτισμικότητας, τα κοινωνικά κράτη αντιμετωπίζουν την πρόκληση να διατηρήσουν την κοινωνική συνοχή και την ισότητα, ενισχύοντας προγράμματα ένταξης και ισότητας (McNutt and Hoefler 2020).

2.2 Ο ρόλος του κοινωνικού κράτους στην προστασία των πολιτών

Οι βασικοί τομείς της προστασίας που αναλαμβάνει το κοινωνικό κράτος περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο την προστασία της υγείας, την εκπαίδευση, την κοινωνική πρόνοια, την εργασιακή προστασία, την κοινωνική ασφάλιση, την κατάρτιση και επαγγελματική ανάπτυξη, την προστασία των συντάξεων, την προστασία των ευπαθών ομάδων, την προστασία του δικαιώματος για κατοικία και στέγαση, την προστασία του περιβάλλοντος και τη βιώσιμη ανάπτυξη (Βενιέρης 2015). Το κοινωνικό κράτος φροντίζει για την υγειονομική προστασία, καθώς παρέχει πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και φάρμακα για όλους τους πολίτες, διασφαλίζοντας την καλή υγεία του πληθυσμού (Mackenbach 2019). Παράλληλα, εξασφαλίζει την αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων υγείας και την κατανομή πόρων, αποσκοπώντας στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Marini, 2020, Mackenbach 2019).

Στο πλαίσιο του κοινωνικού κράτους, η κοινωνική πρόνοια αντιπροσωπεύει τη δέσμευση της κυβέρνησης να παρέχει υπηρεσίες και προστασία για την ευημερία των πολιτών (Amitsis 2017). Με αυτό τον τρόπο η κοινωνική πρόνοια στοχεύει στην μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων παρέχοντας ίσες ευκαιρίες για όλους και υποστηρίζοντας τις ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας (Barr 2020).

Ένας άλλος πολύτιμος ρόλος του κοινωνικού κράτους είναι, ότι παρέχει εργασιακή προστασία, καθώς εγγυάται τα δικαιώματα των εργαζομένων, παρέχοντας ασφάλεια στην εργασία, δίκαιους μισθούς, και συνθήκες εργασίας (Dean 2015, Poulimenakou et al. 2018). Αδιαμφισβήτητα, μια από τις πιο σημαντικές λειτουργίες του κοινωνικού κράτους είναι ότι παρέχει συντάξεις για την αξιοπρεπή συνταξιοδότηση των πολιτών (Amitsis 2017, Barr 2020) επενδύοντας σε προγράμματα και πολιτικές που επιτρέπουν την αναδιοργάνωση και ανακατανομή πόρων για την επίτευξη βιώσιμων συστημάτων συνταξιοδότησης.

Συμπερασματικά, στόχος ενός κοινωνικού κράτους είναι η προώθηση της κοινωνικής συνοχής προκειμένου να μειωθούν οι κοινωνικές ανισότητες και να ενισχυθεί η αλληλεγγύη. Σε αυτό το πλαίσιο οι ευάλωτες ομάδες, όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι άνθρωποι με αναπηρία, οι ανασφάλιστοι πρέπει να προστατεύονται από το κοινωνικό κράτος με ειδικά προγράμματα και υπηρεσίες (Amitsis 2017).

2.3 Το ελληνικό κοινωνικό κράτος και η κοινωνική ασφάλιση

Η κοινωνική ασφάλιση αναφέρεται σε ένα σύστημα που παρέχει οικονομική προστασία και υποστήριξη σε περιπτώσεις ασθενειών, αναπηρίας, ανεργίας, γήρατος και άλλων καταστάσεων που επηρεάζουν την οικονομική ευημερία των ατόμων (Cutler and Johnson 2004, Kuka 2020). Τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν τον τομέα της υγείας, τη σύνταξη, την ανεργία, την αναπηρία και άλλες μορφές κοινωνικής προστασίας. Σκοπός τους είναι να διασφαλίσουν, ότι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες και να τους προστατεύσουν, όταν είναι εκτεθειμένοι σε ευάλωτες συνθήκες (π.χ. συνθήκες κρίσεων ή συνθήκες αναπηρίας) (Gerard, Imbert and Orkin 2020).

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί σημαντικό στοιχείο του ελληνικού κοινωνικού κράτους, στο πλαίσιο του οποίου παρέχονται ποικίλες κοινωνικές παροχές στους πολίτες με σκοπό την προστασία τους από τους κοινωνικοοικονομικούς κινδύνους (Kuka 2020). Το ελληνικό κοινωνικό κράτος διαθέτει ένα σύστημα συνταξιοδότησης που περιλαμβάνει συντάξεις γήρατος, αναπηρίας και επιζώντων. Οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να συνεισφέρουν στο σύστημα αυτό κατά τη διάρκεια της εργασιακής τους ζωής (Amitsis 2017). Επιπλέον, οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Η κοινωνική ασφάλιση στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην κάλυψη των ιατρικών εξόδων. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρέχει προνοιακές παροχές για τους άνεργους, στόχος των οποίων είναι να έχουν οικονομική στήριξη κατά τη διάρκεια της ανεργίας (Poulimenakouetal. 2018). Οι πολίτες, που βρίσκονται σε καταστάσεις ανάγκης, όπως φτώχεια, αναπηρία ή οικογενειακές δυσκολίες, μπορούν να λάβουν κοινωνικές παροχές ή επιδοτήσεις. Οι εργαζόμενοι καλύπτονται από το σύστημα ασφάλισης εργαζομένων, το οποίο παρέχει προστασία σε περίπτωση ατυχήματος ή ασθένειας που συνδέεται με την εργασία. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα έχει ως στόχο την εξασφάλιση της κοινωνικής ευημερίας, της ασφάλειας και της αλληλεγγύης. Ωστόσο, σε περιόδους οικονομικής δυσπραγίας, μπορεί να υπάρχει πίεση στο σύστημα λόγω της ανάγκης για δημοσιονομική εξισορρόπηση (Kourachanis, Lalioti and Venieris 2019).

Η κοινωνική ασφάλιση για ανασφάλιστους ανθρώπους αντιπροσωπεύει ένα σύνολο προγραμμάτων και πολιτικών που στοχεύουν στην παροχή προστασίας και υποστήριξης σε αυτούς που δεν έχουν καθόλου ή έχουν ελάχιστη κοινωνική

ασφαλιστική κάλυψη. Οι ανασφάλιστοι μπορεί να περιλαμβάνουν ανέργους, αυτοαπασχολούμενους, ανθρώπους με χαμηλά εισοδήματα, μετανάστες και άλλες ευάλωτες ομάδες (Marini, 2020). Οι κοινωνικές παροχές, που μπορεί να περιλαμβάνονται σε αυτά τα προγράμματα, ενδεικτικά καλύπτουν τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, της συνταξιοδοτικής προστασίας, της εργασιακής κοινωνικής ασφάλισης, κ.α. (Fouskas, Sidiropoulos and Vozikis 2019).

2.4 Σύγχρονες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό κοινωνικό κράτος

Το ελληνικό κοινωνικό κράτος αντιμετωπίζει διάφορες προκλήσεις, μερικές από τις οποίες περιλαμβάνουν: α) το μεταναστευτικό ζήτημα, β) την οικονομική κρίση, η οποία αν και ξέσπασε κατά τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα, επηρεάζει δυσμενώς την ελληνική οικονομία και δυσχεραίνει την ανάκαμψή της ακόμα και σήμερα, γ) την πανδημία COVID-19, η οποία εκτός από τις επιπτώσεις της στην υγεία του συνολικού πληθυσμού, επηρέασε σε μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας της χώρας, την κρατική οικονομία και την οικονομική κατάσταση των πολιτών, δ) το ζήτημα των ανέργων και των ανασφάλιστων και ε) τέλος το φλέγον θέμα της γήρανσης του πληθυσμού.

Κοινωνικό κράτος και μεταναστευτικό ζήτημα

Η Ελλάδα, καθώς είναι μια χώρα, η οποία αποτελεί το θεματοφύλακα της Ευρώπης στο νοτιοανατολικό της άκρο, έχει αντιμετωπίσει μεγάλες πιέσεις λόγω των μεταναστευτικών ροών. Η οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωση των προσφύγων και μεταναστών αποτελεί πρόκληση, καθώς απαιτεί την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και τη δημιουργία μέτρων ένταξης. Το μεταναστευτικό ζήτημα αποτελεί σημαντική πρόκληση για το ελληνικό κοινωνικό κράτος, καθώς η Ελλάδα βρίσκεται στον σταυροδρόμι διεθνών μεταναστευτικών ροών, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζει τις εσωτερικές της ανάγκες και προκλήσεις (Triandafyllidou 2009, Teloni, Dedotsi και Telonis 2020). Η χώρα πρέπει να αντιμετωπίσει την πρόκληση της υποδοχής, ενσωμάτωσης και παροχής βασικών υπηρεσιών σε αυτούς τους πληθυσμούς. Η επιτυχημένη κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών απαιτεί από το κοινωνικό κράτος την παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης και υποστήριξης για την αναζήτηση απασχόλησης (Rizaetal. 2020, Fouskas, Sidiropoulos and Vozikis 2019).

Οικονομική Κρίση

Η οικονομική κρίση της δεκαετίας του 2010 επηρέασε σοβαρά την Ελλάδα, με ανεργία, μείωση των κοινωνικών δαπανών και ανασφάλεια στην απασχόληση (Poulimenakou et al. 2018). Το κοινωνικό κράτος βρέθηκε υπό πίεση να παρέχει υπηρεσίες σε αυξημένη ζήτηση με περιορισμένους πόρους. Η κυβέρνηση υιοθέτησε αυστηρά μέτρα λιτότητας και δημοσιονομικής πειθαρχίας, τα οποία συνεπάγονταν σημαντική μείωση

των κοινωνικών δαπανών. Συγκεκριμένα, οι περικοπές έγιναν σε τομείς όπως η υγειονομική περίθαλψη, ο εκπαιδευτικός τομέας και οι συντάξεις (Amitsis 2017).

Επιπλέον, η οικονομική κρίση οδήγησε σε αύξηση της ανεργίας, ιδίως μεταξύ των νέων. Οι άνθρωποι που έχασαν την εργασία τους βρέθηκαν αντιμέτωποι με τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς οι οικονομικές δυσκολίες επηρέασαν την οικογενειακή και κοινωνική τους θέση (Poulimenakou et al. 2018). Οι πολίτες βίωσαν επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης λόγω της αύξησης του κόστους ζωής, της φορολόγησης και της μείωσης του εισοδήματος. Το φαινόμενο αυτό επηρέασε κυρίως τα οικονομικά ευάλωτα στρώματα της κοινωνίας.

Κρίση Πανδημίας (COVID-19)

Η πανδημία COVID-19 έθεσε νέες προκλήσεις για το ελληνικό κοινωνικό κράτος. Η ανάγκη για επείγουσα υγειονομική προστασία, υπηρεσίες περίθαλψης, και κοινωνική στήριξη αυξήθηκε. Επιπλέον, οι επιπτώσεις στην απασχόληση και την οικονομία αντιμετωπίζονται με μέτρα που στοχεύουν στην ελάφρυνση των επιπτώσεων στους πολίτες. Η πίεση στο σύστημα υγείας ήταν υψηλή, με την ανάγκη για επιπλέον πόρους, εξοπλισμό και προσωπικό. Η κυβέρνηση αναγκάστηκε να λάβει δραστικά μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης υγείας και για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες (Tzagkarakis, Pappas and Kritas 2020). Οι πληθυσμιακές ομάδες, που είναι ευάλωτες κοινωνικά, οι άστεγοι, οι μετανάστες, και οι φτωχοί επηρεάστηκαν περισσότερο από τις συνέπειες της πανδημίας (Tsolou, Babalis και Tsoli 2021).

Ανασφάλιστοι

Η αντιμετώπιση των ανασφαλίστων ατόμων αποτελεί σημαντική πρόκληση για το ελληνικό κοινωνικό κράτος. Οι ανασφάλιστοι άνθρωποι είναι άτομα που δεν έχουν καμία ή ελάχιστη κοινωνική ασφαλιστική κάλυψη, και συχνά βρίσκονται σε ευάλωτη θέση ως προς την πρόσβαση σε βασικές κοινωνικές. Η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, όπως προγράμματα ενίσχυσης του εισοδήματος, είναι ουσιώδης για τη στήριξη των ανασφαλίστων ατόμων, τα οποία συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα στέγαση υπηρεσίες (Gouzoulis, Pliorou και Galanis 2023).

Γήρανση του Πληθυσμού

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια σημαντική πρόκληση λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό θέτει ζητήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση των συντάξεων και των υπηρεσιών υγείας (Amitsis 2017). Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη ζήτηση για συνταξιοδοτικές παροχές. Το κοινωνικό κράτος πρέπει να διασφαλίσει τη βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού συστήματος και να εξετάσει ενδεχόμενες μεταρρυθμίσεις. Η γήρανση σχετίζεται με αυξημένες ανάγκες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να προσαρμοστούν για να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Sissouras et al. 2019, Ebbinghaus 2021). Η κοινωνική συμμετοχή και η αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελούν κεντρικούς στόχους για την προαγωγή της ευημερίας των ηλικιωμένων. Το ελληνικό κοινωνικό κράτος προσπαθεί να αντιμετωπίσει αυτές τις προκλήσεις μέσω πολιτικών που ενισχύουν την πρόνοια, την υγειονομική περίθαλψη, και την κοινωνική ενσωμάτωση των ηλικιωμένων (Christoforidou 2023).

Κεφάλαιο 3: Θεωρητική και νομική οριοθέτηση των ανασφάλιστων και ευπαθών ομάδων

Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνιστούν σύγχρονες προκλήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο (Αμίτσης 2016). Προκειμένου να εξεταστεί και να γίνει κατανοητή η θεσμική ρύθμιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, είναι σημαντικό να εστιάσει κανείς στο πώς τα κράτη, οι διεθνείς οργανισμοί και οι κοινωνικές δομές επιδρούν στη διαμόρφωση και την αντιμετώπιση αυτών των σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων (Αμίτσης 2016).

Η φτώχεια αναφέρεται στην έλλειψη των αναγκαίων υλικών πόρων που απαιτούνται για μια ικανοποιητική και αξιοπρεπή ζωή (Αμίτσης 2001). Συνήθως, περιλαμβάνει την έλλειψη βασικών αγαθών και υπηρεσιών, όπως τροφή, κατοικία, εκπαίδευση και υγειονομική περίθαλψη. Ο κοινωνικός αποκλεισμός αφορά στην απομόνωση ή τον περιορισμό της συμμετοχής ενός ατόμου ή μιας ομάδας στις κοινωνικές, οικονομικές ή πολιτικές δραστηριότητες. Περιλαμβάνει την αποκοπή από τους πόρους, τις ευκαιρίες και τα κοινωνικά δίκτυα. Οι ορισμοί αυτοί αντικατοπτρίζουν την πολυπλοκότητα και τη διασταλτικότητα των δύο αυτών εννοιών, οι οποίες συχνά συνδέονται και αλληλοεπιδρούν. Συνεπώς, η κατανόησή τους απαιτεί ευαισθησία στις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές πτυχές που τις διαμορφώνουν (Raitano και συν., 2014).

Η σχέση μεταξύ φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού είναι στενή, δεδομένου ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να αποτελεί τόσο αιτία όσο και αποτέλεσμα της φτώχειας. Οι άνθρωποι, που βρίσκονται σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού, δηλαδή οι άνθρωποι που έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε εκπαιδευτικούς, οικονομικούς, και κοινωνικούς πόρους, είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στον κίνδυνο της φτώχειας (Halkos και Aslanidis 2023). Επιπλέον, και οι δύο καταστάσεις είναι συχνά συνδεδεμένες με άλλους παράγοντες κοινωνικού αποκλεισμού, όπως η εθνοτική ή φυλετική διάκριση, η αναπηρία και άλλες μορφές κοινωνικής ανισότητας. Η κατανόηση και η αντιμετώπιση της σχέσης αυτής απαιτεί ολιστικές προσεγγίσεις και πολιτικές, οι οποίες θα απευθύνονται τόσο τη φτώχεια όσο και τον κοινωνικό αποκλεισμό (Αμίτσης 2004).

Όπως γίνεται κατανοητό, τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν οι ευπαθείς ή ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού,

καθόσον είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν δυσκολίες ή αδικίες στην κοινωνία λόγω διάφορων παραγόντων, όπως η οικονομική κατάσταση, οι φυλετικές ή εθνοτικές διακρίσεις, η αναπηρία, η ηλικία, το μεταναστευτικό καθεστώς, οι ψυχικές παθήσεις και άλλοι παράγοντες (Halkos και Aslanidis 2023).

Αυτές οι ομάδες μπορεί να χρειάζονται ειδικά προστατευτικά μέτρα, ρυθμίσεις και πόρους για να αντιμετωπίσουν τις διάφορες προκλήσεις. Στις ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού ανήκουν οι φτωχοί και οι άνεργοι, οι εθνοτικές και φυλετικές ομάδες, τα άτομα με αναπηρίες, τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, τα άτομα με ψυχικές παθήσεις και άλλοι. Η αναγνώριση και η προστασία αυτών των ομάδων αποτελεί σημαντικό μέρος της κοινωνικής δικαιοσύνης και της προώθησης της ισότητας (Teloni, Dedotsi και Telonis 2020, Kourachanis 2020).

Σε νομικό επίπεδο τα κράτη θεσπίζουν νομοθεσία που στοχεύει στην προστασία και ενίσχυση αυτών των ομάδων. Αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει την παροχή κοινωνικών παροχών, όπως υγειονομική περίθαλψη, επιδόματα ανεργίας, και άλλες μορφές κοινωνικής στήριξης. Επιπλέον, ορισμένες χώρες εφαρμόζουν νομικό πλαίσιο βάσει του οποίου απαιτούν από τις επιχειρήσεις να παρέχουν ασφάλιση υγείας και άλλα πλεονεκτήματα στους εργαζομένους τους (Kremalis και Paparrigoriou 2023).

Οι πολιτικές κοινωνικής ένταξης στην Ευρωπαϊκή Ένωση εφαρμόζονται κυρίως σε άτομα ή οικογένειες που έρχονται αντιμέτωπες με υψηλό κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και δυσκολία πρόσβασης στην εργασία λόγω των εξής παραγόντων (Αμίτσης 2016): α) ανεπάρκεια εισοδήματος με αποτέλεσμα να μην μπορούν τα άτομα να εξασφαλίσουν αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης, ενώ παράλληλα έρχονται αντιμέτωπα με την περιθωριοποίηση, την παραβατική συμπεριφορά και με δυσκολίες επιβίωσης, β) ανεργία για μεγάλο διάστημα, γ) κάθε είδους αναπηρία, δ) διαμονή σε τοποθεσία που είναι υποβαθμισμένη, με αποτέλεσμα να ενισχύονται οι παράγοντες κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι παραπάνω ομάδες είναι και αυτές, που αποκαλούνται ευπαθείς ή ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, καθώς λόγω των οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, βιώνουν την περιθωριοποίηση, τη στέρηση και την απομάκρυνση από τους κοινωνικούς θεσμούς και πληρούν τα κριτήρια υπαγωγής στις πολιτικές κοινωνικής ένταξης (Αμίτσης 2016).

3.1 Θεωρητική και νομική οριοθέτηση των ανασφάλιστων

Η νομική οριοθέτηση των ανασφάλιστων ατόμων αναφέρεται στις ακριβείς περιγραφές και στους κανόνες που καθορίζουν την κατάσταση και τα δικαιώματα των ανθρώπων που δεν έχουν καμία ή ελάχιστη κάλυψη από τα ασφαλιστικά συστήματα. Σε ένα δεύτερο επίπεδο η θεωρητική οριοθέτηση των ανασφάλιστων ατόμων απορρέει από τις ερμηνείες, τις αναλύσεις και το θεωρητικό πλαίσιο, που χρησιμοποιούνται, για να καταστήσουν κατανοητό το φαινόμενο της ανασφάλιστης κατάστασης. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη μελέτη των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών παραγόντων που συμβάλλουν στην μη ασφάλιση, καθώς και την ανάπτυξη θεωρητικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπισή της.

Τα ανασφάλιστα άτομα πληρούν τα κριτήρια της ευπάθειας, καθώς δεν έχουν επαρκείς πόρους, δεν εργάζονται και στερούνται των βασικών αγαθών, οπότε εντάσσονται στα δημόσια προγράμματα κοινωνικών παροχών (Barrientos and Hulme 2016). Βάσει του αντικειμενικού τυπικού κριτηρίου της ευπάθειας τα ευρωπαϊκά κράτη έχουν υιοθετήσει δημόσιες πολιτικές για την κοινωνική ένταξη των ανασφάλιστων. Χαρακτηριστική είναι η θέσπιση προγραμμάτων ελάχιστου εισοδήματος, η οποία αποτελεί μια προνοιακή πολιτική για τα ανασφάλιστα άτομο που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης, με έμφαση στα ανασφάλιστα άτομα μεγάλης ηλικίας και αναπηρίες (Αμίτσης 2016). Σύμφωνα με τους Kremalis και Paparrigoroulou (2023) η νομική οριοθέτηση των ανασφάλιστων ατόμων αναφέρεται στις νομικές πράξεις, στους κανονισμούς και τους κανόνες που καθορίζουν τη νομική θέση τους. Συνεπώς, η θεωρητική οριοθέτηση επικεντρώνεται στην κατανόηση των αιτιών και των παραγόντων που συνδέονται με τη μη ασφάλιση, ενώ η νομική οριοθέτηση καθορίζει τα νομικά δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που αφορούν τα ανασφάλιστα άτομα (Kremalis and Paparrigoroulou 2023).

Με το Νόμο 2646/98 (ΦΕΚ Α' 236/20.10.1998)¹ καθορίστηκαν ως ευπαθείς ομάδες που εντάσσονται στις πολιτικές ένταξης, οι τσιγγάνοι, οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες, τα άτομα που αιτούνται άσυλο και οι δικαιούχοι ανθρωπιστικής προστασίας, άτομα τα οποία δεν έχουν εργασία και συνεπώς είναι ανασφάλιστα

¹ Νόμος 2646/98 (ΦΕΚ Α' 236/20.10.1998): Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις.

(Αμίτσης 2006). Στο πλαίσιο αντιμετώπισης της ακραίας φτώχειας ο νόμος 4093/2012 (Α' 222) τυποποίησε για πρώτη φορά τις ρυθμίσεις για την προστασία των ατόμων που διαβιούν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, όπως είναι και τα ανασφάλιστα άτομα που δεν έχουν εργασία και δε μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο νόμος αυτός τροποποιήθηκε με τον Νόμο 4389/2016 (Α'94) και δυνάμει της εξουσιοδοτικής του διάταξης εξεδόθη και τέθηκε σε ισχύ η υπ' αριθμ. Δ23/οικ. 30299/2377/ 1.7.2016 Κοινή Υπουργική Απόφαση για τον «καθορισμό των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής της πρώτης φάσης του προγράμματος Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης» (Β' 2089) και βάσει του εισοδήματος, καθορίστηκε η ενίσχυση των ατόμων που διαβιούν κάτω από συνθήκες ακραίας φτώχειας.

Με το Νόμο 4368/2016 και την επί τη βάσει αυτού εκδοθείσα υπ' αριθμ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 Κοινή Υπουργική Απόφαση, όπως θα αναλυθεί εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο, έχει θεσπιστεί το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η ισχύς του νόμου αυτού συνέβαλε στην εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση των ανασφάλιστων ατόμων σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δημόσιες δομές υγείας, μονάδες ψυχικής υγείας, δομές απεξάρτησης και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, την πρόσβαση στο σύνολο των νοσηλευτικών και διαγνωστικών πράξεων, στα προγραμματισμένα χειρουργεία, στην πρόληψη και προαγωγή υγείας, όπως είναι οι εμβολιασμοί και όλα αυτά χωρίς χρέωση.

3.2 Θεωρητική και νομική οριοθέτηση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων

3.2.1 Άτομα με χρόνιες παθήσεις

Σύμφωνα με τη θεωρητική οριοθέτηση του όρου τα άτομα με χρόνιες παθήσεις έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό, που αναφέρεται στον τρόπο που η πάθηση επηρεάζει τη ζωή του ατόμου. Η διαδικασία του επηρεασμού της ζωής του ατόμου από μια χρόνια πάθηση θεωρείται αμετάκλητη. Επίσης, με βάση τη θεωρητική οριοθέτηση του όρου «άτομα με χρόνιες παθήσεις» τονίζεται, ότι τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη τόσο από κοινωνική όσο και από ιατρική υποστήριξη (Dowrick και συν., 2005).

Σε αυτό το πλαίσιο η νομική οριοθέτηση του όρου προβλέπει, ότι οι δημόσιες αρχές και τα διοικητικά όργανα της πολιτείας θα πρέπει να αναπτύσσουν πολιτικές, ώστε να είναι εφικτή η ένταξη της αναπηρίας σε αυτές τις πολιτικές. Με το Νόμο 4019/2011 (ΦΕΚ 216/Α` 30.9.2011)², ο οποίος τροποποιήθηκε από το Νόμο 4430/2016, (ΦΕΚ 205/Α/31.10.2016)³, τα άτομα που έχουν χρόνιες παθήσεις προστατεύονται, καθώς η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από σωματικά ή και ψυχικά αίτια, ενώ παράλληλα βρίσκονται σε μειονεκτική θέση γιατί δυσκολεύονται να ενταχθούν ομαλά στην αγορά εργασίας (Raitano, Jessoula, Gallo and Pagnini 2021).

Με το Νόμο 5023/2023 (ΦΕΚ Α` 34/17-2-2023)⁴ επιτεύχθηκε η εναρμόνιση του θεσμικού πλαισίου του ελληνικού κράτους με τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία και χρόνιες παθήσεις με στόχο να προωθηθεί η πλήρης συμμετοχή αυτών των ατόμων στην κοινωνική και οικονομική ζωή της χώρας, μέσω της κατοχύρωσης της γενικής αρχής της ίσης μεταχείρισης, να ενισχυθεί η πρόσβαση των ατόμων αυτών στις υπηρεσίες υγείας, στις λοιπές αστικές υπηρεσίες

² Νόμος 4019/2011 (ΦΕΚ Α` 216/ 30.9.2011): Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις

³ Νόμος 4430/2016, (ΦΕΚ Α` 205/31.10.2016): Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις

⁴ Νόμος 5023/2023: «Αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, επικαιροποίηση της ορολογίας του Αστικού Κώδικα, του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, του Ποινικού Κώδικα, του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας, του Κώδικα Συμβολαιογράφων και του ν. 4478/2017, για την εναρμόνισή της με τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία που κυρώθηκε με τον ν. 4074/2012 και λοιπές διατάξεις για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στη δικαιοσύνη των ατόμων με αναπηρία».

και στη Δικαιοσύνη και να χαίρουν ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης στους τομείς της κοινωνικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ασφάλισης και της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών παροχών (Amitsis and Marini 2023).

3.2.2 Τρίτη ηλικία

Για τα άτομα τρίτης ηλικίας η θεωρητική οριοθέτηση του όρου επικεντρώνεται στις ανάγκες, τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται στα άτομα κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Από θεωρητικής σκοπιάς ως ηλικιωμένα θεωρούνται τα άτομα που είναι άνω των 65 ετών (Orimo και συν, 2006). Επομένως, η θεωρητική οριοθέτηση επιδιώκει να κατανοήσει τη φύση της τρίτης καθώς και το όριο έναρξής της (Kremalis and Paparrigopoulou 2023).

Αναφορικά με τους ανασφάλιστους ηλικιωμένους, αρχικά, με το Νόμο 1296/1982 (Α'128) δημιουργήθηκε ο «Ειδικός Λογαριασμός Συνταξιοδότησης Ανασφάλιστων Υπερήλικων», για τη χορήγηση σύνταξης και υγειονομικής περίθαλψης σε Έλληνες υπηκόους και ομογενείς που είχαν συμπληρώσει αρχικά το 70^ο έτος της ηλικίας τους, στη συνέχεια το 68^ο και μετέπειτα το 65^ο, έμεναν μόνιμα στην Ελλάδα και πληρούσαν εισοδηματικές και άλλες συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Στη συνέχεια, με το Νόμο 4093/2012 καθορίστηκαν πιο αυστηρά κριτήρια, όπως η ηλικία (67 έτη), τα έτη διαμονής στην Ελλάδα (20 έτη) και η προϋπόθεση ότι ο/η ηλικιωμένος δε λαμβάνει άλλη σύνταξη. Με το Νόμο 4387/2016 (Α' 85) το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερήλικων, το οποίο αναλαμβάνει ο ΟΠΕΚΑ, συμπεριλαμβάνεται στην κοινωνική πολιτική του ελληνικού κράτους για τις ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.

Επιπρόσθετα, με το Νόμο 4199/2013 (Α' 216) θεσμοθετήθηκε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα με τίτλο «Κατ' οίκον Κοινωνική φροντίδα» με σκοπό να εξασφαλιστούν οι συνθήκες αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων στην κατοικία τους (οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον), να αποφευχθεί η παραπομπή σε δομές κλειστής φροντίδας και να προληφθούν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού (Αμίτσης 2013). Επισημαίνεται ότι και στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων, δυνάμει των διατάξεων του νόμου 4368/2016 σε συνδυασμό με την ΚΥΑ υπ' αριθμ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 έχει θεσπιστεί το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Επιπρόσθετα, με το Νόμο 4756/2020 (Α' 235) «Μέτρα ενίσχυσης των εργαζομένων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, κοινωνικοασφαλιστικές ρυθμίσεις και διατάξεις για την ενίσχυση των ανέργων» και την δυνάμει αυτού εκδοθείσα υπ'

αριθμ. 30105/2021 ΚΥΑ (Β' 2156) θεσμοθετήθηκε με νέο νομοθετικό πλαίσιο, το επίδομα στεγαστικής συνδρομής σε ανασφάλιστους υπερήλικες, καθώς και τα κριτήρια χορήγησης του επιδόματος και η διαδικασία καταβολής του.

3.2.3 Μετανάστες

Θεωρητικά ο όρος μετανάστης οριοθετείται ως εξής: μετανάστες είναι τα άτομα που έχουν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τη χώρα καταγωγής του λόγω δίωξης, πολέμου, βίας ή άλλων σοβαρών συνθηκών, που συχνά σχετίζονται με τη φυλή, τη θρησκεία, την εθνικότητα και τις πολιτικές τους πεποιθήσεις. Ο θεωρητικός ορισμός επί της ουσίας τονίζει τον ακούσιο χαρακτήρα της μετατόπισής των μεταναστών και την αναγκαιότητα να αναζητήσουν καταφύγιο σε άλλη χώρα για ασφάλεια και προστασία (Fortin, 2000).

Οι μετανάστες πληρούν τα κριτήρια της ευπάθειας, καθώς συνήθως δεν εργάζονται και δεν έχουν επαρκείς πόρους, με αποτέλεσμα αυτοί και οι οικογένειές τους να στερούνται των βασικών αγαθών, οπότε εντάσσονται στα δημόσια προγράμματα κοινωνικών παροχών (Barrientos and Hulme 2016). Και σε αυτή την περίπτωση πληρείται το αντικειμενικό τυπικό κριτήριο της ευπάθειας και για αυτό τα ευρωπαϊκά κράτη έχουν υιοθετήσει δημόσιες πολιτικές για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών. Στην περίπτωση των μεταναστών, όπως και σε άλλες περιπτώσεις, διευρύνονται τα οφέλη από την υλοποίηση των προγραμμάτων στήριξης, όπως είναι το πρόγραμμα ελάχιστου εισοδήματος και για μετανάστες που διαμένουν νόμιμα σε μια ξένη χώρα, δίνοντας έμφαση στην ενημέρωσή τους καθώς και στην πρόσβαση αυτών των ατόμων στις υπηρεσίες και τα προγράμματα (Αμίτσης 2016).

Επιπλέον, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, ανεξάρτητα αν εργάζονται ή όχι. Στην περίπτωση αυτή πληρείται το υποκειμενικό κριτήριο της ευπάθειας και τα άτομα αυτά δε θεμελιώνουν το δικαίωμα υπαγωγής στις δημόσιες πολιτικές κοινωνικής ένταξης (Wendt, Mischke and Pfeifer 2011). Το υποκειμενικό κριτήριο ευπαθείας για τους μετανάστες που εργάζονται, αναφέρεται συνήθως στην αξιολόγηση των συνθηκών υπό τις οποίες εργάζονται και ζουν οι μετανάστες, λαμβάνοντας υπόψη την ευπάθειά τους κατά την ένταξη στην κοινωνία. Το κριτήριο αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες, όπως τις συνθήκες εργασίας (ακατάλληλο εργασιακό περιβάλλον, χαμηλός μισθός, υποχρεωτικές

υπερωρίες), τα δικαιώματα των εργαζομένων (πρόσβαση σε δικαιώματα και προστασίες που προσφέρονται από τους νόμους εργασίας, όπως η ασφάλιση), τη στέγαση (ποιότητα και προσβασιμότητα σε κατοικία που παρέχει ασφάλεια και πληροί τα υγειονομικά κριτήρια), την υγειονομική περίθαλψη (δυνατότητα πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες υγείας) και την κοινωνική ενσωμάτωση (δυνατότητα συμμετοχής των μεταναστών στην τοπική κοινότητα και αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης). Το υποκειμενικό κριτήριο ευπαθείας επισημαίνει την ανάγκη για μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην αξιολόγηση των συνθηκών εργασίας των μεταναστών, λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές τους εμπειρίες και τις διαφορετικές πτυχές της ευπάθειάς τους (Teloni, Dedotsi and Telonis 2020).

Από την άλλη πλευρά η νομική οριοθέτηση του όρου «μετανάστης» περιλαμβάνει τη νομοθεσία περί ασύλου, την πολιτική μετανάστευσης, τα δικαιώματα των προσφύγων, και άλλες νομικές πτυχές που αφορούν τους μετανάστες. Οι θεωρητικές και νομικές προσεγγίσεις των μεταναστών προσφέρουν ένα πλαίσιο για την κατανόηση της μεταναστευτικής δυναμικής, καθώς και για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και των ευκαιριών που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες σε διάφορες κοινωνίες (Manou, Blouchoutzi and Papathanasiou 2021).

Με το Νόμο 4368/2016 και την κατ' εξουσιοδότηση αυτού υπ' αριθμ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 ΚΥΑ, έχει εξασφαλιστεί υπό προϋποθέσεις και για τους μετανάστες το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι μετανάστες που ανήκουν σε κάποια ευάλωτη ομάδα που χρήζει άμεσης υγειονομικής κάλυψης (εγκύους, παιδιά, χρόνιες παθήσεις, ανάπηροι, ψυχικά ασθενείς και άλλες ομάδες) δικαιούνται την Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Κ.Υ.Π.Α.) με την οποία έχουν πρόσβαση στις Δημόσιες Δομές Υγείας, ενώ παράλληλα δικαιούνται την πρόσβασή τους στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς της διαμονής τους στην Ελλάδα.

Με τον Νόμο 4389/2016 και την θέση σε ισχύ της υπ' αριθμ. Δ23/οικ. 30299/2377/1.7.2016 Κοινής Υπουργικής Απόφασης για τον «καθορισμό των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής της πρώτης φάσης του προγράμματος Κοινωνικού

Εισοδήματος Αλληλεγγύης» και βάσει του εισοδήματος, καθορίστηκε η ενίσχυση των ατόμων που διαβιούν κάτω από συνθήκες ακραίας φτώχειας, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών, που έχουν ενταχθεί στις δομές φιλοξενίας ή παραμένουν νόμιμα στην Ελλάδα.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το Νόμου 4052/2012 καθορίζεται ο ορισμός του αστέγου, ορίζοντας άστεγο ένα άτομο που διαμένει νόμιμα στην Ελλάδα και δεν έχει πρόσβαση ή έχει περιορισμένη πρόσβαση σε κατάλληλη κατοικία, η οποία πληροί συγκεκριμένες προδιαγραφές. Στους άστεγους περιλαμβάνονται οι μετανάστες, οι οποίοι φιλοξενούνται σε δομές, καθώς και όσοι φιλοξενούνται προσωπικά από ιδρύματα. Στο πλαίσιο αντιμετώπισης της ακραίας φτώχειας ο νόμος 4093/2012 τυποποίησε για πρώτη φορά τις ρυθμίσεις για την προστασία των ατόμων που διαβιούν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, όπως είναι και οι οικογένειες των μεταναστών.

3.2.4 Άτομα με ψυχικές παθήσεις

Οι θεωρητικοί ορισμοί των ψυχικών ασθενειών έχουν αλλάξει με την πάροδο των ετών, την ωρίμανση της κοινωνίας αλλά και ίδια την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Σε γενικές γραμμές, αυτό που ισχύει είναι, ότι ο όρος «ψυχική ασθένεια» αναφέρεται σε καταστάσεις που επηρεάζουν τη γνώση, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά (π.χ. σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, αυτισμός) των ατόμων. Οι επίσημοι κλινικοί ορισμοί περιλαμβάνουν πλέον περισσότερες πληροφορίες (δηλαδή, έχουμε περάσει από μια μερική σε μια πιο ολιστική προοπτική και έχουμε μεταβεί από την εστίαση στην ασθένεια σε μια εστίαση στην υγεία) (Manderscheid 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, η πολιτική για την ψυχική υγεία θα πρέπει να προάγει τα δικαιώματα των ασθενών, όπως η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών και η εξάλειψη διακρίσεων, το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής, η αυτονομία, η σωματική ακεραιότητα, το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής και άλλα (Simpson και συν. 2021).

Από την άλλη πλευρά, η νομική οριοθέτηση του όρου «άτομα με ψυχικές παθήσεις» επεκτείνεται στο σύνολο των νομικών πλαισίων, κανονισμών και πολιτικών που διέπουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις αυτών των ατόμων και ειδικότερα περιλαμβάνει τα δικαιώματα σε θέματα υγείας, απασχόλησης, στέγασης, και άλλες νομικές πτυχές που επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων με ψυχικές παθήσεις (Kremalis και Paparrigopoulou 2023)

Με το Νόμο 2716/1999 (ΦΕΚ Α' 96/17.5.1999)⁵ καθορίστηκαν οι γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, επισημάνθηκε η ανάγκη για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, καθορίστηκαν οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) και η λειτουργία τους. Κατόπιν, με μια σειρά τροποποιητικών διατάξεων νόμων που ακολούθησαν θεσμοθετήθηκε η ελληνική κοινωνική πολιτική για τα άτομα με ψυχικές παθήσεις. Ειδικότερα αναφέρονται :) ο Νόμος 2955/2001 (Α' 256), ο Νόμος 3329/2005 (Α' 81)⁶, ο Νόμος 4019/2011 (Α' 216), με τον οποίο άτομα που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας ή και ψυχική αναπηρία προστατεύονται καθώς

⁵Νόμος 2716/1999(ΦΕΚ Α' 96/17.5.1999): Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

⁶ Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ Α' 81/04.04.2005):Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.

η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από ψυχικά αίτια, ο Νόμος 4272/2014 (Α' 145) και ο Νόμος 4461/2017 (ΦΕΚ Α' 38)⁷.

⁷ Νόμος 4461/2017 (ΦΕΚ Α' 38/28-03-2017): Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις

Κεφάλαιο 4: Θεσμικό πλαίσιο

4.1 Διερεύνηση του θεσμικού πλαισίου για την πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας της Ελλάδας

Όταν η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παραμένει προνόμιο λίγων και δεν εξασφαλίζεται για όλους τότε το κοινωνικό κράτος πρόνοιας και η κοινωνική δικαιοσύνη φαίνεται να αντιμετωπίζει προβλήματα. Όπως αναλύθηκε ανωτέρω σε προηγούμενα κεφάλαια, λόγω της έλλειψης οικονομικών πόρων από άτομα, που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, που τους στερούν την πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, είναι αναγκαία η εμπλοκή του κράτους για τη δημιουργία δημόσιων δομών περίθαλψης (Powers και Faden 2006).

Είναι υποχρέωση του κοινωνικού κράτους να προάγει την ισότιμη πρόσβαση όλων των ατόμων στην υγειονομική περίθαλψη⁸. Διαφορετικά, η υγεία ως πολυτιμότερο και προστατευόμενο και συνταγματικώς αγαθό, κινδυνεύει να γίνει θέμα ιδιωτικής επιλογής, εξαρτώμενη από την ατομική οικονομική δυνατότητα του εκάστοτε πολίτη (Powers και Faden 2006).

Αυτή η σύνδεση της υγείας με την κοινωνική δικαιοσύνη και συνακόλουθα με το κοινωνικό κράτος πρόνοιας αναγνωρίζεται από τη Σύμβαση του Οβιέδο, η οποία κυρώθηκε από την ελληνική έννομη τάξη δυνάμει του ν. 2619/1998 (Α'132), η οποία καλεί τα κράτη να λάβουν μέτρα για τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη εντός των εδαφών τους, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τους πόρους που διαθέτουν (Semplici, 2017). Μόνο μέσα από αυτό το πλαίσιο μπορεί να εξασφαλιστεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Επίσης, η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 επιδιώκει την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους σε παγκόσμιο επίπεδο (Lewenson, 2015).

Ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων δηλώνει ότι *"κάθε άτομο έχει δικαίωμα σε καθολική, προσβάσιμη, οικονομικά προσιτή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη"* (Garben, 2019). Αυτή η αρχή εγείρει τον προβληματισμό ως προς την έννοια της καθολικότητας, καθώς αντί να εστιάζει στην ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, μετατοπίζει το θέμα στην έννοια της οικονομικά προσιτής

⁸Ολομ. ΣτΕ 3354/13

πρόσβασης. Έτσι, επιτρέπεται η συμμετοχή του αποδέκτη των υπηρεσιών στο κόστος, αλλά αυτή η συμμετοχή πρέπει να είναι προσιτή (δικαιολογείται μια λογική συμμετοχή του ασθενούς στα ιατρικά έξοδα). Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων όταν γίνεται συζήτηση για υγεία αυτή θα πρέπει να επικεντρώνεται στο πόσο προσιτή είναι η πρόσβαση σε αυτή από όλα τα μέλη του πληθυσμού (Sabatoka και Vanhercke 2017).

Στο Σύνταγμα της Ελλάδας (άρθρο 2 παρ. 1), επισημαίνεται η βασική υποχρέωση του κράτους αναφορικά με το σεβασμό και την προστασία της ανθρώπινης αξίας⁹. Ακολούθως, ο Νομοθέτης προχωρά στην καθιέρωση της αρχής της ισότητας και της απαγόρευσης των διακρίσεων (άρθρο 4 παρ. 1 και άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος). Με το άρθρο 5 παρ. 2¹⁰ και παρ. 5¹¹ του Συντάγματος, επισημαίνεται η αρχή της προστασίας της ζωής, της υγείας και της γενετικής ταυτότητας από βιοϊατρικές επεμβάσεις. Επιπρόσθετα, το άρθρο 21 του Συντάγματος εγγυάται την κοινωνική πρόνοια, δηλαδή το σύστημα που προσφέρει κοινωνική προστασία από τον κίνδυνο της φτώχειας και την κάλυψη των αναγκών ειδικών ομάδων του πληθυσμού (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη 2017).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, παρά την αρχική διακήρυξη της δωρεάν πρόσβασης, σταδιακά την περιόρισε μόνο στις επείγουσες περιπτώσεις. Το άρθρο 1 παράγραφος 2 του νόμου 1397/1983 καθόριζε ότι *«Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσω ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού»*.

Πρόσφατα πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες για να αποσαφηνιστεί ο ρόλος των δημοσίων και ιδιωτικών παρόχων υγείας, με τη διευκρίνιση των ρόλων του Εθνικού Συστήματος Υγείας ως παρόχου δημόσιων υπηρεσιών υγείας και των ασφαλιστικών

⁹ Σύνταγμα (άρθρο 2 παρ. 1): «Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας»

¹⁰ Σύνταγμα (άρθρο 5 παρ. 2): «Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο»

¹¹ Σύνταγμα (άρθρο 5 παρ. 5): «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων»

φορέων ως "αγοραστών" τέτοιων υπηρεσιών για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους (Ναούμ, 2020). Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, οι ασθενείς έχουν περισσότερες επιλογές πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, καθώς διασφαλίζεται η πρόσβαση τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο (Ν. 4368/2016) ορίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ανασφάλιστων στον τομέα της υγείας, στα οποία περιλαμβάνεται η πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας χωρίς την απαίτηση ασφάλισης. Όταν ένα άτομο χρειάζεται ιατρική περίθαλψη και δεν είναι ασφαλισμένο, μπορεί να απευθυνθεί σε δημόσιες υγειονομικές μονάδες όπου θα λάβει την απαραίτητη βοήθεια.

Επιπλέον, υπάρχουν ιδιωτικές φιλανθρωπικές οργανώσεις, ΜΚΟ και νοσοκομεία που παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε ανασφάλιστους ανθρώπους (Lewis, Κανίικαι Themudo, 2020). Εντούτοις, παρά τις νομικές διατάξεις και τις υπάρχουσες δομές, υφίστανται περιορισμοί και προκλήσεις στην πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας. Ορισμένοι ανασφάλιστοι μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση λόγω οικονομικών περιορισμών ή ελλιπούς ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματά τους (Economou και συν. 2014). Επιπλέον, η αποδοχή ή η άρνηση περαιτέρω ιατρικής περίθαλψης για ανασφάλιστα άτομα μπορεί να εξαρτάται από την πρακτική και τις πολιτικές επιλογές των δημόσιων και ιδιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών¹².

¹² Βουλή των Ελλήνων: Σύνταγμα της Ελλάδας <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/ToPolitevma/Syntagma>.

4.2 Η σημασία της περίθαλψης για τους ανασφάλιστους

Ο καθορισμός της υγειονομικής περίθαλψης των ανασφάλιστων ατόμων και δη των μεταναστών, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί βάσει νομοθεσίας για πληθώρα λόγους. Καταρχάς, η υγεία είναι ένα θεμελιώδες δικαίωμα και κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα στην πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών υγείας εν γένει, ανεξάρτητα από την οικονομική του κατάσταση. Οι ανασφάλιστοι άνθρωποι, δηλαδή αυτοί που δεν έχουν πρόσβαση σε ασφάλιση υγείας μέσω της εργασίας ή άλλων μέσων, είναι ευάλωτοι σε περισσότερους κινδύνους υγείας (Becker2004).

Επιπλέον, η παροχή υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης στους ανασφάλιστους δύναται να συμβάλει στην πρόληψη και την αντιμετώπιση χρόνιων νόσων προστατεύοντας τόσο την υγεία τους όσο και τη δημόσια υγεία γενικότερα. Η ύπαρξη νομοθεσίας, η οποία διασφαλίζει την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων, μπορεί να συμβάλει στη μείωση των δαπανών για την υγεία τους, καθώς η πρόληψη και η πρόσβαση είναι συχνά πιο οικονομικές επιλογές από τη θεραπεία προχωρημένων νόσων. Τέλος, η ύπαρξη νομοθεσίας, που προστατεύει την υγεία των ανασφάλιστων ατόμων, συμβάλει στην καταπολέμηση της κοινωνικής ανισότητας και της ανισότητας στην υγεία, προάγοντας με αυτό τον τρόπο ένα δίκαιο και ισότιμο κοινωνικό περιβάλλον (Karanikolos και Kentikelenis2016).

Η νομοθεσία για την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων ατόμων είναι ακόμα πιο σημαντική για την Ελλάδα λόγω των αυξημένων μεταναστευτικών ροών. Οι μεταναστευτικές ροές έχουν ως αποτέλεσμα την επέλευση μιας σειράς από προκλήσεις στον τομέα της υγείας, και η πρόσβαση των μεταναστών σε υγειονομική περίθαλψη αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα για τη διαχείριση αυτών των προκλήσεων. Ειδικότερα, ενδεικτικώς η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ανασφάλιστους μετανάστες βοηθά στην πρόληψη και την αντιμετώπιση νόσων που μπορεί να είναι μεταδοτικές και να επηρεάζουν τη δημόσια υγεία (Kaitelidou και συν.2020).

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων μεταναστών ενισχύει την κοινωνική συνοχή και συμβάλλει στην ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία. Όταν οι μετανάστες έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, αισθάνονται πιο ασφαλείς και ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία. Τέλος, η

υποστήριξη της υγείας των μεταναστών μέσω της νομοθεσίας για την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων ατόμων μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη ανθρωπιστικών κρίσεων και να ενισχύσει τη διεθνή εικόνα της Ελλάδας ως χώρας που σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ανθρωπιστική προσέγγιση στη μετανάστευση (Kaitelidou και συν., 2020).

Παράλληλα, η νομοθεσία για την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων ατόμων, τα οποία ανήκουν σε λοιπές ευπαθείς ομάδες, όπως άτομα με αναπηρίες, παιδιά, άνεργοι προάγει την υγεία, ως θεμελιώδες δικαίωμα όσων διαμένουν στη χώρα. Στην Ελλάδα ο πρώτος νόμος, βάσει του οποίου το ζήτημα της υγείας αντιμετωπίστηκε ως καθολικό δικαίωμα των διαμενόντων στην ελληνική επικράτεια, όπως έχει προαναφερθεί στην παρούσα, είναι ο νόμος Ν.1397/83.

4.3 Θεσμικό πλαίσιο για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες ομάδες

4.3.1 Νόμος 1397/83 (Α΄143): Εθνικό Σύστημα Υγείας

Με το νόμο Ν.1397/83 (Α΄ 143) ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), μια δημόσια αποκεντρωμένη υπηρεσία, με στόχο την προστασία ολόκληρου του πληθυσμού και τη δικαιότερη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών. Το δημόσιο σύστημα υγείας συνυπάρχει πλέον με τον ιδιωτικό τομέα, με τους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγείας να συνθέτουν τον τομέα της υγείας. Ωστόσο, πρέπει να εξασφαλίζεται ότι το ιδιωτικό σύστημα λειτουργεί ως συμπλήρωμα και όχι ως αντικατάσταση του δημόσιου συστήματος.

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, το ΕΣΥ έχει καθιερωθεί ως το κύριο μέσο για την υλοποίηση του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία (Ιοαννου 2019). Αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συστήματος που συνδυάζει τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους με στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος του κράτους, όσον αφορά στον ιδιωτικό τομέα, είναι ρυθμιστικός, εγγυητικός και συντονιστικός, προκειμένου να αποφευχθεί η ανεξέλεγκτη λειτουργία του στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, το κράτος συγκεντρώνει πόρους και οργανώνει τις υπηρεσίες υγείας ή αποκτά υπηρεσίες από ιδιωτικούς προμηθευτές μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, όπου οι όροι των συμβάσεων καθορίζονται μονομερώς από το δημόσιο (Siskou και συν. 2008).

Βάσει του άρθρου 15 παρ. 1 του Νόμου 1397/83 το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας προσφέρει ισότιμη πρόσβαση σε όλους τους πολίτες. Σύμφωνα με το νόμο, η ιατρική φροντίδα δε διαφοροποιείται ανάλογα με την οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Οι ιατροί πρέπει να προωθούν την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ισότιμη κατανομή των πόρων, αποφεύγοντας τη διακριτική μεταχείριση των πολιτών. Η διάταξη αυτή έχει μεγαλύτερη σημασία εντός ενός δημόσιου συστήματος υγείας, καθώς η πρόσβαση στον ιδιωτικό τομέα συνδέεται κυρίως με οικονομικούς περιορισμούς.

4.3.2 Ν.Δ. 57/1973: Η απαρχή του ελληνικού νομοθετικού πλαισίου για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες ομάδες

Το ν.δ. 57/1973 (Α' 149) συνιστά την απαρχή του ελληνικού νομοθετικού πλαισίου για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανασφάλιστων και των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού της ελληνικής επικράτειας. Συγκεκριμένα, η Κ.Υ.Α με αρ. πρωτ. 139491/16-11-2006 (Β' 1747) κάνει αναφορά στον συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο. Η εν λόγω Κ.Υ.Α επί της ουσίας καθόρισε ειδικές προϋποθέσεις και συγκεκριμένα κριτήρια και διαδικασίες για την πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ευάλωτων ομάδων στο σύστημα υγείας και για την κάλυψη των αναγκών τους σε σχέση με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Την άνω ΚΥΑ τροποποίησε η υπ' αριθμ. Π2α/ΓΠοικ/81851/2009 (Β' 1370).

Ωστόσο, λόγω του ότι με την έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα οι ανασφάλιστοι ανήλθαν στους 2,5 εκατ. εν έτη 2013 το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε να εφαρμόσει το πρόγραμμα «Εισιτήριο ελεύθερης πρόσβασης - HealthVoucher» που απευθυνόταν σε Έλληνες πολίτες (και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους) που είχαν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα. Με βάση τις αρχικές εκτιμήσεις το εν λόγω πρόγραμμα φιλοδοξούσε να καλύψει 230.000 ανασφάλιστους πολίτες υπάρχουν όμως αμφιβολίες για την επιτυχία του λόγω προγράμματος λόγω του ότι εκδόθηκε ένα μικρός αριθμός vouchers. Επιπλέον, ο σχεδιασμός του προγράμματος ίσχυε για μια πολύ μικρή χρονική περίοδο 2013-2014. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την έλλειψη κοινωνικής αλληλεγγύης του ελληνικού κράτους προς τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού σε μια περίοδο που είχαν περισσότερο από ποτέ ανάγκη την ασφαλιστική κάλυψη.

Εν έτει 2014 εκδίδονται δύο νέες Κ.Υ.Α, που είχαν ως σκοπό να συμπληρώσουν την Κ.Υ.Α του 2006. Ειδικότερα, με την Κ.Υ.Α. Υ4α/ΓΠ/οικ. 48985/03-06-2014 (Β' 1465) απέκτησαν δικαίωμα κάλυψης για νοσοκομειακή περίθαλψη πολίτες που θεωρούνταν οικονομικά αδύναμοι εξαιτίας απώλειας της ασφαλιστικής τους ικανότητας λόγω οφειλών. Στους δικαιούχους της εν λόγω Κ.Υ.Α περιλαμβάνονταν και πολίτες που έμεναν νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα αλλά δεν είχαν την δυνατότητα να εκδώσουν βιβλιάριο ανασφάλιστου. Με την δεύτερη Κ.Υ.Α ωστόσο με αρ. πρωτ. 56432/28-06-

2014 (Β' 1753) γίνεται αναφορά στο κόστος της παροχής της πρώτης Κ.Υ.Α. Συγκεκριμένα, το κόστος αυτός ορίζεται ότι δεν υπερβαίνει τα 340.000.000€. Το κόστος, όπως οριζόταν στην Κ.Υ.Α θα καλυπτόταν από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Παρόλο, που με τη δεύτερη Κ.Υ.Α αυτό που αναμενόταν ήταν η αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ανασφάλιστων, κάτι τέτοιο δεν μπορούμε να πούμε ότι επιτεύχθηκε, λόγω της πρόβλεψης που υπήρχε για την συμμετοχή των ανασφάλιστων στη φαρμακευτική δαπάνη με όρους ισοδύναμους με τους ασφαλισμένους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν δυσκολίες και εμπόδια στα άτομα με χαμηλό εισόδημα αναφορικά με την πρόσβαση στην αναγκαία φαρμακευτική περίθαλψη. Σε ένα δεύτερο επίπεδο λόγω του ότι το Υπουργείο Υγείας δεν είχε εκδώσει σαφείς οδηγίες δημιουργήθηκε ένα σύνολο από εμπόδια γραφειοκρατικού χαρακτήρα για τους ανασφάλιστους κάτι που δυσχέρανε ακόμα περισσότερο την πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη.

4.3.3 Νόμος 3918/2011: σύσταση ΕΟΠΠΥ και Υπουργική Απόφαση ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/ΦΕΚ Β 2315/1.10.2018

Με το Νόμο 3918/2011 (ΦΕΚ Α' 31/2-3- 2011) συστάθηκε ο ΕΟΠΠΥ που αποτέλεσε τον βασικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο του 2012. Πρωταρχική επιδίωξη του ΕΟΠΠΥ, που προέκυψε από τη συνένωση των ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ, δεν ήταν άλλη από τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία όλων των δικαιούχων. Σε αυτό το πλαίσιο θεσπίστηκαν κανόνες ποιότητας και παροχής υπηρεσιών. Ο ΕΟΠΠΥ κατάφερε σε ένα βαθμό να διορθώσει κάποια προβλήματα που ήταν συνδεδεμένα με τον κατακερματισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, δεν κατάφερε ποτέ να επιτελέσει το έργο του στο 100% καθότι οι μηχανισμοί διακυβέρνησης συνέχισαν να είναι πολύπλοκοι και υπήρχαν κρίσιμα κενά στην πρόληψη και την προώθηση της υγείας. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν από την μία η μη ύπαρξη σχετικής κατάρτισης του εργατικού δυναμικού και από την άλλη το χαμηλό επίπεδο υγειονομικής παιδείας (Κουλλιάς και συν. 2020). Με την Υπουργική Απόφαση του 2018 αυτό που επιδιώχθηκε είναι η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των δικαιούχων του ΕΟΠΠΥ σε υπηρεσίες υγείας για την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής τους. Οι παροχές υγείας, που προβλέπονται, είναι ποικίλης φύσης και μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται η νοσοκομειακή περίθαλψη, η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που περιλαμβάνει, η αποζημίωση θεραπευτικών και τεχνικών μέσων υγείας, κ.α. Με βάση την Υπουργική Απόφαση ο ΕΟΠΠΥ ορίζεται ότι πρέπει να συνάπτει συμβάσεις για την παροχή των οριζόμενων υπηρεσιών είτε με φυσικά είτε με νομικά πρόσωπα του χώρου της υγείας. Σε ένα δεύτερο επίπεδο η Υπουργική Απόφαση ορίζει με λεπτομέρεια τις προϋποθέσεις για τη σύναψη των εν λόγω συμβάσεων.

Ως δικαιούχοι ορίζονται: οι άμεσα ασφαλισμένοι, οι έμμεσα ασφαλισμένοι, καθώς και οι ανασφάλιστοι. Η Υπουργική Απόφαση προβλέπει τη συμμετοχή των δικαιούχων στις οικονομικές δαπάνες και ιδιαίτερα στη λήψη φαρμάκων και ειδικών θεραπειών, γεγονός, το οποίο για τους ανασφάλιστους και ιδία τους ανέργους, τους μετανάστες, τους άπορους αποδεικνύεται σημαντικό πρόβλημα, καθώς η οικονομική επιβάρυνση οποιασδήποτε μορφής προϋποθέτει την ύπαρξη κάποιου εισοδήματος.

4.4 Νόμος 4368/2016 (Άρθρο 33): Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων

Με τον ν. 4368/2016 και την υπ' αριθμ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 ΚΥΑ (Β' 908) «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας» για πρώτη φορά στη χώρα εξισώθηκαν τα δικαιώματα των ανασφάλιστων και των ασφαλισμένων στην ισότιμη πρόσβαση στην υγεία. Ο Ν.4368/2016 είχε σκοπό να επιταχύνει την πρόοδο στο ζήτημα της υγειονομικής κάλυψης ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Στο άρθρο 33 του νόμου καθορίζεται ότι τα άτομα που δεν έχουν κάλυψη ασφάλισης και ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως αυτά προσδιορίζονται στο άρθρο 2 του ίδιου νόμου, έχουν το δικαίωμα να επισκέπτονται τις Δημόσιες Δομές Υγείας και να λαμβάνουν νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

Η νοσηλευτική περίθαλψη παρέχεται μέσω των νοσοκομείων που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Υπουργείο Υγείας (Ν.Δ. 2592/1953), των Νοσοκομείων Ν.Π.Ι.Δ., των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Ν. 2716/1999), των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των νοσοκομείων που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, των Δημοτικών Ιατρείων, καθώς και μέσω των ιδρυμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Επιπρόσθετα, η διάθεση φαρμάκων γίνεται μέσω των ιδιωτικών φαρμακείων που έχουν συμβόλαιο με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Ωστόσο, φάρμακα υψηλού κόστους, που καλύπτονται από την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του νόμου 3816/2010, διατίθενται αποκλειστικά μέσω των φαρμακείων που βρίσκονται εντός των νοσοκομείων και του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Οι δικαιούχοι, βάσει του νόμου Ν.4368/2016, στην παράγραφο 2 του νόμου, ορίζονται:

α) Έλληνες πολίτες ή ομογενείς με καταγωγή από την Ελλάδα, που είναι ασφαλισμένοι έμμεσα ή άμεσα, καθώς και οι ομογενείς πολίτες τρίτων χωρών, συμπεριλαμβανομένων των πολιτών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχοντας

νόμιμα έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα, καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγοι και ανήλικα ή εξαρτώμενα παιδιά).

β) Άτομα, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στα Μητρώα των ασφαλιστικών ταμείων της Ελλάδας, καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγοι και ανήλικα ή εξαρτώμενα παιδιά), τα οποίοι έχουν χάσει την ασφάλισή τους λόγω χρεών και δεν έχουν δικαίωμα σε παροχές υγείας και

γ) Άτομα που ανήκουν σε μια από τις ακόλουθες κατηγορίες ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς τους και των εγγράφων που πιστοποιούν την παραμονή τους στη χώρα (ανήλικοι έως 18 ετών, εγκυμονούσες, άτομα με αναπηρία τα οποία διαμένουν σε εγκεκριμένες από το κράτος δομές, άτομα που διαμένουν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας βάσει του νόμου Ν. 2716/1999, άτομα που φιλοξενούνται σε εγκεκριμένες θεραπευτικές δομές (Ν. 4139/2013) ή αποτελούν εξωτερικούς ασθενείς αυτών, φυλακισμένοι, ανήλικοι κρατούμενοι και όσοι βρίσκονται υπό συνθήκες διοικητικής κράτησης ή παρέχουν κοινωφελή εργασία έναντι εκτέλεσης ποινής, άτομα με αναπηρία από 67% και άνω, τα οποία χρήζουν νοσηλείας και/η ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, άτομα, τα οποία δικαιούνται διεθνούς προστασίας, όπως οι πρόσφυγες.

Επιπλέον, τα δικαιώματα του άρθρου δύναται να απολαύσουν οι διαμένοντες στη χώρα για ανθρωπιστικούς ή άλλους σημαντικούς λόγους, όπως προβλέπεται από το άρθρο 28 του Π.Δ. 114/2010 (Α'195), από το νόμο Ν. 3386/2005 (Α'212) και το νόμο Ν. 4251/2014 (Α'80) ανεξαρτήτως αν κατέχουν άδεια παραμονής στη χώρα, οι αιτούντες ασύλου και οι οικογένειές τους, τα θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το π.δ. 233/2003 (Α'233), που είναι ανασφάλιστοι και για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής και αλλοδαποί που εμπίπτουν στις διατάξεις του ν. 3875/2010 (Α'158) «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος» και για όσο διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής.

Τέλος, δικαιούχοι των ρυθμίσεων του άρθρου είναι οι πολίτες τρίτων χωρών, κάτοχοι γραπτής βεβαίωσης απόφασης αναβολής απομάκρυνσης κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 24 του ν. 3907/2011 (Α'7).

Με το νόμο Ν. 4368/2016 τα δικαιώματα των ανασφάλιστων επεκτείνονται και καθορίζεται ότι δικαιούνται ό,τι ακριβώς και οι ασφαλισμένοι από τις δημόσιες δομές παροχής υγείας, εστιάζοντας καταρχάς στην ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δημόσιες δομές υγείας, μονάδες ψυχικής υγείας, δομές απεξάρτησης και πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Επιπλέον, όπως και οι ασφαλισμένοι πολίτες, οι ανασφάλιστοι βάσει του νόμου δικαιούνται, χωρίς να χρεωθούν, το σύνολο των νοσηλευτικών και διαγνωστικών πράξεων, τον προγραμματισμό τους σε χειρουργεία, συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας, όπως για παράδειγμα εμβολιασμούς, (π.χ. εμβολιασμοί), οδοντιατρική περίθαλψη, παροχές μαιευτικής περίθαλψης και προγραμματισμού τοκετών από τα Δημόσια Νοσοκομεία, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από τα ιδιωτικά και τα δημόσια φαρμακεία).

Σημαντικό τμήμα του ανασφάλιστου πληθυσμού δικαιούται μηδενική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ καταργήθηκε η συμμετοχή του 1€ ανά συνταγή για τους ανασφάλιστους που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, με το νόμο Ν.4368/2016 οι ανασφάλιστοι δικαιούνται παροχές σε φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες και πράξεις ειδικής αγωγής, χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων και αναλωσίμων υλικών.

Για να λάβουν οι δικαιούχοι τις υπηρεσίες που προβλέπονται από τη ρύθμιση του νόμου, απαιτείται να διαθέτουν Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), εκτός από τις περιπτώσεις που περιγράφονται στην κατηγορία (γ) της παραγράφου 2. Για αυτές τις περιπτώσεις, ο τρόπος εξασφάλισης της πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας καθορίζεται μέσω Κοινής Υπουργικής Απόφασης (Ν.4368/2016).

Οι προκύπτουσες δαπάνες από την εφαρμογή του νόμου, καλύπτονται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Με απόφαση των Υπουργών Υγείας, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οικονομικών, και οποιουδήποτε αρμόδιου Υπουργού σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την πρόσβαση και τη νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους φορείς που προβλέπονται στην παράγραφο 1, συμπεριλαμβανομένης της πιθανής οικονομικής συμμετοχής στο κόστος των φαρμάκων με βάση οικονομικά κριτήρια, τη διαδικασία διοικητικής

εκτέλεσης, την ακριβή παρακολούθηση μέσω ηλεκτρονικών Μητρώων, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια και απαιτούμενο θέμα για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου. Η επαλήθευση της ασφαλιστικής ικανότητας των δικαιούχων αυτής της ρύθμισης γίνεται μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης της Ιατροφαρμακευτικής Αλληλεγγύης Α.Ε. (Ν.4368/2016).

Η διάταξη αυτή ενοποίησε όλες τις ομάδες, που προηγουμένως βρίσκονταν εκτός του συστήματος προστασίας, όπως οι άνεργοι, οι ασφαλισμένοι με οφειλές στα ταμεία, οι μετανάστες και οι ευάλωτοι πολίτες. Η πιο σημαντική αλλαγή, που φιλοδοξούσε να επιφέρει το νέο αυτό θεσμικό πλαίσιο, είναι η ισότιμη πρόσβαση των ασφαλισμένων και των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας με την παροχή περίθαλψης σε όλους χωρίς να απαιτούνται οικονομικά κριτήρια.

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους άπορους ενσωματώνεται στην προαναφερθείσα κάλυψη των ανασφάλιστων. Το άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος προβλέπει την περίθαλψη των άπορων, χωρίς να ορίζει σαφώς τον όρο «άπορος». Η διάταξη αυτή θεμελιώνει αξίωση για τη δημιουργία και διατήρηση προνοιακών μηχανισμών για τους άπορους. Η χρήση του όρου «περίθαλψη» περιλαμβάνει κάθε αναγκαίο μέτρο για την προστασία της υγείας και δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε ιατρική περίθαλψη. Συγκεκριμένα, για τα άτομα που δεν έχουν ασφάλιση, η ιατρική φροντίδα παρέχεται μέσω δημόσιων δομών, όπως των νοσοκομείων, των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Υπουργείο Υγείας, των μονάδων ψυχικής υγείας, των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των νοσοκομείων που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, των δημοτικών ιατρείων, καθώς και μέσω των ιδρυμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης¹³. Ειδικά για τους μετανάστες, ο νόμος Ν.4251/14 (άρθρο 26 παρ. 1) προέβλεπε την ικανοποίηση του δικαιώματος πρόσβασης στην κοινωνική προστασία υπό την προϋπόθεση της νομίμου διαμονής.

¹³ ΓΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/2016, Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας

4.4.1 Υπουργική Απόφαση Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/2017 - ΦΕΚ 662/Β/2-3-2017

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση, που δημοσιεύτηκε το 2017 στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης, και είχε σκοπό να εξειδικεύσει, τις διατάξεις του νόμου 2016, ορίστηκε ότι σε κάθε νοσοκομείο της χώρας θα λειτουργεί Γραφείο Προστασίας των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας. Σύμφωνα με την αρχή της προσβασιμότητας κάθε Γραφείο Προστασίας των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας θα πρέπει να βρίσκεται σε χώρο νοσοκομείου που είναι εύκολα προσβάσιμο και θα πρέπει να εξυπηρετεί όλους τους πολίτες καθημερινά. Η απόφαση προβλέπει, ότι θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία του εκάστοτε γραφείου με κάθε υπηρεσία του νοσοκομείου (Εφημερίδα της Κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 662).

Στις βασικές αρμοδιότητες των γραφείων συγκαταλέγονται: η ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους και η διασφάλιση της προστασίας τους, η ενημέρωση των συγγενών των ανασφάλιστων και των συγγενών τους για τις διαδικασίες που διέπουν την κάλυψη σε επίπεδο υγειονομικής και φαρμακευτικής περίθαλψης και η συλλογή και παρακολούθηση διεκπεραίωσης καταγγελιών ή παραπόνων. Απώτερος στόχος των γραφείων είναι η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών και η προαγωγή της υγείας (Εφημερίδα της Κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 662).

Παρόλα αυτά οι Παπαγιάννη και συν. (2022) επιχειρώντας μια αξιολόγηση της λειτουργίας των γραφείων σε επίπεδο διαχείρισης παραπόνων και καταγγελιών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο υπάρχων μηχανισμός διαχείρισης των καταγγελιών παρουσιάζει πολλά προβλήματα κυρίως λόγω της πολυπλοκότητάς του. Οι ερευνητές αποδίδουν επίσης τα προβλήματα των γραφείων στις σύγχυση που προκαλούν οι συχνές νομοθετικές αλλαγές και στην μη ύπαρξη μιας συνεπούς και κατανοητής για όλους διαδικασίας για την διερεύνηση των παραπόνων και των καταγγελιών (Παπαγιάννη και συν., 2022). Σε αυτό το πλαίσιο, διαπιστώνεται, ότι τα γραφεία μέχρι και σήμερα δεν έχουν καταφέρει να εκπληρώσουν το ρόλο τους όσον αφορά στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Οι Παπαγιάννη και συν. (2022) προτείνουν ότι, προκειμένου, τα γραφεία να λειτουργήσουν αποτελεσματικά προς όφελος όλων των πολιτών χρειάζονται ένα συνεκτικό εγχειρίδιο διαχείρισης προκειμένου τα ελεγκτικά όργανα να διενεργούν ελέγχους αντικειμενικά και όχι με βάση την διακριτική τους ευχέρεια.

4.4.2 Κοινή Υπουργική Απόφαση 92805/2018 - ΦΕΚ 4079/Β/17-9-2018

Σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση, που εξεδόθη και δημοσιεύτηκε το 2018 και με βάση το άρθρο 106 του ν. 4461/2017 (ΦΕΚ 38 Α΄/28.3.2017), προβλέφθηκε η ισότιμη και καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις περιοχές λειτουργίας των ΤΟΜΥ. Η ίδρυση και ανάπτυξη των ΤΟΜΥ (ν. 4461/2017-ΦΕΚ 38 Α΄/28.3.2017), όπως επισημαίνεται στην άνω Κοινή Υπουργική Απόφαση, έχει ορισμένα σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η εισαγωγή διεπιστημονικών ομάδων και η παροχή υπηρεσιών κοντά στην κοινότητα, αλλά έχει επίσης ορισμένες αδυναμίες, όπως η ελλιπής ολοκλήρωση και η περιορισμένη διασυνδεσιμότητα που οδήγησε σε μέτρια πληθυσμιακή κάλυψη (Miloneros & Sakellariou, 2021).

Σύμφωνα με το άρθρο 5 της Υπουργικής Απόφασης, ως ωφελούμενοι ορίστηκαν τα άτομα που βρίσκονται υπό συνθήκες φτώχειας. Με το άνοιγμα 127 νέων μονάδων επιχειρήθηκε να επεκταθεί η πληθυσμιακή κάλυψη σε τοπικό επίπεδο, αλλά βελτιώθηκε η πρόσβαση μόνο για τους εγγεγραμμένους. Για να καλυφθεί το 85% του συνολικού πληθυσμού θα χρειαζόνταν περίπου 850-900 τέτοιες μονάδες. Επίσης, το δίκτυο ΤΟΜΥ είναι γεωγραφικά συγκεντρωμένο στην ηπειρωτική Ελλάδα, ενώ τα νησιά - με εξαίρεση την Κρήτη - καλύπτονται ελάχιστα. Η κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού θα απαιτούσε σημαντική αύξηση των γενικών ιατρών (Miloneros & Sakellariou, 2021).

4.4.3 Νόμος 4865/2021 (Άρθρο 38) Τροποποίηση της παρ. 1 του άρθρου 33 του ν. 4368/2016

Με το άρθρο 38 του Ν. 4865/2021 (Α' 238) «Σύσταση και οργάνωση του νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας», στρατηγική κεντρικών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πρόνοια», τροποποιήθηκε το άρθρο 33 του Ν.4368/2016 σχετικά με την υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, και παραχωρήθηκε το δικαίωμα για συνταγογράφηση φαρμάκων, θεραπευτικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες στους ιατρούς των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΠΕΔΥ, καθώς και στους απασχολούμενους στις δομές της παρ. 4 του άρθρου 8 του ν. 4375/2016 (Α' 51).

Επίσης, σύμφωνα με την τροποποίηση, τα νοσοκομεία είναι αρμόδια να παρέχουν νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους ανασφάλιστους και στις ευάλωτες ομάδες. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ορίστηκε ότι υπεύθυνα για την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης είναι τα ιδιωτικά φαρμακεία, που έχουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Η παροχή φαρμάκων υψηλού κόστους είναι αρμοδιότητα των νοσοκομείων και του ΕΟΠΠΥ.

Με το άρθρο 39 του νόμου τροποποιήθηκε η παρ. 1 του άρθρου 19 του ν. 1902/1990 (Α' 138) και ορίστηκε το ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής περίθαλψης στο 25% για τους ασφαλισμένους συνταξιούχους και τα μέλη των οικογενειών τους. Σύμφωνα με το νόμο, αυτό το ποσοστό μπορεί να μειωθεί κατά 10% ή ακόμα και να φτάσει στο 0%, όταν πρόκειται για φάρμακα θεραπείας χρόνιων και σοβαρών παθήσεων.

4.4.3.1 Υπουργική Απόφαση ΓΠ.οικ. 30268/2022 - ΦΕΚ 2673/Β/31-5-2022

Σύμφωνα με την Υ.Α. 30268/30-05-2022, από τις αρχές Ιουλίου 2022 σταματά να ισχύει η δυνατότητα συνταγογράφησης των ανασφάλιστων από ιδιώτες γιατρούς (άρθρο 38 του Ν.4865/2021) και ορίζονται οι εξαιρέσεις από τη νέα διάταξη. Ειδικότερα, βάσει της Υ.Α. 30268/30-05-2022, από την τροποποίηση της παραγράφου 1 του άρθρου 33 του Ν.4368/2016 (Α' 21) περί της υγειονομικής κάλυψης ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων με την παράγραφο 1 του άρθρου 38 του Ν.4865/2021 (Α' 238), δικαίωμα να συνταγογραφούν φάρμακα, θεραπευτικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις στους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν μόνο οι ιατροί των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας, καθώς και οι απασχολούμενοι στις δομές της παραγράφου 4 του άρθρου 8 του ν. 4375/2016 (Α' 51). Από τα καθοριζόμενα με την εν λόγω Υ.Α. εξαιρούνται ορισμένες κατηγορίες ανασφάλιστων πολιτών, ενώ παράλληλα επισημαίνονται τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, οι θεραπευτικές πράξεις και οι διαγνωστικές εξετάσεις, τα οποία εξαιρούνται επίσης. Συγκεκριμένα, από τις διατάξεις της Υ.Α. εξαιρούνται οι ανασφάλιστοι νέοι μέχρι την ηλικία των 18 ετών, οι ανασφάλιστοι ασθενείς με νοητική ή ψυχική αναπηρία, αυτισμό, σύνδρομο down, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη με ψυχωσικά συμπτώματα, εγκεφαλική παράλυση ή βαριές και πολλαπλές αναπηρίες, ακρωτηριασμένοι που λαμβάνουν το εξωϊδρυματικό επίδομα με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, όπως και όσοι έχουν πιστοποιημένη αναπηρία από ΚΕΠΑ 80% και άνω, για οποιαδήποτε πάθηση. Επιπλέον, εξαιρούνται από τη ρύθμιση την οποία επιφέρει η Υ.Α. οι ανασφάλιστοι ασθενείς με παθήσεις, που περιλαμβάνονται περιλαμβανόμενες στη ΔΥΓ3(α)/οικ. 104747/26-10-2012¹⁴. Επιπρόσθετα, στις ρυθμίσεις της Υ.Α. δε συμπεριλαμβάνεται η συνταγογράφηση των εμβολίων για όλους τους ανασφάλιστους πολίτες και επισημαίνεται ότι η συνταγογράφηση φαρμάκων, θεραπευτικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων θα γίνεται από όλους τους πιστοποιημένους στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.) ιατρούς.

4.4.4 Νόμος 5078 /2023 (Άρθρο 124): Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων -(Τροποποίηση παρ. 3 άρθρου 33 ν. 4368/2016)

Με το νόμο Ν. 5078/2023 (Α΄211) (άρθρο 124) καθορίστηκαν επιπρόσθετες ρυθμίσεις για την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων με την τροποποίηση της παρ. 3 του άρθρου 33 του Ν.4368/2016. Σύμφωνα με την τροποποίηση παρ. 3 του άρθρου 33 του Ν.4368/2016 προστίθεται η λέξη «ενεργός» πριν από τη λέξη ΑΜΚΑ και το άρθρο διαμορφώνεται ως εξής: *«οι δικαιούχοι παροχής υπηρεσιών πρέπει να είναι κάτοχοι ενεργού ΑΜΚΑ»*. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι κάτοχοι μη ενεργού ΑΜΚΑ θα επιβαρύνονται με σχετικές δαπάνες για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Εξαιρέση αποτελούν οι δικαιούχοι της περίπτωσης γ' της παραγράφου 2 για τους οποίους προβλέπεται η έκδοση ειδικής υπουργικής απόφασης για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

4.4.4.5 Νόμος 4753/2020 (Α΄ 227) άρθρο 47 και Νόμος 4683/2020 (Α΄ 38)

Με τον νόμο 4753/2020 ορίστηκαν προβλέψεις στο πλαίσιο της κρίσης της πανδημίας για τους ασθενείς που ανήκουν στις κατηγορίες των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων των παρ. 1 και 2 του άρθρου 33 του ν. 4368/2016. Στο πλαίσιο των προβλέψεων ορίζεται, ότι οι εν λόγω ασθενείς, που χρήζουν νοσηλείας, θα μπορούν να μετακινούνται σε ιδιωτικές δομές υγείας ανεξάρτητα από τη φύση της ασθένειάς τους. Όπως ορίζει ο νόμος οι δικαιούχοι για να ασκήσουν το δικαίωμά τους θα πρέπει να μπορούν να αποδείξουν ότι δεν μπορούν να νοσηλευτούν σε δημόσιες δομές υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας είναι αυτό που καθίσταται πλέον υπεύθυνο για την κάλυψη των όποιων έκτακτα των οικονομικών ενισχύσεων των δικαιούχων της διάταξης. Με τον Νόμο 4683/2020 δημοσιοποιούνται επιπλέον προβλέψεις για τους ανασφάλιστους στο πλαίσιο της πανδημίας. Οι εν λόγω προβλέψεις είχαν σα στόχο να ρυθμίσουν την πρόσβαση στην φαρμακευτική αγωγή των ευπαθών ομάδων μέσω της συνέχισης της χορήγησης των φαρμάκων τους. Σε αυτό το πλαίσιο προβλέφθηκε ότι ο ΕΟΠΠΥ είναι υπεύθυνος να αποστέλλει αυθημερόν την φαρμακευτική αγωγή στα φαρμακεία με συνεργαζόμενη εταιρεία ταχυμεταφορών της επιλογής του.

4.5 Νόμος 5082/2024 (Άρθρο 41): Ανασφάλιστοι νεφροπαθείς

Βασική επιδίωξη του νέου νόμου 5082/20 (Α'9) ήταν να ενισχύσει και να αναβαθμίσει το Εθνικό Σύστημα της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Ε.Σ.Ε.Ε.Κ.), που καθιερώθηκε με το άρθρο 1 του ν. 4763/2020 (Α' 254). Ο νόμος σκοπεύει να επιτύχει την βασική του επιδίωξη μέσω της ανάπτυξης συνεργασιών με επαγγελματίες εκπαίδευσης και κατάρτισης. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ο νόμος αποσκοπεί στην αναβάθμιση της συνέργειας μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων του Εθνικού Πλαισίου Προσόντων (Ε.Π.Π.) (άρθρο 1).

Με το άρθρο 41 του νέου νόμου καθορίστηκε η παράταση της δυνατότητας ένταξης άπορων και ανασφάλιστων ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου σε συμβεβλημένες με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας μονάδες αιμοκάθαρσης του ιδιωτικού τομέα, τροποποιώντας το άρθρο 66 του νόμου Ν.5079/2023 (υποπερίπτωση (αδ') της περίπτωσης (α) παρ. 1) και δόθηκε παράταση στις συμβάσεις Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου του προσωπικού των δομών ψυχικής υγείας των εποπτευόμενων φορέων του Υπουργείου Υγείας.

Ειδικά για τους νεφροπαθείς έχει προβλεφθεί δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Υπ. Αποφ. 7/οικ./1144/21-12-90, έγγραφο ΙΚΑ Γ55/99/30-4-92, Αριθμ.ΔΥΓ3(α) / οικ. 4146 αρ. φύλλου 43 Β' 15/01/2013), ενώ η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι δωρεάν εφόσον γίνεται σε κρατικά νοσοκομεία και συμβεβλημένα Κέντρα. Τα έξοδα αιμοκάθαρσης καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής αιμοκαθαίρεται σε κρατική ή ιδιωτική μονάδα τεχνητού νεφρού και ανεξάρτητα από τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο είναι ασφαλισμένος ο κάθε ασθενής. (ΦΕΚ 4898 Β' 1/11/2018), ενώ τα έξοδα μετακίνησης, αυτά καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ.

Όλοι οι νεφροπαθείς δικαιούνται διατροφικό επίδομα ύψους 362 ευρώ μηνιαίως το οποίο καταβάλλεται κατά περίπτωση ανά μήνα ή δίμηνο(ΦΕΚ Β' 1519/1.9.2008), ενώ οι έμμεσα ασφαλισμένοι καθώς και οι άποροι δικαιούνται επίσης προνοιακό επίδομα από τον ΟΠΕΚΑ.

4.6 Απόφαση 2021 (Εφημερίδα κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 238)

Με Απόφαση, που δημοσιεύτηκε το 2021 δημοσιοποιήθηκαν αλλαγές για το σύστημα προμηθειών υγείας και σε αυτό το πλαίσιο συστάθηκε η Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας με κύριες αρμοδιότητες το συντονισμό προμηθειών και τον έλεγχο των αναλώσιμων υλικών στον τομέα της υγείας σε επίπεδο δημόσιων νοσοκομείων (Εφημερίδα κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 238).

4.7 Απόφαση 2023 Εφημερίδα κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 211: νόμος 5078/20.12.2023

Οι περικοπές των συντάξεων, που έγιναν το 2010, λόγω της εισόδου της Ελλάδας στο μηχανισμό οικονομικής στήριξης επέφεραν κλονισμό της εμπιστοσύνης των Ελλήνων πολιτών απέναντι στο σύστημα ασφάλισης της χώρας. Με την πάροδο των ετών προκειμένου να μπορεί να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στις συντάξεις σε όλα τα άτομα και λόγω του δημογραφικού προβλήματος της χώρας ξεκίνησε να διαδίδεται η ιδέα των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης - TEA (Συμεωνίδης, 2020).

Με απόφαση, που δημοσιεύτηκε το 2023, επιχειρήθηκε να γίνει ενοποίηση του ρυθμιστικού πλαισίου για την οργάνωση, τη λειτουργία και την εποπτεία των δραστηριοτήτων των TEA. Απώτερος στόχος ήταν να γίνει ενίσχυση στο εισόδημα των μελλοντικών συνταξιούχων αλλά και να δημιουργηθεί σταδιακά μια κουλτούρα σε σχέση με την αποταμίευση στους Έλληνες ασφαλισμένους. Όπως αναφέρεται στην απόφαση του 2023 στην Εφημερίδα κυβέρνησης τα TEA έχουν κάποιες ελάχιστες προϋποθέσεις για τη συνταξιοδοτική παροχή. Αυτές οι προϋποθέσεις αναφέρονται στον κύριο φορέα ασφάλισης και την ηλικία συνταξιοδότησης (το όριο της ηλικίας υπόκειται σε αναδιαμορφώσεις λαμβάνοντας υπόψιν το πότε γίνεται η παροχή πλήρους σύνταξης από τον βασικό φορέα ασφάλισης).

Πρόσφατα, με τον νόμο 5078/20.12.2023 έγιναν κάποιες τροποποιήσεις στις διατάξεις. Συγκεκριμένα, έγινε προσαύξηση των συντελεστών κατά 50% στις περιπτώσεις, όπου οι δικαιούχοι εισπράττουν το ποσό εξαγοράς ασφαλιστηρίου συμβολαίου πρόωρα. Για τους δικαιούχους, που ασφαλίστηκαν σε ηλικία που ξεπερνά τα 55 έτη, προβλέφθηκε αύξηση των συντελεστών κατά 5%.

4.8 Κριτική νομοθεσίας για ανασφάλιστους και ευάλωτες ομάδες πληθυσμού: Κύρια προβλήματα που εμποδίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή των νόμων

4.8.1 Η μείωση της πρόσβασης στην περίθαλψη και της κάλυψης του πληθυσμού

Μέχρι την ολοκλήρωση της συγχώνευσης των ασφαλιστικών ταμείων στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ το 2014, η κάλυψη του πληθυσμού και η πρόσβαση στην περίθαλψη μειώθηκαν σημαντικά, ιδίως στις αστικές περιοχές, για δύο κύριους λόγους: α) απώλεια ασφαλιστικών δικαιωμάτων λόγω της αυξημένης ανεργίας (έως και 27,4%), και β) υπερβολική μείωση του ανθρώπινου δυναμικού λόγω της μετακίνησης των ιατρών στον ιδιωτικό τομέα ή στο εξωτερικό (Mylloneros και Sakelariou 2021).

Τα ευρήματα των Mylloneros και Sakelariou (2021) σχετικά με τη συρρίκνωση των δημόσιων δαπανών υγείας και τις επιπτώσεις της στην κάλυψη του πληθυσμού και την πρόσβαση στην περίθαλψη στην Ελλάδα φωτίζουν τις σημαντικές προκλήσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στις αστικές περιοχές. Η απώλεια ασφαλιστικών δικαιωμάτων λόγω της αυξημένης ανεργίας και η μείωση του ανθρώπινου δυναμικού στον δημόσιο τομέα φαίνεται ότι έχουν επιτείνει αυτές τις προκλήσεις, οδηγώντας σε μειωμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για πολλά άτομα.

Ειδικότερα, όπως εξηγούν οι ερευνητές, η συρρίκνωση των δημόσιων δαπανών υγείας οδήγησε στη μείωση του ανθρώπινου δυναμικού, των προμηθειών και των υπηρεσιών επιβαρύνοντας περαιτέρω τους ήδη περιορισμένους πόρους, μειώνοντας έτσι την πληθυσμιακή κάλυψη και οδηγώντας τους χρήστες των υπηρεσιών προς τον ιδιωτικό τομέα. Μια συνέπεια και ισχυρή ένδειξη των επακόλουθων κενών στην παροχή υπηρεσιών, ιδίως στις αστικές περιοχές, ήταν η ίδρυση αλληλέγγυων ιατρείων ΠΦΥ από τους πολίτες ως απάντηση στην αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας (Mylloneros και Sakelariou 2021).

Αυτές οι κλινικές παρέιχαν βασική πρωτοβάθμια και επείγουσα περίθαλψη, κυρίως σε άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων και των μεταναστών. Μια έρευνα, που διεξήχθη από τους Evlamidou και συν. (2019) μεταξύ 92 κλινικών αλληλεγγύης, ανέφερε αύξηση κατά 10% ή περισσότερο στον αριθμό των ασθενών που προσέρχονταν από το 2013 έως το 2014. Οι κλινικές αυτές έχουν

διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην παροχή βασικής πρωτοβάθμιας και επείγουσας περίθαλψης, ιδίως σε ευάλωτους πληθυσμούς, όπως αυτοί που δεν έχουν ασφάλιση υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων και των μεταναστών. Το γεγονός μάλιστα ότι οι κλινικές έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση του αριθμού των ασθενών αναδεικνύει την αυξανόμενη ανάγκη για προσβάσιμες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τους περιορισμούς του επίσημου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην ικανοποίηση αυτής της ζήτησης, παρά τις προσπάθειες του θεσμικού πλαισίου για ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

4.8.2 Οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις για την καθολική πρόσβαση στην υγεία στον απόηχο της οικονομικής κρίσης

Οι περικοπές και οι μεταρρυθμίσεις με γνώμονα τη λιτότητα έθεσαν υπό αμφισβήτηση τον καθολικό χαρακτήρα του συστήματος υγείας. Η εξίσωση των παροχών μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης συνοδεύτηκε από μια σημαντική αναθεώρηση του εύρους των δημόσιων παροχών. Αυτό μετατόπισε την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα και, σε συνδυασμό με σημαντικές ανισότητες στη γεωγραφική κατανομή των δημόσιων υγειονομικών εγκαταστάσεων, επηρέασε σημαντικά την προσβασιμότητα και την οικονομική προσιτότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Σημαντικό είναι, ότι οι συνθήκες κρίσης έφεραν στο προσκήνιο το σοβαρό πρόβλημα του ταχέως αυξανόμενου αριθμού ανασφάλιστων ατόμων (Petmesidou 2019). Σύμφωνα με εκτιμήσεις, που έδωσε ο ΕΟΠΥΥ το 2013, περίπου 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι στερούνταν υγειονομικής κάλυψης στην Ελλάδα. Αυτές οι εκτιμήσεις αναδεικνύουν τόσο τις σημαντικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όσο και την έκταση των ανισοτήτων πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των ατόμων του ελληνικού πληθυσμού.

Οι κατηγορίες των ατόμων, που εντοπίστηκαν από τον ΕΟΠΠΥ, να στερούνται υγειονομικής κάλυψης περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα ευάλωτων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των μακροχρόνια ανέργων και των εξαρτώμενων μελών τους, των ατόμων που αντιμετωπίζουν οικονομική δυσχέρεια λόγω πτώχευσης επιχειρήσεων και των νόμιμων ή παράνομων μεταναστών και προσφύγων. Οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, του νομικού καθεστώτος ή άλλων διαρθρωτικών παραγόντων (Petmesidou 2019).

Τα ευρήματα μιας μελέτης περίπτωσης, που διεξήγαγαν οι Grigorakis και συν. (2017), υποδηλώνουν τη σημαντική οικονομική πίεση, που αντιμετώπισαν τα ελληνικά νοικοκυριά κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, ιδίως στο πλαίσιο των μέτρων λιτότητας και των περικοπών στις δημόσιες παροχές.

Λόγω του ότι οι απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι ανελαστικές συνεπάγεται ότι τα άτομα συχνά αναγκάζονται να αναζητούν υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από τις αλλαγές στην οικονομική τους κατάσταση. Ωστόσο, όταν οι δημόσιες παροχές μειώνονται σημαντικά, όπως σημειώθηκε στην Ελλάδα, ακόμη και τα φτωχότερα νοικοκυριά αναγκάζονται να διαθέσουν μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός τους για την κάλυψη των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε δαπάνες υγείας, που υπερβαίνουν κατά πολύ το εισόδημα των ατόμων, ωθώντας τα σε οικονομική δυσχέρεια και αποκλεισμό από τις υπηρεσίες υγείας.

Η μελέτη περίπτωσης, που διεξήχθη από τους Grigorakis et al. (2017), παρέχει εμπειρικές αποδείξεις για τον επιβλαβή αντίκτυπο των υψηλών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στα άτομα που καλύπτονται από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το γεγονός ότι περίπου το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι επιβαρύνονται με δαπάνες που ξεπερνούν το 30% του μηνιαίου εισοδήματός τους για υγειονομική περίθαλψη αναδεικνύει τη σοβαρότητα της οικονομικής επιβάρυνσης που επιβάλλεται στα ελληνικά νοικοκυριά. Επιπλέον, η διαπίστωση ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων διακόπτει τη φαρμακευτική αγωγή ή μειώνει τις δόσεις εξαιτίας ανησυχιών για την οικονομική προσιτότητα υπογραμμίζει τις πιθανές συνέπειες για τα αποτελέσματα της υγείας, καθώς τα άτομα μπορεί να παραλείψουν μια αναγκαία θεραπεία ή να διακινδυνεύσουν την επιδείνωση των συνθηκών υγείας τους.

4.8.3 Η χρηματοδότηση ως πρόβλημα

Οι νέοι νόμοι για την υγεία (2016-2023) στην Ελλάδα είχαν ως σκοπό να συνεισφέρουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και στην πρόσβαση των ανασφάλιστων ατόμων σε αυτές. Σε αυτό το πλαίσιο έχουν προβλέψεις για ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας, που καλύπτουν τις βασικές ανάγκες υγείας των ανασφάλιστων ατόμων, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών εξετάσεων, φαρμάκων και επείγουσας περίθαλψης. Επιπλέον, είχαν σαν στόχο να δώσουν τη δυνατότητα στα ανασφάλιστα άτομα να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, είτε μέσω δημόσιων νοσοκομείων είτε μέσω ιδιωτικών κέντρων υγείας, με μειωμένη ή καθόλου οικονομική επιβάρυνση (Ναούμ 2020).

Ωστόσο, οι σημαντικές μεταρρυθμίσεις, που εισήγαγαν, δεν συνοδεύτηκαν από τις ανάλογες αυξήσεις στη χρηματοδότηση που είχε ανάγκη του εθνικό σύστημα υγείας της χώρας. Συνακόλουθα, όπως υποστηρίζουν οι Μαραγκάκη και συν. (2019), οι μεταρρυθμίσεις που δεν συνοδεύονται από επαρκή χρηματοδότηση, κινδυνεύουν είτε να έχουν ανεπαρκή αποτελεσματικότητα είτε να αποτύχουν.

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, αυτό μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα καθώς επηρεάζει την ποιότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών (Μαραγκάκη και συν. 2019), καθότι η επιτυχία των μεταρρυθμίσεων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ύπαρξη επαρκών πόρων για την αποτελεσματική εφαρμογή τους. Εάν το εθνικό σύστημα υγείας μιας χώρας δεν λάβει την απαραίτητη χρηματοδότηση για την υποστήριξη των αλλαγών, που επιτάσσει ένας νέος νόμος, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στη φροντίδα, σε επιβάρυνση των υφιστάμενων πόρων και, τελικά, σε μη εκπλήρωση των δικαιωμάτων των ασθενών (Μαραγκάκη και συν. 2019).

Σύμφωνα μάλιστα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του 2018, τονίζεται ότι οι μεταρρυθμίσεις, που εισήγαγε ο νόμος του 2016, λόγω της μη επαρκούς χρηματοδότησης του ΕΣΥ δεν κατάφεραν να αντιμετωπίσουν σχεδόν καθόλου τα προβλήματα που σχετίζονται με την πρόσβαση, την ισότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για όλες τις ομάδες του πληθυσμού.

Οι κύριες προκλήσεις του ΕΣΥ σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018) πέραν της υποχρηματοδότησης, που δυσχεραίνουν την επιτυχημένη εφαρμογή των όποιων μεταρρυθμίσεων, είναι: οι ελλείψεις προσωπικού και η άνιση γεωγραφική κατανομή των γιατρών και των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτό το πλαίσιο προτείνεται να αναληφθεί συντονισμένη δράση για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων προκειμένου να διαχειριστούν αποτελεσματικά οι ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και η διασφάλιση της επαρκούς ποιότητας της παροχής υπηρεσιών (European Commission 2018).

Η νέα νομοθεσία επιφυλάσσει προκλήσεις και περιορισμούς, δεδομένου ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τα ανασφάλιστα άτομα, πολλές φορές δεν είναι άμεση, καθώς απαιτείται η αναμονή σε μακροσκελείς λίστες προκειμένου κάποιος να απευθυνθεί στο γιατρό, να εξεταστεί ή να συνταγογραφήσει φάρμακα (Philalithis 2020). Επιπρόσθετα, παρά τις προσπάθειες για μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης, ορισμένες δαπάνες υγείας όπως τα φάρμακα ή οι εξετάσεις εξακολουθούν να αποτελούν φραγμούς για τα ανασφάλιστα άτομα, ειδικά όταν αυτά δε διαθέτουν επαρκές εισόδημα.

Μέχρι σήμερα το κυριότερο πρόβλημα, το οποίο απασχολεί τους εκατοντάδες χιλιάδες ανασφάλιστους στην Ελλάδα, είναι η ιδιωτικοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το δικαίωμα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και το δικαίωμα για διαθεσιμότητα των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας φαίνεται να μην ικανοποιούνται πλήρως με τη νέα τάση πραγμάτων, η οποία προάγει την ιδιωτικοποίηση, γεγονός, το οποίο αναμένεται να πλήξει τα ευάλωτα και άπορα άτομα του πληθυσμού της χώρας.

Η έννοια της ιδιωτικοποίησης στον τομέα της υγείας σχετίζεται τόσο με την αναγκαστική επιλογή των πολιτών να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα όταν οι δημόσιες δομές υγείας δεν δύναται να παρέχουν αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας, όσο και με το θεσμό της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών (Biginas & Sindakis, 2015).

Τα δημοσιονομικά προβλήματα, τα οποία αντιμετωπίζει η χώρα και έχουν αντίκτυπο στις δαπάνες για την υγεία, θεωρείται ότι δύναται να επιλυθούν μερικώς με τη συμμετοχή των πολιτών στο συνολικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών ή φαρμάκων. Αδιαμφισβήτητα, το μέτρο αυτό είναι δυνατόν να εξυπηρετήσει το δημόσιο

συμφέρον και να περιορίσει τις εισφορές των ασφαλιστικών φορέων και τις φαρμακευτικές δαπάνες για την υγεία, διατηρώντας βιώσιμο τον ΕΟΠΥΥ.

Οι πολίτες, προκειμένου να εξυπηρετηθούν πιο άμεσα για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, θα πρέπει να καταβάλουν κάποιο ποσό, γεγονός το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τη δωρεάν δημόσια υγεία και το δικαίωμα της ισότητας όλων των Ελλήνων πολιτών και των διαμενόντων στην ελληνική επικράτεια αναφορικά με τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Είναι προφανές, ότι τα ανασφάλιστα άτομα και ιδιαίτερα τα άπορα άτομα δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν ώστε να επωφεληθούν των διευκολύνσεων που παρέχονται από το θεσμό των απογευματινών ιατρείων με κάποια οικονομική επιβάρυνση¹⁵.

¹⁵Ε.Ι.Ν.Α. (2022). ΓΙΑ ΤΟ «ΝΕΟ ΕΣΥ». 13 Μαρτίου 2022. <https://eina.gr/neo-esy/>

4.8.4 Η δυσκολία οριοθέτησης της έννοιας των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού ως πρόβλημα

Σύμφωνα με τον Απίστουλα και Νίκου (2021) ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του ελληνικού θεσμικού πλαισίου σχετίζεται με την μη δυνατότητα εφαρμογής κριτηρίων, που είναι κοινώς αποδεκτά εντός του ελληνικού συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, για τον ορισμό της έννοιας των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα στη διαφοροποίηση όσον αφορά στον ορισμό του όρου τόσο ανάλογα με την εκάστοτε δημόσια πολιτική όσο και ανάλογα με το εκάστοτε νομοθέτημα. Ως εκ τούτου, διαπιστώνεται ότι οι διαδικασίες, που ακολουθούνται για την εξειδίκευση του όρου «ευάλωτες ομάδες πληθυσμού», από το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο, να παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις με βάση τις εθνικές προτεραιότητες σε επίπεδο κοινωνικής ένταξης και κοινωνικών πολιτικών (Απίστουλας & Νίκου 2021).

Η ασυνέπεια στον ορισμό των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού εντός του ελληνικού θεσμικού πλαισίου, όπως επισημαίνουν οι Απίστους και Νίκου (2021), μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα των κοινωνικών πολιτικών και των προσπαθειών ένταξης των ευάλωτων ομάδων στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας.

Σε ένα πρώτο επίπεδο, η έλλειψη ενός τυποποιημένου ορισμού μπορεί να οδηγήσει σε ασάφεια και σύγχυση κατά την εφαρμογή της εκάστοτε πολιτικής. Χωρίς σαφή κριτήρια για τον προσδιορισμό των ευάλωτων ομάδων, μπορεί να υπάρξουν ασυνέπειες στη στόχευση των πόρων και των υπηρεσιών υποστήριξης σε εκείνους που τις χρειάζονται περισσότερο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματικότητα, με τους πόρους να κατανέμονται ενδεχομένως λανθασμένα ή να μην επαρκούν για την αντιμετώπιση των αναγκών συγκεκριμένων ευάλωτων πληθυσμών (Απίστουλας & Νίκου 2021).

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, οι διαφορετικοί ορισμοί στις πολιτικές και τη νομοθεσία μπορεί να συμβάλουν στον κατακερματισμό του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Διαφορετικές κυβερνητικές μπορεί να λειτουργούν με διαφορετικές αντιλήψεις για την ευαλωτότητα, οδηγώντας σε ασύνδετες προσπάθειες και επικαλυπτόμενες πρωτοβουλίες. Αυτό μπορεί να εμποδίσει τον συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ

των ενδιαφερομένων, μειώνοντας τον συνολικό αντίκτυπο των κοινωνικών πολιτικών στους ευάλωτους πληθυσμούς (Απίστουλας & Νίκου 2021).

Τέλος, η διαφοροποίηση στον ορισμό της ευπάθειας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ορισμένες ομάδες να παραμελούνται, να μην εξυπηρετούνται επαρκώς και εν τέλει να περιθωριοποιούνται. Συγκεκριμένα, εάν στον ορισμό της έννοιας «ευάλωτες ομάδες πληθυσμού» δίνεται έμφαση σε ορισμένα κριτήρια έναντι άλλων, αυτό μπορεί να αποκλείσει ορισμένες περιθωριοποιημένες ή μειονεκτούσες ομάδες από τη λήψη της απαραίτητης στήριξης. Αυτό επιδεινώνει τις ανισότητες και διαιωνίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό, υπονομεύοντας τους πρωταρχικούς στόχους των πολιτικών κοινωνικής ένταξης (Απίστουλας & Νίκου 2021).

Συνοψίζοντας, η έλλειψη συνέπειας όσον αφορά στον ορισμό των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού εντός του ελληνικού θεσμικού πλαισίου θέτει προκλήσεις για τη συνοχή των πολιτικών, την κατανομή των πόρων και τη ισότιμη πρόσβαση στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος απαιτεί την καθιέρωση σαφών και συνεπών κριτηρίων για τον προσδιορισμό της ευαλωτότητας σε όλες τις πολιτικές και τη νομοθεσία, διασφαλίζοντας ότι οι πόροι παρέχονται αποτελεσματικά στοχευμένα και ότι καμία ευάλωτη ομάδα δεν περιθωριοποιείται από τις προβλέψεις των νόμων.

4.8.5 Η διαφοροποίηση της δομής του συστήματος υγείας για τους πρόσφυγες ως πρόβλημα

Η ένταξη των προσφύγων στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη λόγω διαφοροποίησης της δομής του συστήματος υγείας μεταξύ των χωρών προέλευσης, προορισμού και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Κάτι τέτοιο καθιστά αναποτελεσματική την εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου για την ισότιμη πρόσβαση στην υγεία.

Ωστόσο, εκτός του προσφυγικού πλαισίου στην Ελλάδα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι συχνά ιδιωτικοποιημένη και/ή νοσοκομειακή και διαφέρει πολύ από το μοντέλο της γενικής ιατρικής σε άλλες χώρες της Ευρώπης, παρόλο που νέες πολιτικές για την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα δρομολογούνται σε συνεργασία με τον ΠΟΥ. Ως αποτέλεσμα, η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις κρατικές υπηρεσίες επηρεάζεται από πολιτικές, πολιτιστικές, οικονομικές και υλικοτεχνικές συνιστώσες με αρνητικό αντίκτυπο για τους μετανάστες όσον αφορά στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Gunst και συν. 2019).

Στις περιοχές όπου η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων καλύπτεται επαρκώς από το ελληνικό σύστημα υγείας, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη προσαρμοσμένων υπηρεσιών που να λαμβάνουν υπόψη τους πολιτισμικούς και γλωσσικούς φραγμούς (αυτό ισχύει ιδιαίτερα και για τους πρόσφυγες στα αστικά κέντρα). Η παροχή υπηρεσιών περιπλέκεται ακόμη περισσότερο από τις ασυνεπείς οργανωτικές δομές, όπου ορισμένα υπουργεία μοιράζονται την ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων. Μόνο αν εξορθολογιστούν οι δομές αυτές μπορούν να μειωθούν οι διαφορές μεταξύ των κυβερνητικών φορέων που είναι υπεύθυνοι για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε διαφορετικές τοποθεσίες (Gunst και συν. 2019). Η σχετική νομοθεσία και οι κανονισμοί παρουσιάζουν ποικιλομορφία και σημαντικές διαφοροποιήσεις σε περιφερειακό επίπεδο, που εντείνονται, όταν εξετάζονται τα κέντρα υποδοχής στην ηπειρωτική χώρα και εκείνα στα απομακρυσμένα νησιά (Gunst και συν. 2019).

Συμπερασματικά μπορεί να διατυπωθεί ο ισχυρισμός ότι οι πολυπλοκότητες, που περιβάλλουν την ένταξη των προσφύγων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην

Ελλάδα, αναδεικνύουν τις πολύπλευρες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι προκλήσεις αυτές απορρέουν από τις διαφορές στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών προέλευσης, προορισμού και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και από διαρθρωτικά και οργανωτικά ζητήματα εντός του ίδιου του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η ιδιωτικοποίηση και ο νοσοκομειακός χαρακτήρας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα επιδεινώνουν περαιτέρω τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες στην πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι κατακερματισμένες οργανωτικές δομές, που είναι υπεύθυνες για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πρόσφυγες συμβάλλουν στην αύξηση της αναποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών.

4.8.6 Τα προβλήματα που έθεσαν οι προκλήσεις της πανδημίας στο θεσμικό πλαίσιο

Οι παρατηρούμενες μειώσεις στις εισαγωγές στα νοσοκομεία, τις ενδονοσοκομειακές χειρουργικές επεμβάσεις και τις επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τους πρώτους 9 μήνες της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα, όπως επισημαίνεται από την αναδρομική ανάλυση των Apostolopoulos και συν. (2023), υπογραμμίζουν τις σημαντικές διαταραχές που προκάλεσε η πανδημία στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Apostolopoulos και συν. 2023).

Η μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία υποδηλώνει, ότι τα άτομα μπορεί να διστάζουν να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη την περίοδο της κρίσης ή να έχουν πρόσβαση σε νοσοκομειακές υπηρεσίες λόγω ανησυχιών σχετικά με τη μόλυνση με COVID-19. Αυτή η τάση θα μπορούσε να έχει σοβαρές επιπτώσεις για άτομα με χρόνιες ή οξείες παθήσεις υγείας που μπορεί να απαιτούν έγκαιρη ιατρική φροντίδα και παρέμβαση. Οι καθυστερημένες εισαγωγές στο νοσοκομείο θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε επιδείνωση των αποτελεσμάτων της υγείας και σε αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας για ορισμένους πληθυσμούς ασθενών (Apostolopoulos και συν. 2023).

Επίσης, εν μέσω της πανδημίας παρατηρήθηκε ότι οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης έδωσαν προτεραιότητα όσον αφορά στην κατανομή των πόρων υγείας στην διαχείριση κρουσμάτων COVID-19, με αποτέλεσμα την αναβολή ή την ακύρωση προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων. Αυτό είχε αρνητικές συνέπειες για ασθενείς που περίμεναν χειρουργική θεραπεία για διάφορες ιατρικές παθήσεις, οδηγώντας δυνητικά σε παρατεταμένη ταλαιπωρία, μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης μακροπρόθεσμα (Apostolopoulos και συν. 2023).

Η σημαντική μείωση των επισκέψεων, που παρατηρήθηκε στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι επίσης ανησυχητική, καθώς υποδηλώνει μειωμένη πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε κοινοτικό επίπεδο. Στην εργασία έχει τονιστεί ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη παίζει κρίσιμο ρόλο στην πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή της υγείας και τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων.

Οι παρατηρούμενες μειώσεις στα ποσοστά χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα, όπως ανέδειξε η έρευνα των Apostolopoulos και συν. (2023) εγείρουν ανησυχίες για την όξυνση των ανισοτήτων και των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Πρώτον, οι περιθωριοποιημένοι και ευάλωτοι πληθυσμοί, όπως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, οι εθνικές μειονότητες και οι μετανάστες χωρίς έγγραφα, αντιμετώπισαν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, τα άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες ή αγροτικές περιοχές αντιμετώπισαν επίσης προκλήσεις στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω γεωγραφικών φραγμών και περιορισμένων υποδομών.

Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση και σε αυτό το πλαίσιο οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στις ανάγκες των περιθωριοποιημένων και ευάλωτων πληθυσμών για να εξασφαλίσουν δίκαιη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας η Ελλάδα εισήγαγε συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, οι οποίες επέτρεψαν την αγορά υπηρεσιών ΜΕΘ από τον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών λόγω των νοσηλειών από COVID-19 (Apostolopoulos και συν. 2023). Κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας, η Ελλάδα χρησιμοποίησε μόνο το ένα τρίτο των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ, αλλά στο δεύτερο κύμα, τα ποσοστά πληρότητας αυξήθηκαν σημαντικά και, σε ορισμένες περιοχές, ξεπέρασαν ακόμη και το 100%. Το ποσοστό πληρότητας των κλινών θεραπευτικής αγωγής στην Ελλάδα πριν από την πανδημία (2018) ήταν 58,2%, ποσοστό χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 73,5% για το ίδιο έτος. Οι νοσοκομειακές κλίνες έχουν κατανεμηθεί άνισα στις περιφέρειες της χώρας και είναι ιδιαίτερα συγκεντρωμένες στις αστικές περιοχές και τις μεγάλες πόλεις. Όπως αναφέρουν οι Apostolopoulos και συν. (2023) υπάρχει τριπλάσια διαφορά μεταξύ του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών στη μητροπολιτική Αττική και στην αγροτική κεντρική Ελλάδα.

Κεφάλαιο 5: Στατιστικά υγείας-εργασίας για ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

5.1 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανασφάλιστων ανά ΥΠΕ

Στους πίνακες 1 και 2 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανασφάλιστων για την χρονική περίοδο 2012-2015 (πίνακας 1) και 2016-2020 (πίνακας 2). Για την περίοδο 2012-2015 μεγάλη αύξηση εντοπίζεται στην 1^η ΥΠΕ, που είναι και η περιφέρεια με τα περισσότερα νοσοκομεία. Σημαντικά μεγάλες αυξήσεις παρατηρούνται επίσης και στην 2^η, 3^η και 4^η ΥΠΕ. Ενώ για την περίοδο 2016-2020 καταδεικνύονται σημαντικές μειώσεις στις τιμολογήσεις νοσηλίων στην 1^η, 2^η και 5^η ΥΠΕ και αρκετά σημαντικές αυξήσεις στις άλλες ΥΠΕ.

Πίνακας 1. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
1η Υ.Πε.	30.694.484	37.849.934	48.155.566	43.903.968
2η Υ.Πε.	19.696.049	25.734.190	29.395.549	32.743.040
3η Υ.Πε.	8.586.550	12.805.419	16.401.643	17.151.341
4η Υ.Πε.	11.034.129	11.459.053	13.213.862	17.004.699
5η Υ.Πε.	7.597.478	9.178.442	7.974.401	8.707.231
6η Υ.Πε.	21.476.511	11.942.855	15.020.940	20.642.194
7η Υ.Πε.	4.106.312	5.694.020	9.244.611	6.523.393
Σύνολο:	€ 103.191.513	€ 114.663.913	€ 139.406.572	€ 146.675.866

Πίνακας 2. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020
1η Υ.Πε.	47.242.946	39.938.615	41.406.068	43.225.856	28.812.317
2η Υ.Πε.	29.655.503	27.127.002	19.831.934	23.876.203	15.324.121
3η Υ.Πε.	20.139.529	15.312.874	22.506.542	29.337.132	24.936.970
4η Υ.Πε.	16.463.610	33.069.036	41.683.359	52.129.473	52.834.352
5η Υ.Πε.	14.447.355	10.526.043	11.380.697	11.991.593	9.594.749
6η Υ.Πε.	28.682.802	15.413.982	26.377.499	40.586.168	36.048.522
7η Υ.Πε.	8.888.109	10.093.786	12.116.825	28.635.563	23.866.812
Σύνολο:	€ 165.519.854	€ 152.889.777	€ 177.546.271	€ 245.207.772	€ 201.692.361

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται ο αριθμός νοσηλευθέντων ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια και ανά κατηγορία για τα έτη 2012-2020. Σε όλες τις ΥΠΕ παρατηρείται σημαντική αύξηση των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων. Οι αυξήσεις ενώ υπάρχουν σε όλα τα έτη (2012-2020) γίνονται πιο έντονες κυρίως από το 2017 και μετά.

Ενδεικτικά, για τα έτη 2012-2020 παρατηρείται σημαντική αύξηση των Ελλήνων ανασφάλιστων για την 1^η ΥΠΕ από 5,209 σε 48,171. Το ίδιο ισχύει και για τους ανασφάλιστους πολίτες εκτός χωρών ΕΕ που αυξήθηκαν από 2,324 σε 11,044. Για την 2^η ΥΠΕ οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες αυξήθηκαν από 9,016 σε 35,325 ενώ οι ανασφάλιστοι πολίτες εκτός χωρών της ΕΕ αυξήθηκαν από 589 σε 5,578. Στην 7^η ΥΠΕ οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες αυξήθηκαν από 719 σε 60,599 για την υπό εξέταση περίοδο 2012-2020.

Γενικότερα, για όλα τα έτη και όλες τις ΥΠΕ παρατηρείται μείωση των ανασφάλιστων απόρων. Ενδεικτικά, στην 1^η ΥΠΕ οι ανασφάλιστοι άποροι μειώθηκαν από 16,908 σε 1,233. Αυτή η μείωση στους ανασφάλιστους απόρους μπορεί να αποδοθεί στο νέο πλαίσιο που διαμορφώθηκε με τον ν. 4368/2016 με βάση τον οποίο οι άποροι καταγράφονται ως ανασφάλιστοι στο σύστημα BI (business intelligence) του Υπουργείου Υγείας.

Τα δεδομένα αφορούν όλες τις υγειονομικές περιφέρειες. Αυτό σημαίνει ότι το θέμα των ανασφάλιστων είναι ευρέως διαδεδομένο και δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες περιοχές. Ωστόσο, παρατηρούνται κάποιες διακυμάνσεις ως προς τους ανασφάλιστους αλλοδαπούς.

Από τα δεδομένα δεν εξάγεται ευχερώς συμπέρασμα για τους λόγους της ραγδαίας αύξησης των ανασφάλιστων. Αλλά αυτή, θα μπορούσε να οφείλεται σε παράγοντες όπως η οικονομική κρίση, που οδήγησε σε απώλεια ασφαλιστικής ικανότητας, και η κρίση της πανδημίας. Η αύξηση των μεταναστευτικών ροών προς την Ελλάδα τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ενδέχεται να είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αιτιολογήσει την αύξηση των ανασφάλιστων στην κατηγορία «πολίτες εκτός της ΕΕ». Αναφορικά με τη μείωση των άπορων ανασφάλιστων ενδέχεται να οφείλεται σε κυβερνητικά προγράμματα ή πολιτικές.

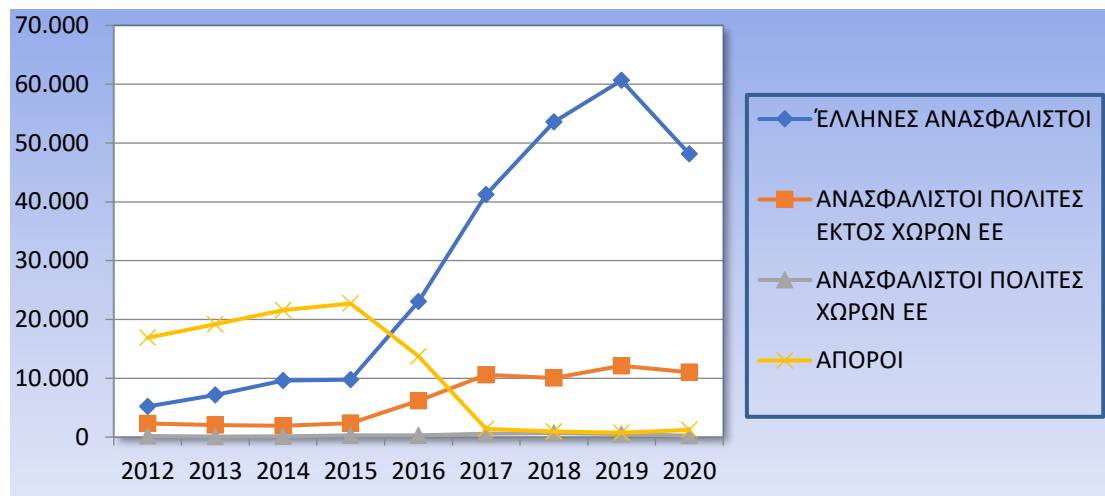
Σε ένα δεύτερο επίπεδο είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι οι ανισότητες στην υγεία εμφανίζονται συχνά σε ομάδες ατόμων με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και

τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα είναι πιο πιθανό να είναι ανασφάλιστα. Η σημαντική αύξηση των ανασφάλιστων ασθενών, ιδιαίτερα μετά την οικονομική κρίση του 2008, υποδηλώνει ενδεχόμενη διεύρυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Για να κατανοήσουμε καλύτερα τις ανισότητες στην υγεία, θα ήταν χρήσιμες πρόσθετες πληροφορίες, όπως τα αποτελέσματα υγείας ανά επίπεδο εισοδήματος. Οι σημαντικές αυξήσεις των ανασφάλιστων, υποδηλώνουν εν μέρει την έλλειψη αποτελεσματικότητας των πολιτικών και των θεσμικών ρυθμίσεων και ως εκ τούτου απαιτούν προσοχή και παρεμβάσεις πολιτικής για την αντιμετώπιση των κενών στην κάλυψη και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Πίνακας 3. Αριθμός ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια 2012-2020

Υγειονομική Περιφέρεια	Υπηρεσία	Έτος	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΥΠΕ1	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	5.209	7.149	9.607	9.792	23.033	41.207	53.586	60.643	48.171
ΥΠΕ1	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	2.324	2.014	1.923	2.339	6.195	10.569	10.024	12.129	11.044
ΥΠΕ1	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	163	89	127	290	312	589	659	507	229
ΥΠΕ1	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΠΟΡΟΙ	16.908	19.204	21.571	22.713	13.730	1.400	942	744	1.233
ΥΠΕ2	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	9.016	11.863	17.249	9.567	17.861	28.108	32.287	36.613	35.325
ΥΠΕ2	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	589	520	649	1.740	3.371	3.881	4.496	6.291	5.578
ΥΠΕ2	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	711	57	219	668	1.002	1.973	766	458	346
ΥΠΕ2	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΠΟΡΟΙ	14.177	16.337	17.247	18.211	12.922	4.014	1.032	780	518
ΥΠΕ3	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	4.465	5.494	6.394	4.925	4.577	14.286	22.482	28.251	23.101
ΥΠΕ3	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	326	555	583	541	1.430	1.582	2.190	2.372	2.120
ΥΠΕ3	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	44	210	648	239	180	46	54	51	40
ΥΠΕ3	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΠΟΡΟΙ	8.444	9.295	10.298	9.463	9.958	4.014	3.536	3.239	3.587
ΥΠΕ4	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	1.989	1.829	2.572	2.987	10.954	25.447	33.632	46.491	36.424
ΥΠΕ4	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	384	341	561	446	997	1.095	863	1.371	2.181
ΥΠΕ4	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	0	52	7	22	95	158	64	155	118
ΥΠΕ4	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΠΟΡΟΙ	10.398	11.412	12.655	12.567	7.979	349	31	68	49
ΥΠΕ5	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	1.676	3.717	4.862	5.744	13.778	20.025	25.266	29.746	23.561
ΥΠΕ5	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	151	179	165	198	763	1.470	1.505	1.853	1.593
ΥΠΕ5	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	9	22	15	23	280	42	76	162	214
ΥΠΕ5	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΠΟΡΟΙ	5.868	6.463	6.960	7.037	5.539	867	264	350	286
ΥΠΕ6	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	3.595	5.339	5.250	5.757	16.448	31.752	36.490	40.930	33.233
ΥΠΕ6	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	736	1.256	784	718	1.248	2.172	2.954	3.632	2.915
ΥΠΕ6	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	324	838	446	421	740	1.014	1.160	989	983
ΥΠΕ6	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΠΟΡΟΙ	10.499	12.492	12.527	10.916	7.719	1.306	1.388	2.132	2.447
ΥΠΕ7	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	719	1.093	1.619	1.154	6.930	17.192	20.804	23.651	60.599
ΥΠΕ7	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	145	81	168	147	41	22	70	105	1
ΥΠΕ7	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	153	135	136	141	37	21	9	0	0
ΥΠΕ7	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΑΠΟΡΟΙ	3.085	3.307	3.983	4.181	2.275	403	95	2	359

Γράφημα 1 Αριθμός ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια



5.2 Δεδομένα για ανασφάλιστους από δημόσια νοσοκομεία: εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων (νοσοκομεία ΕΣΥ) 2012-2023

Στον πίνακα παρουσιάζονται οι εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ για το διάστημα 2012-2014. Οι τιμολογήσεις νοσηλίων στην 1^η ΥΠΕ για τους ανασφάλιστους μεταξύ 2012-2014 ακολούθησαν σημαντική αυξητική πορεία από 30.694.485 σε 48.155.564. Και στις άλλες ΥΠΕ παρατηρούνται σημαντικές αυξήσεις αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό. Μόνο στην 6^η ΥΠΕ παρατηρήθηκε μείωση των εισπράξεων/τιμολογήσεων των νοσηλίων για την υπό εξέταση περίοδο.

Η αύξηση των νοσηλίων για τους ανασφάλιστους οδηγεί σε μειωμένη πρόσβαση στην περίθαλψη. Όταν οι νοσηλείες γίνονται ακριβότερες, τα ανασφάλιστα άτομα μπορεί να είναι πιο πιθανό να καθυστερήσουν ή να παραιτηθούν από την αναγκαία ιατρική περίθαλψη λόγω της οικονομικής επιβάρυνσης. Η άρνηση πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη με βάση την ικανότητα πληρωμής κάποιου εγείρει σημαντικές ηθικές ανησυχίες καθότι η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται συχνά ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και δεν έχουν όλοι τον έλεγχο της ασφαλιστικής τους κατάστασης.

Παρόμοιο συμπέρασμα προκύπτει και για τις τιμολογήσεις νοσηλίων στην 2^η και στην 3^η ΥΠΕ, καθώς οι τιμολογήσεις νοσηλίων αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ 2012-2014. Στην 4^η ΥΠΕ οι τιμολογήσεις νοσηλίων τα δύο πρώτα έτη παρέμειναν σχεδόν σταθερές και αυξήθηκαν το τελευταίο έτος της περιόδου. Στην 5^η ΥΠΕ παρατηρήθηκε μια μικρή αύξηση το 2013, και μια αντιστοίχου μεγέθους μείωση το 2014, η οποία επανέφερε τις τιμολογήσεις νοσηλίων στα επίπεδα του 2012. Σημαντική ήταν η μείωση στις τιμολογήσεις νοσηλίων στην 6^η ΥΠΕ, όπου παρατηρήθηκε μια μεγάλη μείωση μεταξύ του έτους 2012 και του έτους 2013, η οποία εξισορροπήθηκε μεταξύ των δύο ακραίων τιμών των δύο προηγούμενων ετών κατά τη διάρκεια του έτους 2014.

**Πίνακας 4. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους
(Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2012-2014**

		2012	2013	2014
ΥΠΕ	Νοσήλιο	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	30.694.485	37.849.933	48.155.564
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	19.696.051	25.734.188	29.395.551
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	8.586.553	12.805.422	16.401.645
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	11.034.128	11.459.055	13.213.864
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	7.597.480	9.178.445	7.974.399
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	21.476.510	11.942.856	15.020.942
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	4.106.312	5.694.022	9.244.609

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τις εισπράξεις /τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ για το διάστημα 2015-2017. Αξιοσημείωτη αύξηση στις τιμολογήσεις νοσηλίων εμφανίζει για το διάστημα 2015-2017 η 4^η ΥΠΕ, γεγονός που επαληθεύει για ακόμα μια φορά τον αναπόφευκτο περιορισμό της πρόσβασης στην περίθαλψη. Και σε αυτή την περίπτωση προκύπτει ο προβληματισμός σχετικά με την ισότητα επί του δικαιώματος της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς όπως προκύπτει από τα στοιχεία τα ανασφάλιστα άτομα, όχι μόνο δεν διευκολύνονται ως προς την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αλλά αντιθέτως παρεμποδίζονται σημαντικά.

Στην αντίθετη περίπτωση παρατηρείται στην 6^η ΥΠΕ μια προσωρινή αύξηση από το 2015 στο 2016 και μια σημαντική μείωση της τιμολόγησης νοσηλίων από το 2016 μέχρι το 2017. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει αλλαγές στην τιμολόγηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών που παρέχονται στους ανασφάλιστους ασθενείς κατά τη διάρκεια αυτών των ετών. Οι επιπτώσεις αυτών των αλλαγών στην υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι πολλές και διάφορες.

Μπορεί να έχουν άμεσες επιπτώσεις στην πρόσβαση των ανασφάλιστων στις υπηρεσίες υγείας, καθώς οι αλλαγές στην τιμολόγηση μπορεί να επηρεάσουν τη δυνατότητά τους να πληρώσουν για τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Αν οι τιμές αυξηθούν, αυτό μπορεί να καθιστά δυσκολότερη την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας λόγω οικονομικών περιορισμών.

Από την άλλη πλευρά, αν η τιμολόγηση μειωθεί, αυτό μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς οι χαμηλότερες τιμές μπορούν να καθιστούν τις υπηρεσίες πιο προσιτές. Επίσης, αυτές οι αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν οι ανασφάλιστοι, καθώς η τιμολόγηση επηρεάζει τους πόρους που διατίθενται για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Αναφορικά με τις εισπράξεις νοσηλίων η χαμηλότερη τιμή εμφανίζεται στην 7^η ΥΠΕ και ακολουθεί η 6^η ΥΠΕ για το έτος 2017, το οποίο δύναται να οφείλεται στις διαφορές στην πολιτική τιμολόγησης ή στην αποδοχή των ασφαλιστικών σχεδίων σε αυτές τις περιοχές, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συνολική εισροή χρημάτων από τις χρεώσεις για νοσηλευτικές υπηρεσίες.

**Πίνακας 5. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους
(Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2015-2017**

		2015	2016	2017
ΥΠΕ	Νοσήλιο	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			425.919
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	43.903.971	47.242.943	39.938.617
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			485.115
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	32.743.038	29.655.503	27.153.090
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	17.151.343	20.139.529	15.312.873
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			472.450
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	17.004.696	16.463.609	32.816.791
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	8.707.232	14.447.355	10.526.042
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			24.955
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	20.642.193	28.682.801	14.709.894
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			300
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	6.523.393	8.888.108	10.093.786

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τις εισπράξεις /τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους των νοσοκομείων του ΕΣΥ για το διάστημα 2018-2020. Αξιοσημείωτη αύξηση στις τιμολογήσεις νοσηλίων εμφανίζουν για το διάστημα 2018-2019 οι 4^η, 6^η και 7^η ΥΠΕ, ενώ μείωση στις τιμολογήσεις νοσηλίων εμφανίζουν για το διάστημα 2018-2020 οι 1^η, 2^η και 5^η ΥΠΕ. Για την 3^η ΥΠΕ οι τιμολογήσεις νοσηλίων δε διαφοροποιούνται σημαντικά για τα υπό εξέταση έτη.

Αντίστοιχα, οι εισπράξεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους κατά το διάστημα 2018-2020 σχεδόν τριπλασιάστηκαν στην 1^η, 5^η και 2^η ΥΠΕ, διπλασιάστηκαν στην 3^η ΥΠΕ, σχεδόν τετραπλασιάστηκαν στην 4^η ΥΠΕ και έγιναν έξι φορές μεγαλύτερες στην 6^η ΥΠΕ. Στην 7^η ΥΠΕ παρατηρήθηκε μείωση στις εισπράξεις νοσηλίων από το 2019 έως το 2020.

Πίνακας 6. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους (Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2018-2020

		2018	2019	2020
ΥΠΕ	Νοσήλιο	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	656.501	957.028	2.297.044
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	38.678.833	39.094.111	25.021.402
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	149.275	1.716.842	619.799
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	19.831.935	23.876.204	15.324.119
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	96.102	4.441.080	2.167.882
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	22.506.540	29.337.133	24.936.967
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	897.859	4.177.652	3.088.424
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	41.019.111	51.072.620	51.775.294
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	269.133	1.577.126	892.031
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	11.380.699	11.991.594	9.617.712
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	174.478	2.556.054	1.209.339
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	26.377.497	40.586.166	36.048.524
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων		2.084.958	4.422.206
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	12.116.825	28.635.563	23.866.813

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι εισπράξεις /τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ για το διάστημα 2021-2023, όπου έχει συμπεριληφθεί το διάστημα από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2023. Στην 1^η ΥΠΕ οι εισπράξεις νοσηλίων ελαττώθηκαν φτάνοντας τον Ιούνιο του 2023 το 1/6 των αντίστοιχων νοσηλίων του 2021.

Στην ίδια ΥΠΕ οι τιμολογήσεις νοσηλίων υπό τριπλασιάστηκαν από το 2021 έως τον Ιούνιο του 2023. Σχετικά μικρότερη μείωση γνώριζαν οι εισπράξεις νοσηλίων στην 2^η ΥΠΕ για το ίδιο διάστημα ενώ οι τιμολογήσεις νοσηλίων για την 2^η ΥΠΕ ελαττώθηκαν μέχρι τον Ιούνιο του 2023 κατά το ήμισυ. Στην 3^η ΥΠΕ οι εισπράξεις νοσηλίων ελαττώθηκαν κατά το ήμισυ και το ίδιο ακριβώς συνέβη και με τις τιμολογήσεις νοσηλίων μέχρι τον Ιούνιο του 2023. Το γεγονός αυτό παρατηρείται και για τις εισπράξεις νοσηλίων και τις τιμολογήσεις νοσηλίων αντίστοιχα της 4^η ΥΠΕ. Σημαντική μείωση στο ένα πέμπτο του αρχικού ποσού των εισπράξεων νοσηλίων που σημειώθηκε το 2021 εμφανίζει η 5^η ΥΠΕ.

Από τις παραπάνω επισημάνσεις, έπεται ότι υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στις εισπράξεις και τις τιμολογήσεις νοσηλίων μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών. Ορισμένες περιφέρειες εμφανίζουν μείωση των εσόδων, ενώ άλλες αυξήσεις, καθώς και διαφοροποιήσεις στην εξέλιξη των τιμολογήσεων. Οι εισπράξεις νοσηλίων σε ορισμένες περιφέρειες αυξήθηκαν σημαντικά, όπως στην 1^η ΥΠΕ, ενώ σε άλλες περιφέρειες παρουσιάστηκε σημαντική μείωση, όπως στην 5^η ΥΠΕ.

Οι αλλαγές στις εισπράξεις και τις τιμολογήσεις νοσηλίων δύναται να επηρεάσουν την οικονομική κατάσταση του συστήματος υγείας σε κάθε περιφέρεια, καθώς επιδρούν στα έσοδα και τις δαπάνες των νοσοκομείων.

Επομένως, είναι σημαντικό για τους θύνοντες χάραξης πολιτικής να αναλύουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις εισπράξεις και τις τιμολογήσεις νοσηλίων σε κάθε περιφέρεια, προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι αιτίες των διαφορών και να εφαρμοστούν αποτελεσματικές πολιτικές για τη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

**Πίνακας 7. Εισπράξεις/τιμολογήσεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους
(Νοσοκομεία ΕΣΥ) 2021-2023 + Ιαν-Ιουν. 2023**

ΥΠΕ	Νοσήλιο	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	3.899.494	2.010.240	693.993
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	31.622.434	24.718.095	12.102.404
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	1.210.310	1.334.199	989.442
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	12.731.364	15.981.621	6.630.922
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	8.906.130	10.014.995	3.386.922
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	21.309.843	26.769.942	9.411.287
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	5.142.369	2.452.191	2.231.948
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	50.459.623	55.813.551	34.686.325
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	753.388	1.533.896	161.502
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	10.624.579	18.889.505	6.465.801
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	1.051.932	1.393.703	1.787.713
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	22.734.634	20.117.403	13.374.770
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	2.717.105	2.238.838	2.216.887
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	16.826.820	10.245.532	6.369.710

5.3 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες 2012-2023

Στον πίνακα 8, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο αριθμός των νοσηλευθέντων και οι αντίστοιχες ημέρες νοσηλείας, μαζί με τις υπηρεσίες που δέχθηκαν κατά τη νοσηλεία οι ανασφάλιστοι ασθενής για το διάστημα 2012-2016. Σε όλες τις ΥΠΕ αυξήθηκε ο αριθμός των νοσηλευθέντων σταδιακά από το 2012 έως το 2016, όπου παρατηρείται ότι ο αριθμός αυτός σχεδόν διπλασιάστηκε.

Αντιστοίχως, αυξήθηκαν οι ημέρες νοσηλείας των ανασφάλιστων ασθενών, αλλά σε μικρότερο βαθμό. Οι εξετάσεις ιατρικής απεικόνισης σχεδόν διπλασιάστηκαν από το 2012 έως το 2016 στην 1^η ΥΠΕ, τετραπλασιάστηκαν στην 2^η ΥΠΕ και στην 5^η ΥΠΕ, έγιναν επταπλάσιες στην 3^η και την 7^η ΥΠΕ. Ενώ ελαττώθηκαν στην 4^η και στην 8^η ΥΠΕ.

Καθώς αυξήθηκε ο αριθμός των νοσηλευθέντων κατά το διάστημα 2012-2016 θεωρείται αναμενόμενη η αύξηση του αριθμού των υπηρεσιών υγείας που δέχτηκαν οι ανασφαλείς οι νοσηλευθέντες στο σύνολό τους κατά τα έτη 2012 έως 2016.

Κατά το εξεταζόμενο διάστημα παρατηρείται συνολική αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων ασθενών σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες με τον αριθμό σχεδόν να διπλασιάζεται, γεγονός που αναδεικνύει την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας ή αύξηση της ανάγκης για νοσηλευτική φροντίδα. Παράλληλα με την αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων, παρατηρείται και αύξηση των ημερών νοσηλείας, αν και σε μικρότερο βαθμό. Το γεγονός αυτό δύναται να ερμηνευτεί με την εμφάνιση πιο σοβαρών περιπτώσεων ασθένειας.

Σε γενικές γραμμές, υπήρξε αύξηση των υπηρεσιών υγείας που δέχτηκαν οι ανασφάλιστοι νοσηλευθέντες από το 2012 έως το 2016, γεγονός που είναι αναμενόμενο δεδομένου της αύξησης του αριθμού των νοσηλευθέντων και της ανάγκης για επιπλέον υπηρεσίες υγείας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση των εξετάσεων ιατρικής απεικόνισης σε ορισμένες περιφέρειες και η μείωσή τους σε άλλες. Αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει την ανάγκη για περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις ή τις διαφορετικές πολιτικές υγείας σε κάθε περιφέρεια.

Πίνακας 8. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες 2012-2016

ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	2012	2013	2014	2015	2016
1 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	24.604	28.456	33.228	35.134	43.270
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	137.612	159.694	203.838	180.269	210.611
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	207.940	277.569	210.276	205.844	195.798
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	89.918	50.108	76.538	59.800	79.350
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	15.312	20.895	22.806	21.504	31.080
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.073	2.745	3.837	4.140	5.661
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	776	871	1.207	1.133	1.223
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.883	1.608	1.977	1.933	3.135
2 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	24.493	28.777	35.364	30.186	35.156
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	147.454	211.375	294.534	276.516	286.405
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	9.129	99.499	146.765	189.394	261.860
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	9.715	33.512	38.951	52.491	65.190
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.661	5.416	7.420	8.494	12.597
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	436	1.138	352	643	1.639
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	6.294	6.298	7.512	5.968	6.135
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.020	909	945	903	1.226
3 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	13.279	15.554	17.923	15.168	16.145
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	149.505	162.542	166.405	150.653	164.764
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	58.938	53.573	170.106	162.877	206.373
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	58.090	37.094	72.263	75.576	86.819

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	4.574	4.475	14.725	20.980	28.360
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	308	179	745	1.181	1.323
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	36	31	242	425	741
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	984	1.062	1.403	1.606	2.264
4 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	12.771	13.634	15.795	16.022	20.025
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	28.294	26.458	28.896	30.823	40.193
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	129.246	168.334	229.981	237.500	313.327
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	33.388	38.908	89.840	109.068	142.089
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	12.882	15.448	10.719	8.603	9.808
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.874	1.465	2.165	2.514	3.960
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	179	183	128	166	149
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.174	1.364	831	994	1.323
5 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	7.704	10.381	12.002	13.002	20.360
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	29.972	42.115	47.268	53.387	69.394
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	29.042	35.151	85.442	150.704	174.567
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	4.062	4.051	16.114	13.570	44.656
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.927	2.677	4.103	6.376	11.305
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	466	486	507	766	1.334
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	689	485	508	1.191	2.040
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	365	718	754	625	559
6 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	15.154	19.925	19.007	17.812	26.155
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	95.498	99.927	104.062	129.396	151.800
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	60.485	24.196	32.382	60.769	87.961

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	64.883	64.876	57.649	16.253	19.960
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	9.444	5.370	6.207	3.865	6.155
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	216	276	207	507	1.288
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	36	127	77	82	151
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	652	595	364	599	585
7 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	4.102	4.616	5.906	5.623	9.283
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	23.584	23.955	26.651	27.242	39.720
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	111.512	183.823	187.358	170.820	225.007
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	92.242	103.132	130.140	163.089	114.889
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	3.891	11.702	11.919	9.871	18.003
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	780	1.279	1.349	2.365	3.165
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.453	4.244	3.854	3.155	4.226
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	425	743	866	874	1.140

Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται ο αριθμός των νοσηλευθέντων και οι αντίστοιχες ημέρες νοσηλείας, μαζί με τις υπηρεσίες που δέχθηκε κατά τη νοσηλεία ο ανασφάλιστος ασθενής για το διάστημα 2017-2023. Σε όλες τις ΥΠΕ παρατηρείται ότι από τον αρχικό αριθμό νοσηλευθέντων το 2017 σημειώθηκε μια μείωση μέχρι το 2020 σχεδόν κατά το ήμισυ του αρχικού αριθμού.

Επιπλέον, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε όλες τις ΥΠΕ η σταδιακή μείωση του αριθμού των νοσηλευθέντων διακόπηκε το 2019, κατά το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19, οπότε ο αριθμός των νοσηλευθέντων το 2019 αυξήθηκε για να αποκτήσει εκ νέου από το 2020 πρωτική τάση. Επομένως, άμεσα προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο αριθμός των νοσηλευθέντων θα μπορούσε να είχε μειωθεί περισσότερο από το 2016 έως το 2023 αν δεν είχε μεσολαβήσει η πανδημία και η αύξηση των εισαγωγών στα

νοσοκομεία. Το γεγονός αυτό αναδεικνύεται από την πτωτική τάση που ακολούθησε ο αριθμός των νοσηλευθέντων το 2020 και ενώ δεν είχαν ακόμα σταματήσει οι επιπτώσεις της πανδημίας.

Ανάλογη πτωτική πορεία σημειώθηκε στις ημέρες νοσηλείας, ο αριθμός των οποίων μειώθηκε κατά το ένα τρίτο του αντίστοιχου πλήθους ημερών νοσηλείας του 2017 εκτός από την 4^η ΥΠΕ, όπου παρατηρήθηκε αύξηση. Αναλόγως της πτωτικής τάσης του αριθμού των νοσηλευθέντων σε όλες τις ΥΠΕ, παρατηρείται πτωτική τάση στον αριθμό των ιατρικών πράξεων και εξετάσεων για το ίδιο διάστημα. Εξαιρέση αποτελεί η 4^η ΥΠΕ, στην οποία παρατηρείται αύξηση σχεδόν σε όλες τις εξετάσεις και ιατρικές πράξεις (κυρίως χειρουργεία), γεγονός, το οποίο μπορεί να αιτιολογηθεί από τον αυξημένο αριθμό ημερών νοσηλείας.

Πίνακας 9. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες 2016-2023

ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Ιαν-Ιου 2023
1 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	53.765	65.211	74.023	60.677	59.037	64.509	34.168
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	237.253	276.292	298.704	269.500	264.642	290.371	146.463
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	321.030	270.441	331.879	350.875	469.425	406.504	212.893
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	121.362	166.964	206.965	157.102	151.087	116.711	67.004
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	46.774	39.757	39.634	31.602	32.982	30.419	19.486
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	8.159	7.815	8.230	8.130	5.093	4.434	3.806
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.061	2.249	2.797	1.944	1.337	1.225	707
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	4.527	4.046	5.605	5.359	5.641	6.350	3.550
2 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	37.976	38.581	44.142	41.767	37.474	39.497	20.949

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	266.803	409.118	274.053	270.557	251.910	265.859	140.074
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	304.107	368.514	339.308	270.971	302.347	306.050	170.417
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	163.715	232.318	164.558	127.221	88.235	99.401	53.290
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	21.836	25.057	13.172	10.929	7.203	7.987	4.023
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.337	3.258	2.545	1.275	2.676	3.253	1.907
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	6.708	7.500	5.784	5.228	5.991	5.954	2.669
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.719	2.051	2.461	2.025	1.534	1.489	869
3 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	19.928	28.262	33.913	28.995	26.207	30.147	14.854
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	190.809	220.797	223.307	192.936	192.570	187.759	93.948
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	260.404	297.025	405.938	284.268	238.727	304.431	155.967
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	107.358	117.391	154.574	122.065	105.072	118.951	72.724
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	33.290	48.359	47.490	29.410	14.501	15.459	9.015
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.159	1.933	2.367	1.821	1.972	2.492	681
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	561	950	1.153	1.009	988	1.375	657
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.903	3.161	3.782	2.519	2.449	3.107	1.681
4 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	27.049	34.590	48.085	38.772	33.842	39.136	21.211
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	53.164	58.970	131.758	118.736	111.348	120.761	63.290
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	329.066	412.871	601.468	739.554	833.248	1.175.6 11	724.258
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	138.517	169.163	225.476	269.822	391.297	488.129	270.622
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	7.893	11.381	17.376	19.314	27.336	40.155	20.986

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	5.690	8.826	12.470	11.867	10.983	15.863	8.991
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	125	244	577	900	1.722	3.534	2.531
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.731	2.559	3.495	3.889	4.470	5.718	3.100
5 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	22.404	27.111	32.111	25.654	23.347	25.145	13.185
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	68.572	81.925	91.798	77.087	80.020	74.272	37.386
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	223.655	204.044	213.773	118.856	209.552	382.626	183.234
	ΛΟΠΙΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	72.250	100.565	101.920	57.436	74.055	117.749	60.728
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	15.883	16.113	18.876	11.676	14.399	26.573	15.059
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	1.909	1.774	2.495	2.629	4.942	8.921	3.776
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.626	2.489	1.830	1.319	1.439	4.285	2.680
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	476	752	727	671	492	594	462
6 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	36.244	41.992	48.188	39.578	36.232	42.501	23.380
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	166.069	171.569	189.670	185.355	170.488	176.381	93.623
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	217.814	302.621	322.589	308.920	409.132	496.603	266.578
	ΛΟΠΙΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	59.862	95.756	94.433	109.120	167.956	163.647	83.793
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	16.797	24.440	24.202	21.736	27.780	36.300	18.659
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	4.851	6.004	5.933	5.035	6.514	7.821	3.375
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	804	503	456	365	222	202	247
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.197	1.541	1.749	1.652	1.559	2.564	1.483
7 ^η ΥΠΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	17.638	20.978	23.758	60.959	15.506	18.506	9.799

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	64.137	72.796	77.740	62.849	53.817	70.644	37.587
ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	358.890	309.590	312.462	252.938	234.841	274.886	128.561
ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	31.081	40.748	6.789	14.629	26.673	30.262	13.994
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	9.056	9.201	10.448	6.267	3.255	2.763	1.570
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.273	1.478	2.478	1.489	1.012	1.045	655
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	258	102	226	241	324	236	167
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.788	1.891	1.923	1.102	858	1.704	627

5.3.1 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023

Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται για την 1^η ΥΠΕ ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και οι υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου για το διάστημα 2012-2023. Όπως παρατηρείται και από το αντίστοιχο γράφημα 2 ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών διατηρήθηκε σε χαμηλά επίπεδα (δηλαδή κάτω των 10.000 ατόμων) μέχρι το 2015 και στη συνέχεια σημειώθηκε σημαντική αύξηση, η οποία κορυφώθηκε το 2019.

Από το 2020 ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων ατόμων στην 1^ηΥΠΕ μειώθηκε, αλλά και πάλι ήταν τετραπλάσιος του αντίστοιχου αριθμού του έτους 2015. Τα δεδομένα του πίνακα 10 δείχνουν ότι η πολιτική για την υγεία θα πρέπει να επανεξεταστεί, προκειμένου να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως ασφάλισης.

Επισημαίνεται ότι μέχρι το 2015 οι περισσότεροι από τους ανασφάλιστους νοσηλευθέντες ήταν άποροι, ενώ από το 2017 ανήλθε σταδιακά ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων ατόμων, οι οποίοι δεν προέρχονταν από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπρόσθετα, για την κατηγορία των απόρων ανασφάλιστων ατόμων παρατηρείται ότι μέχρι το 2015 οι ημέρες νοσηλείας αυτής της κατηγορίας ήταν πολύ περισσότερες των υπολοίπων. Όμως, από το 2015 και μετά παρατηρείται απότομη πτώση του αριθμού των ημερών που νοσηλεύονται τα άπορα άτομα και ανοδική πορεία σημειώνει ο αριθμός των ημερών νοσηλείας για τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες.

Πίνακας 10 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 1^ηΥΠΕ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΠΟΡΟΙ
2012	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	5.209	2.324	163	16.908
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	38.471	13.732	1.022	84.387
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	80.731	4.540	109	122.560

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	22.632	1.149	352	65.785
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.249	417	13	12.633
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	157	37	2	1.877
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	13	6	0	757
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	378	73	2	1.430
2013	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	7.149	2.014	89	19.204
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	55.552	12.194	436	91.512
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	120.704	1.905	171	154.789
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	6.178	1.496	27	42.407
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.333	535	24	18.003
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	140	15	2	2.588
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	75	2	0	794
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	238	56	0	1.314
2014	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	9.607	1.923	127	21.571
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	91.667	10.704	1.257	100.210
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	20.948	9.236	28.079	152.013
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	5.407	2.535	21.043	47.553
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.370	1.424	42	18.970
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	307	98	7	3.425
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	225	14	0	968
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	321	63	3	1.590
2015	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	9.792	2.339	290	22.713
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	67.052	10.262	1.780	101.175
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	32.789	21.417	5.138	146.500
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	5.954	4.013	392	49.441
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.666	1.907	238	16.693
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	478	111	11	3.540
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	153	7	0	973
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	298	60	5	1.570
2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	23.033	6.195	312	13.730

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

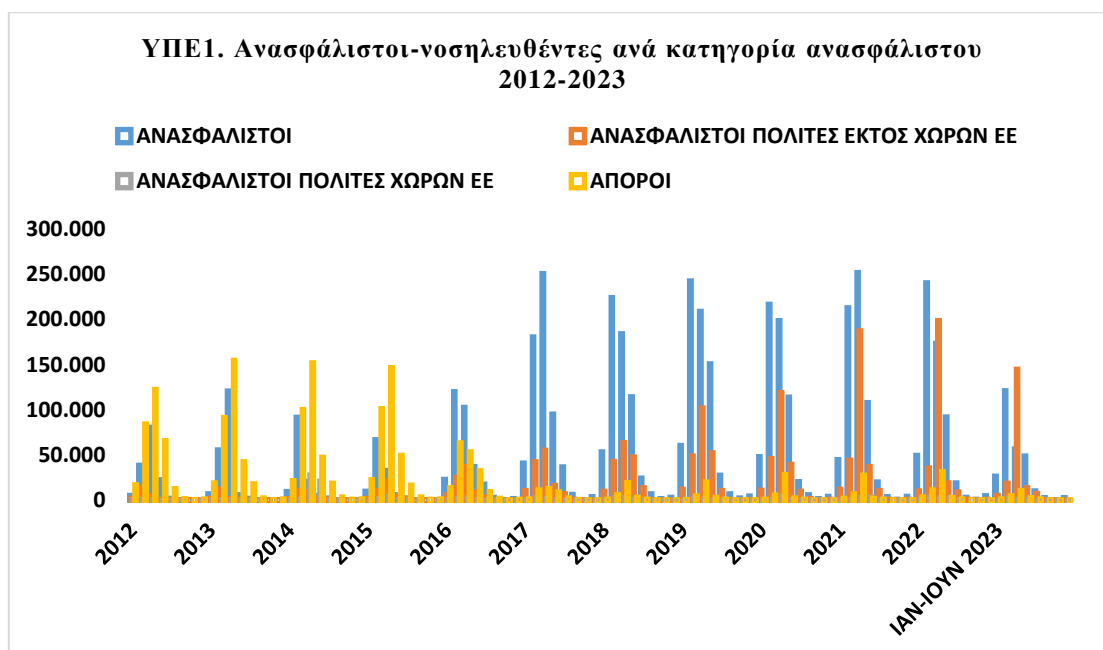
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	120.199	25.179	1.711	63.522
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	102.580	37.206	2.403	53.609
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	37.271	9.230	320	32.529
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	17.601	3.755	185	9.539
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	3.149	187	5	2.320
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	559	79	29	556
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.868	230	1	1.036
2017	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	41.207	10.569	589	1.400
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	180.449	42.510	2.938	11.356
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	250.691	55.305	2.256	12.778
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	95.313	16.377	265	9.407
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	36.939	7.217	190	2.428
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	6.559	1.004	6	590
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	824	117	2	118
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	3.846	540	16	125
2018	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	53.586	10.024	659	942
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	224.235	42.856	3.200	6.001
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	184.301	63.712	2.768	19.660
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	114.504	47.701	1.376	3.383
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	24.540	13.775	265	1.177
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	7.008	436	4	367
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.937	217	29	66
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	3.393	563	25	65
2019	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	60.643	12.129	507	744
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	242.707	48.920	2.334	4.743
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	208.910	101.832	1.065	20.072
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	150.797	52.487	552	3.129
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	27.680	10.757	13	1.184
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	7.175	825	1	229
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2.457	319	3	18

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	4.721	837	2	45
2020	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	48.171	11.044	229	1.233
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	216.540	45.974	1.216	5.770
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	198.667	119.002	4.965	28.241
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	114.124	39.854	450	2.674
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	20.457	10.038	11	1.096
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	6.064	1.845	60	161
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.708	223	5	8
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	4.254	1.031	20	54
2021	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	44.886	11.973	138	2.040
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	212.862	44.144	635	7.001
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	251.608	187.180	3.127	27.510
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	108.172	37.356	3.255	2.304
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	20.168	10.754	896	1.164
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	3.929	990	0	174
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.117	159	57	4
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	4.325	1.063	155	98
2022	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	49.748	10.192	946	3.623
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	240.404	35.692	2.831	11.444
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	173.629	198.783	2.568	31.524
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	92.249	19.005	2.645	2.812
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	19.045	9.227	623	1.524
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	3.288	952	0	194
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.053	127	40	5
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	4.854	1.131	214	151
ΙΑΝ- ΙΟΥΝ 2023	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	26.684	5.344	557	1.583
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	121.164	18.631	1.718	4.950
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	56.651	144.677	1.058	10.507
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	48.937	13.935	1.304	2.828
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	10.317	7.312	390	1.467
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	2.845	716	27	218

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	543	67	32	65
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.723	666	129	32

Γράφημα 2. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 1^η ΥΠΕ



Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται για την 2^η ΥΠΕ ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και οι υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου για το διάστημα 2012-2023. Όπως παρατηρείται και από το αντίστοιχο γράφημα 3 ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών γνώρισε σημαντική αύξηση κυρίως μετά το 2016, η οποία κορυφώθηκε το 2019. Η απότομη αυτή μεταβολή οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην πανδημία COVID-19, η οποία τα έτη 2019 και 2020 είχε σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού της χώρας και δει στα ανασφάλιστα άτομα.

Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι από το 2020 σημειώνεται σημαντική μείωση στον αριθμό των απόρων ανασφάλιστων ατόμων που νοσηλεύονται, καθώς και στον αριθμό των ανασφάλιστων που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το γεγονός αυτό δύναται να ερμηνευθεί ποικιλοτρόπως, καθώς οδηγεί στο

συμπέρασμα είτε ότι μειώθηκε ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων αυτών των δύο κατηγοριών στη χώρα, το οποίο είναι δυνατόν να έχει συμβεί λόγω της ελάττωσης των μεταναστευτικών ροών ή λόγω της νέας πολιτικής της χώρας, η οποία προσπάθησε να συμπεριληφθούν οι μετανάστες και τα άτομα χωρίς πόρους στο ασφαλιστικό σύστημα.

Όπως παρατηρείται και στην 1^η ΥΠΕ το ίδιο συμβαίνει και στην 2^ηΥΠΕ, όπου σημειώθηκε απότομη πτώση του αριθμού των ημερών που νοσηλεύονται τα άπορα άτομα, ενώ ανοδική πορεία σημειώνει ο αριθμός των ημερών νοσηλείας για τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες. Η ουσιαστική διαφορά μεταξύ των δύο ΥΠΕ προσδιορίζεται στο έτος, κατά το οποίο σημειώθηκε η μεταβολή, δηλαδή το 2015 στην 1^ηΥΠΕ και κατά το έτος 2017 για την 2^η ΥΠΕ.

Πίνακας 11 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 2^ηΥΠΕ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΠΟΡΟΙ
2012	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	9.016	589	711	14.177
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	30.113	7.545	14.128	95.668
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	3.039	89	115	5.886
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	3.031	55	33	6.596
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	1.344	126	407	784
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	127	1	0	308
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	10	9	20	6.255
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	392	110	95	423
2013	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	11.863	520	57	16.337
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	69.753	3.062	596	137.964
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	26.358	992	145	72.004
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	10.265	173	27	23.047
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	981	328	267	3.840

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	142	5	19	972
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	207	17	27	6.047
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	320	92	60	437
2014	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	17.249	649	219	17.247
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	107.626	4.148	1.371	181.389
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	44.419	3.484	797	98.065
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	11.362	671	129	26.789
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.472	302	265	4.381
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	152	0	0	200
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	593	29	102	6.788
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	292	95	55	503
2015	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	9.567	1.740	668	18.211
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	71.511	7.358	1.171	196.476
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	71.288	16.116	719	101.271
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	16.733	2.814	90	32.854
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.527	324	169	5.474
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	262	0	0	381
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2	58	187	5.721
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	312	38	10	543
2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	17.861	3.371	1.002	12.922
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	97.166	14.124	2.863	172.252
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	150.442	37.901	502	73.015
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	36.909	10.302	73	17.906
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	6.576	1.458	396	4.167
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ,	677	731	0	231

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)				
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.363	317	388	4.067
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	720	119	28	359
2017	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	28.108	3.881	1.973	4.014
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	179.905	17.068	3.126	66.704
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	228.274	50.498	236	25.099
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	114.282	41.171	58	8.204
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	17.841	916	450	2.629
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.277	895	17	148
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	5.802	73	564	269
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.401	174	8	136
2018	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	32.287	4.496	766	1.032
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	383.473	17.162	6.309	2.174
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	255.615	78.967	621	33.311
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	132.014	88.015	218	12.071
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	21.525	1.309	570	1.653
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.670	1.405	2	181
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	7.385	57	57	1
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.695	289	1	66
2019	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	36.613	6.291	458	780
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	244.060	22.347	2.920	4.726
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	257.564	41.735	88	39.921
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	122.516	23.896	23	18.123
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	11.081	1.053	453	585
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.470	994	0	81

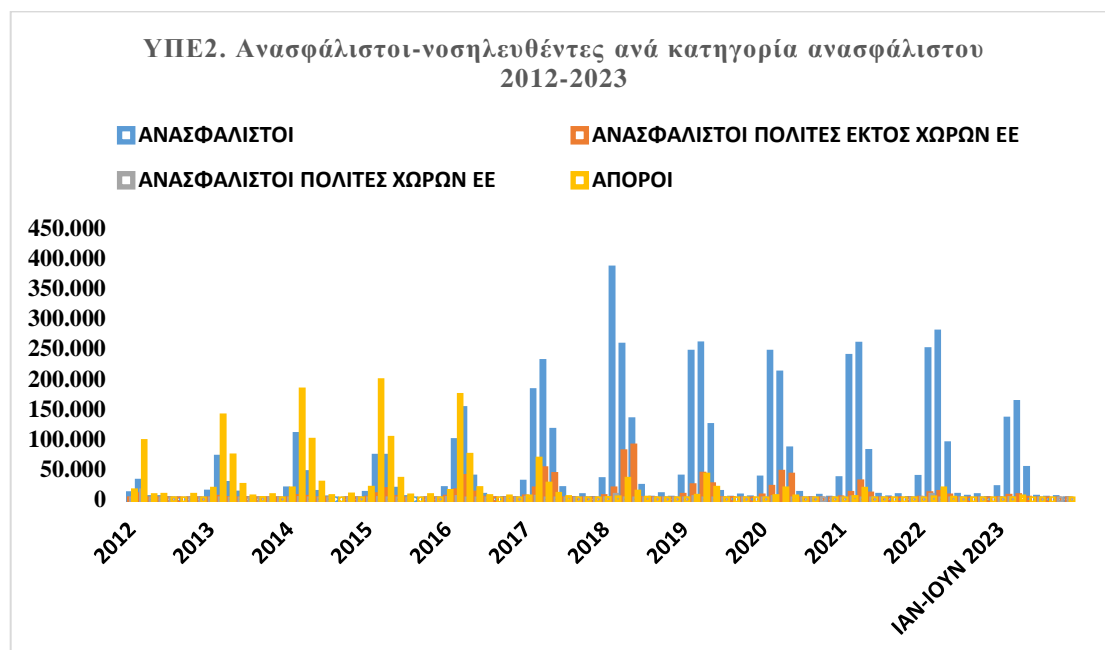
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	5.663	97	3	21
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.046	368	0	47
2020	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	35.325	5.578	346	518
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	244.013	19.837	2.521	4.186
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	209.185	44.841	0	16.945
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	83.570	39.770	135	3.746
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	9.738	856	112	223
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	685	562	2	26
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	5.140	79	9	0
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.503	493	3	26
2021	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	34.307	2.361	382	424
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	237.005	9.842	2.465	2.598
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	257.180	28.699	30	16.438
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	79.404	8.554	4	273
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	6.428	433	304	38
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.488	181	0	7
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	5.874	116	0	1
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.330	176	10	18
2022	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	36.390	1.564	1.050	493
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	248.251	8.968	6.596	2.044
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	277.480	11.397	19	17.154
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	92.193	5.673	3	1.532
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	6.635	700	620	32
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	3.156	87	0	10
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	5.897	54	2	1

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.362	59	0	68
ΙΑΝ-ΙΟΥΝ 2023	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	19.504	992	262	191
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	132.945	4.910	1.362	857
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	160.597	6.130	0	3.690
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	51.170	1.854	0	266
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	3.419	419	156	29
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.875	26	0	6
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2.646	20	3	0
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	817	41	1	10

Γράφημα 3. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 2^η ΥΠΕ



Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται για την 3^η ΥΠΕ ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και οι υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου για το διάστημα 2012-2023. Όπως παρατηρείται και από το αντίστοιχο γράφημα 4 ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών σημείωσε μια σταδιακή αύξηση από το 2012 μέχρι το 2014, μια αύξηση η οποία χαρακτήρισε ιδιαίτερα στην κατηγορία των απόρων ατόμων. Στη συνέχεια ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων μειώθηκε από το 2014 στο 2015 και διατηρήθηκε σταθερός μέχρι το 2016.

Από το 2017 παρατηρείται σημαντική αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών, η οποία κορυφώθηκε το έτος της πανδημίας 2019. Για το ίδιο διάστημα ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων απόρων ατόμων γνώρισε σταδιακή πτώση από το 2017 έως το 2019, που ήταν και το έτος κατά το οποίο η μείωση του αριθμού των απόρων ήταν αξιοσημείωτη.

Παράλληλα παρατηρείται ότι μέχρι το 2017 σημειώνεται ένας πολύ μεγάλος αριθμός ημερών νοσηλείας για την κατηγορία των άπορων ανασφάλιστων νοσηλευθέντων, ενώ μετά το 2019 οι μέρες νοσηλείας περιορίζονται στο ελάχιστο για τα άπορα άτομα. Όσον αφορά τους ανασφάλιστους νοσηλευθέντες που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση του αριθμού των ημερών νοσηλείας, καθώς και του αριθμού των εξετάσεων που διενεργήθηκαν. Στη συνέχεια οι αριθμοί αυτοί γνώρισαν από το 2020 απότομη πτώση.

Πίνακας 12 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 3^ηΥΠΕ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΠΟΡΟΙ
2012	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	4.465	326	44	8.444
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	30.316	1.337	337	117.515
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	5.667	677	277	52.317
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	2.485	226	162	55.217
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	434	238	893	3.009
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	0	7	37	264
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1	3	2	30
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	350	65	18	551
2013	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	5.494	555	210	9.295
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	33.108	1.619	495	127.320
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	7.948	409	1	45.215
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	4.858	131	84	32.021
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	289	371	853	2.962
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	11	23	10	135
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	0	0	0	31
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	481	71	24	486
2014	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	6.394	583	648	10.298
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	29.630	2.280	1.685	132.810

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	72.504	4.095	1.530	91.977
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	26.261	2.084	551	43.367
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	7.277	1.424	508	5.516
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	493	63	6	183
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	141	14	1	86
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	742	48	14	599
2015	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	4.925	541	239	9.463
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	23.546	2.234	528	124.345
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	68.265	3.749	487	90.376
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	28.155	1.476	240	45.705
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	11.778	910	134	8.158
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	773	61	10	337
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	59	2	0	364
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	888	46	6	666
2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	4.577	1.430	180	9.958
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	17.912	4.305	573	141.974
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	82.679	15.122	857	107.715
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	32.832	4.829	433	48.725
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	9.597	1.575	211	16.977
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	471	69	7	776
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	141	18	2	580

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.262	115	12	875
2017	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	14.286	1.582	46	4.014
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	139.386	5.896	254	45.273
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	160.255	13.831	423	85.895
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	74.123	4.800	190	28.245
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	20.640	2.160	123	10.367
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.462	158	9	530
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	302	21	1	237
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.095	144	6	658
2018	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	22.482	2.190	54	3.536
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	175.915	6.396	344	38.142
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	189.489	22.169	3.524	81.843
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	86.113	8.909	1.048	21.321
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	34.370	8.321	702	4.966
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.560	361	6	6
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	395	43	0	512
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.374	190	6	591
2019	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	28.251	2.372	51	3.239
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	182.253	7.272	205	33.577
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	257.083	60.910	584	87.361
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	115.451	18.578	232	20.313
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	32.436	9.431	185	5.438

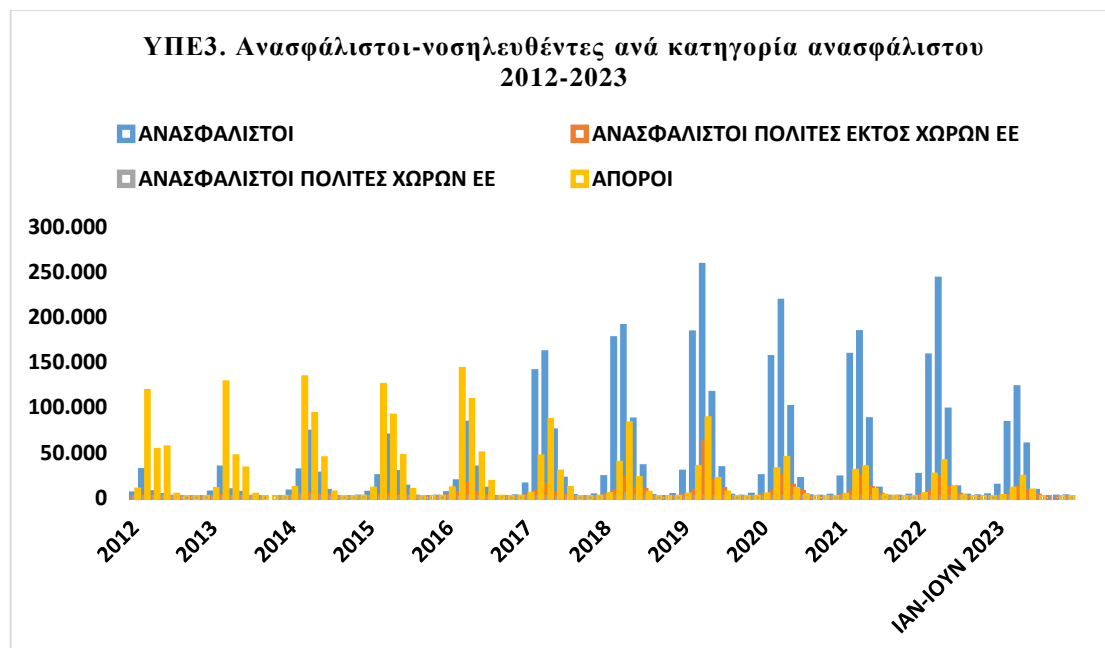
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.703	521	9	134
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	888	68	1	196
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.816	294	6	666
2020	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	23.492	2.129	49	3.325
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	155.078	6.590	146	31.122
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	217.278	23.376	10	43.604
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	100.002	12.679	6	9.378
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	20.366	5.956	416	2.672
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	953	302	0	566
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	935	52	0	22
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.836	249	5	429
2021	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	22.180	1.293	20	2.714
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	157.525	5.568	141	29.336
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	182.590	22.603	80	33.454
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	86.278	10.480	42	8.272
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	9.617	2.766	213	1.905
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	910	297	1	764
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	905	39	0	44
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.854	190	4	401
2022	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	24.987	1.576	52	3.532
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	156.812	5.545	353	25.049
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	241.738	22.470	26	40.197

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	97.092	11.127	6	10.726
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	11.164	3.042	314	939
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	1.781	320	0	391
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.291	48	0	36
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.270	259	1	577
ΙΑΝ- ΙΟΥΝ 2023	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	12.735	582	14	1.523
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	82.033	2.090	65	9.760
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	121.964	11.182	0	22.821
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	58.591	6.495	0	7.638
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	7.215	1.794	0	6
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	517	164	0	0
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	626	30	0	1
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.196	130	4	351

Γράφημα 4. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 3^η ΥΠΕ



Στον πίνακα 13 παρουσιάζεται για την 4^η ΥΠΕ ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και οι υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου για το διάστημα 2012-2023. Όπως παρατηρείται και από το αντίστοιχο γράφημα 5 ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών, σημείωσε μια σταδιακή αύξηση από το 2012 μέχρι το 2015, μια αύξηση η οποία χαρακτήρισε ιδιαίτερα στην κατηγορία των απόρων ατόμων.

Από το 2016 παρατηρείται σημαντική αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών, η οποία κορυφώθηκε τα έτη της πανδημίας και ιδιαίτερα το 2022. Για το ίδιο διάστημα ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων απόρων ατόμων γνώρισε απότομη πτώση, ενώ τα έτη 2022-2023 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας, μέχρι το 2016 σημειώνεται ένας πολύ μεγάλος αριθμός ημερών νοσηλείας για τα άπορα άτομα, ο οποίος γνωρίζει σημαντική πτώση από το έτος 2017. Για το ίδιο διάστημα παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ημερών νοσηλείας για τους Έλληνες πολίτες καθώς και για τους ανασφάλιστους νοσηλευθέντες

που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αξιοσημείωτος ήταν επίσης ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν για τις δύο αυτές κατηγορίες ανασφάλιστων νοσηλευθέντων, αρχής γενομένης από το έτος 2017.

Πίνακας 13 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 4^ηΥΠΕ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΠΟΡΟΙ
2012	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	1.989	384	0	10.398
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	8.846	1.071	0	18.377
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	2.888	837	0	125.521
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	10.689	200	6	22.493
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.401	264	6	10.211
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	69	5	1	1.799
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	24	0	0	155
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.423	3	0	748
2013	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	1.829	341	52	11.412
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	6.561	926	66	18.905
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	195	2.548	185	165.406
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	16.898	752	149	21.109
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	3.126	507	0	11.815
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	141	11	2	1.311
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	12	2	0	169

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	708	11	0	645
2014	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	2.572	561	7	12.655
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	7.842	889	17	20.148
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	22.731	5.468	83	201.699
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	39.628	2.137	41	48.034
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	1.848	565	0	8.306
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	133	18	0	2.014
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	6	10	0	112
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	72	41	2	716
2015	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	2.987	446	22	12.567
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	10.123	934	77	19.689
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	20.090	5.183	25	212.202
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	50.827	2.885	0	55.356
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	1.758	320	0	6.525
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	140	38	0	2.336
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	13	6	0	147
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	130	25	0	839
2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	10.954	997	95	7.979
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	23.050	1.492	314	15.337
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	141.857	31.777	3.505	136.188
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	84.544	16.766	2.695	38.084
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.210	1.979	434	5.185

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.587	313	15	1.045
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	41	4	0	104
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	533	100	14	676
2017	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	25.447	1.095	158	349
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	48.654	2.876	524	1.110
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	266.589	24.230	2.726	35.521
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	113.617	11.511	58	13.331
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.393	1.004	5	4.491
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	4.710	680	15	285
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	82	0	0	43
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.426	51	32	222
2018	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	33.632	863	64	31
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	56.453	1.874	152	491
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	380.989	16.641	449	14.792
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	158.480	8.106	8	2.569
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	9.074	1.047	3	1.257
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	8.347	428	6	45
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	206	1	0	37
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.241	64	7	247
2019	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	46.491	1.371	155	68
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	127.362	3.867	269	260

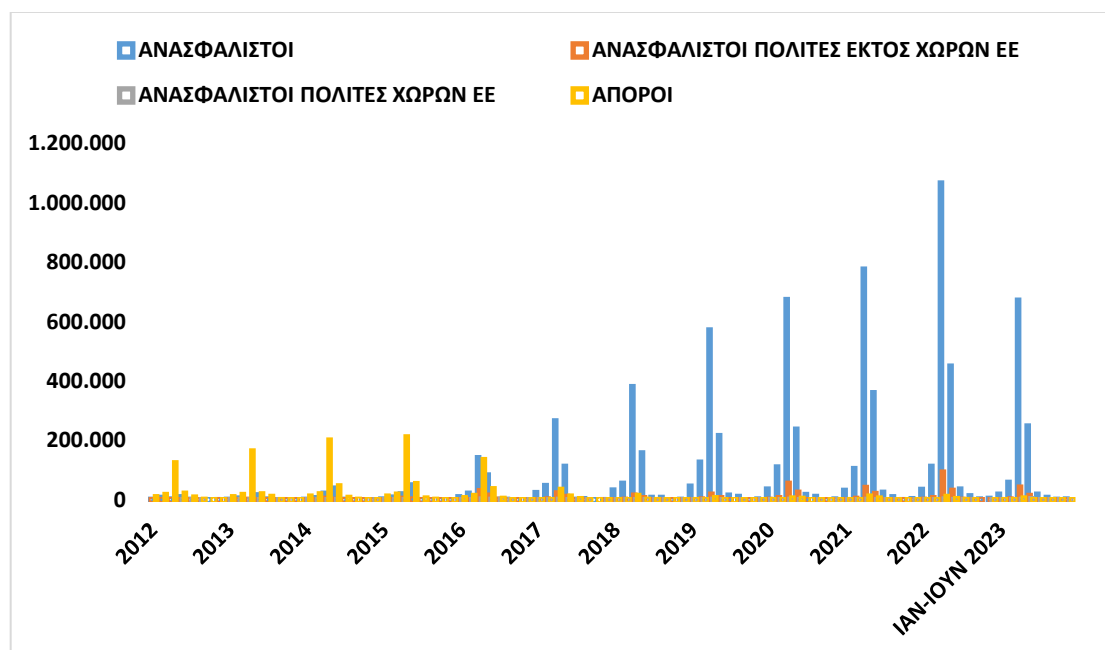
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	571.737	19.657	2.340	7.734
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	216.666	7.641	269	900
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	16.624	660	0	92
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	12.192	227	14	37
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	561	2	0	14
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	3.352	70	14	59
2020	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	36.424	2.181	118	49
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	111.104	7.211	276	145
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	674.174	56.612	1.985	6.783
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	237.850	26.021	789	5.162
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	18.427	763	0	124
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	11.490	326	23	28
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	882	6	0	12
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	3.613	217	18	41
2021	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	32.227	1.447	141	27
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	105.393	5.333	561	61
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	776.321	41.838	2.382	12.707
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	361.180	22.164	862	7.091
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	26.270	615	71	380
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	10.542	217	38	186
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.714	5	0	3

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	4.159	260	16	35
2022	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	36.169	2.809	142	16
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	112.965	7.184	578	34
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	1.066.657	93.776	2.918	12.260
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	449.926	32.371	1.132	4.700
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	36.520	2.253	91	1.291
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	14.412	1.353	58	40
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	3.365	169	0	0
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	5.260	421	9	28
ΙΑΝ- ΙΟΥ Ν 2023	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	19.822	1.282	78	29
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	59.780	3.116	333	61
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	671.756	43.538	2.784	6.180
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	249.357	15.175	4.353	1.737
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	19.757	969	78	182
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	8.305	600	58	28
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2.401	127	2	1
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	2.898	169	5	28

Γράφημα 5. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 4^η ΥΠΕ



Στον πίνακα 14 που ακολουθεί παρουσιάζεται για την 5^η ΥΠΕ ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και οι υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου για το διάστημα 2012-2023. Όπως παρατηρείται και από το αντίστοιχο γράφημα 6 ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών, σημείωσε μια σταδιακή αύξηση από το 2012 μέχρι το 2016, η οποία κορυφώθηκε τα επόμενα έτη και ιδιαίτερα για την κατηγορία των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων ελλήνων πολιτών.

Από το 2012 μέχρι το 2016 αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των απόρων ατόμων που νοσηλεύθηκαν, ο οποίος από το 2017 γνώρισε σημαντική πτώση. Από το 2017 και μετά αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων που προέρχονται από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, σημειώνοντας ένα μέγιστο το έτος 2019 και στη συνέχεια σημαντική πτώση. Αντίστοιχα ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων Ελλήνων πολιτών, ο οποίος ήταν σημαντικά μικρότερος από τους ανασφάλιστους νοσηλευθέντες απόρους μέχρι το 2015, γνώρισε σημαντική αύξηση με τις μέγιστες τιμές του να σημειώνονται το 2021 και το 2022.

Όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας μέχρι το 2016 σημειώνεται ένας πολύ μεγάλος αριθμός ημερών για τα άπορα άτομα, ο οποίος γνωρίζει σημαντική πτώση το έτος 2018. Μέχρι το έτος 2018 παρατηρείται μεγάλος αριθμός εξετάσεων για τα άπορα άτομα που νοσηλεύονται και στη συνέχεια μια απότομη πτώση του αριθμού. Για το ίδιο διάστημα παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ημερών νοσηλείας για τους Έλληνες πολίτες καθώς και για τους ανασφάλιστους νοσηλευθέντες που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αξιοσημείωτος ήταν επίσης ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν για τις δύο αυτές κατηγορίες ανασφάλιστων νοσηλευθέντων, αρχής γενομένης από το έτος 2018.

Πίνακας 14 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 5^ηΥΠΕ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΠΟΡΟΙ
2012	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	1.676	151	9	5.868
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	4.951	323	21	24.677
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	3.927	251	21	24.843
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	1.290	69	9	2.694
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	1.277	90	6	1.554
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	145	9	0	312
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	249	20	4	416
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	107	0	0	258
2013	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	3.717	179	22	6.463
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	14.250	420	55	27.390
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	11.753	270	54	23.074
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	1.610	57	16	2.368
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	657	134	15	1.871
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ,	149	36	0	301

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)				
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	183	15	1	286
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	315	10	0	393
2014	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	4.862	165	15	6.960
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	18.585	727	56	27.900
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	52.833	317	25	32.267
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	11.575	88	4	4.447
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	1.002	59	1	3.041
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	105	8	1	393
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	100	7	1	400
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	260	22	0	472
2015	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	5.744	198	23	7.037
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	23.181	724	88	29.394
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	111.062	220	10	39.412
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	9.230	16	5	4.319
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.124	66	7	4.179
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	243	6	1	516
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	250	1	0	940
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	140	30	4	451
2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	13.778	763	280	5.539
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	43.439	2.841	1.180	21.934
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	138.160	4.111	25	32.271
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	35.362	808	5	8.481
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	7.568	400	13	3.324
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	845	21	2	466

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.288	25	0	727
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	180	61	1	317
2017	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	20.025	1.470	42	867
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	58.487	4.538	126	5.421
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	180.877	29.582	186	13.010
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	65.871	4.733	12	1.634
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	14.055	822	33	973
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.777	49	0	83
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.373	34	0	219
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	333	91	2	50
2018	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	25.266	1.505	76	264
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	76.209	4.486	149	1.081
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	152.355	48.422	650	2.617
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	88.858	9.823	1.582	302
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	15.033	774	143	163
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	1.713	52	1	8
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2.465	19	0	5
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	666	81	1	4
2019	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	29.746	1.853	162	350
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	85.606	4.676	223	1.293
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	127.725	79.195	5.609	1.244
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	84.622	15.212	1.838	248
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	17.273	848	617	138
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.412	81	0	2

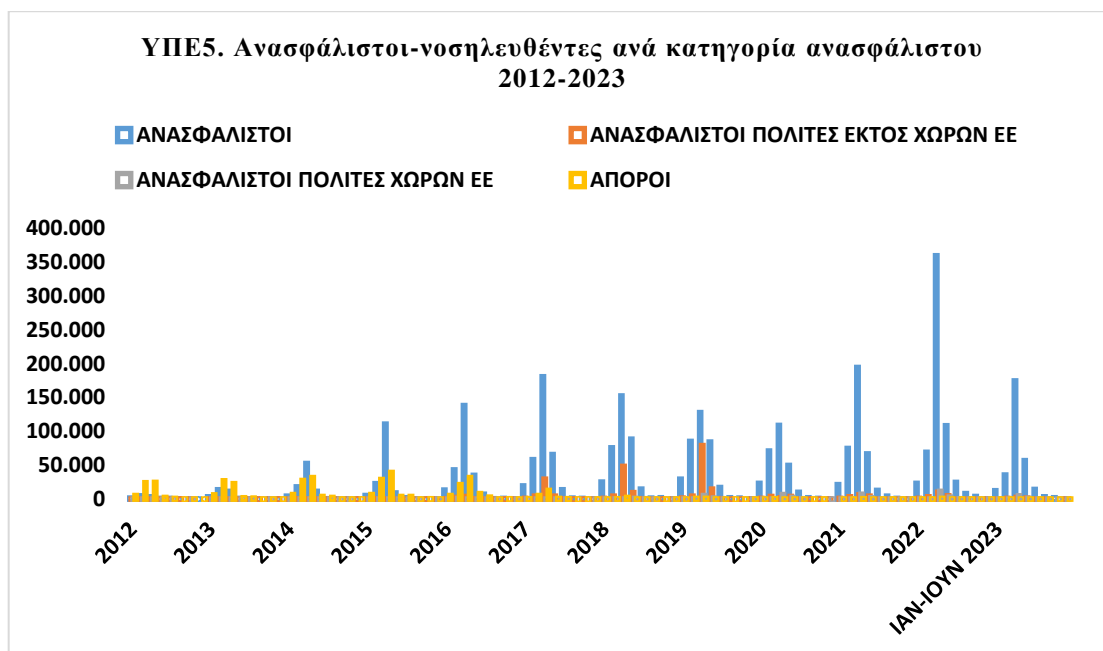
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.736	40	0	54
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	645	65	11	6
2020	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	23.561	1.593	214	286
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	71.407	4.263	311	1.106
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	108.868	2.563	7.099	326
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	50.252	4.138	2.612	434
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	10.335	409	853	79
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	2.535	74	0	20
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.213	31	0	75
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	601	48	22	0
2021	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	21.748	1.358	147	94
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	75.255	3.941	244	580
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	194.297	6.791	7.587	877
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	66.848	4.831	2.236	140
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	13.316	541	417	125
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	4.689	177	62	14
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.353	76	2	8
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	391	13	76	12
2022	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	23.502	1.338	226	79
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	69.389	3.962	354	567
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	359.305	10.163	11.836	1.322
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	108.721	5.338	3.456	234
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	24.998	491	969	115
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	8.478	228	193	22

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	4.233	40	3	9
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	511	12	55	16
ΙΑΝ-ΙΟΥΝ 2023	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	12.583	477	102	23
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	35.722	1.405	174	85
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	174.591	2.716	5.278	649
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	57.091	1.870	1.596	171
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	14.397	179	433	50
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	3.617	111	46	2
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2.407	0	3	270
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	364	21	51	26

Γράφημα 6 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 5^η ΥΠΕ



Στον πίνακα 15 παρουσιάζεται για την 6^η ΥΠΕ ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και οι υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου για το διάστημα 2012-2023. Όπως παρατηρείται και από το αντίστοιχο γράφημα 7 ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών, σημείωσε μικρή αύξηση από το 2012 μέχρι το 2016, ενώ από το 2017, ο αριθμός αυξήθηκε σημαντικά, ιδιαίτερα για τους Έλληνες πολίτες.

Ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων απόρων ατόμων παρατηρείται σε σταθερή πορεία από το 2012 έως το 2016 και στη συνέχεια να εμφανίζει μείωση από το 2017. Σε αντίθετη πορεία βρίσκεται ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων Ελλήνων πολιτών, ο οποίος σημειώνει σημαντική αύξηση το έτος 2016 και στη συνέχεια περαιτέρω αύξηση με μέγιστες τιμές τα έτη 2021 και 2022. Σημαντική μεταβολή σημειώθηκε μετά το 2019 και στον αριθμό των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των μεταναστών που νοσηλεύθηκαν στα ελληνικά νοσοκομεία αυξήθηκε από το 2019 σημειώνοντας μέγιστες τιμές τα έτη 2021 και 2022. Παράλληλα αυξήθηκαν οι ημέρες νοσηλείας, καθώς και οι διενεργηθείσες εξετάσεις για τους Έλληνες πολίτες αλλά και για τους ανασφάλιστους που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ ελαττώθηκαν σημαντικά οι ημέρες νοσηλείας για την κατηγορία των απόρων ατόμων, οι οποίες είχαν φτάσει σε υψηλά επίπεδα πριν από το 2016.

Πίνακας 15 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 6^ηΥΠΕ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΠΟΡΟΙ
2012	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	3.595	736	324	10.499
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	17.689	4.853	1.819	71.137
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	3.953	241	33.414	22.877
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	4.166	177	9.780	50.760

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	2.542	39	2.775	4.088
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	37	0	118	61
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	5	0	19	12
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	162	5	139	346
2013	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	5.339	1.256	838	12.492
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	24.733	3.285	2.385	69.524
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	72	493	0	23.631
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	85	516	101	64.174
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	15	95	2	5.258
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	0	12	0	264
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	13	0	0	114
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	154	9	0	432
2014	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	5.250	784	446	12.527
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	30.760	3.502	1.744	68.056
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	1.410	932	429	29.611
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	1.010	1.366	147	55.126
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	322	49	30	5.806
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	0	22	11	174
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	8	1	0	68
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	89	7	0	268
2015	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	5.757	718	421	10.916
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	48.583	3.228	1.936	75.649

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	582	388	354	59.445
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	208	248	54	15.743
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	201	38	37	3.589
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	11	14	12	470
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	28	0	0	54
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	310	24	0	265
2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	16.448	1.248	740	7.719
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	85.150	6.013	3.593	57.044
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	48.785	2.582	3.943	32.651
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	9.889	865	1.194	8.012
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	3.018	231	375	2.531
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	871	61	129	227
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	18	0	0	133
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	382	22	6	175
2017	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	31.752	2.172	1.014	1.306
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	135.752	8.002	2.590	19.725
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	167.123	23.614	22.072	5.005
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	49.258	6.042	3.866	696
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	13.046	2.127	1.299	325
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	3.999	401	419	32
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	423	149	225	7
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.073	68	14	42

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

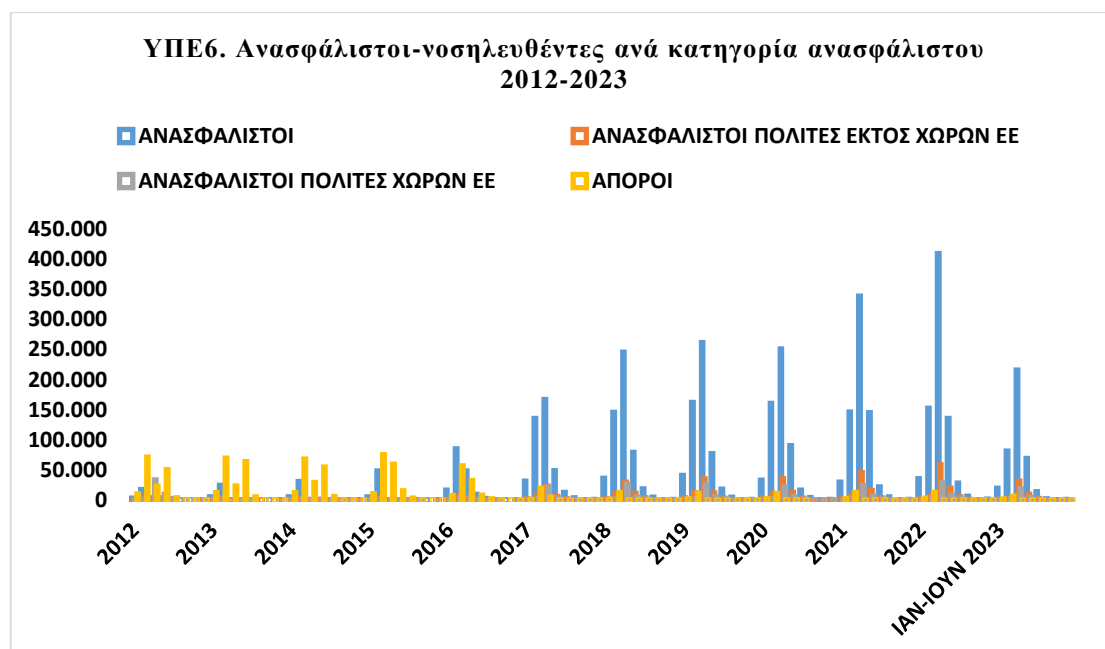
2018	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	36.490	2.954	1.160	1.388
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	145.892	10.054	2.872	12.751
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	245.757	29.815	26.527	522
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	79.369	11.348	4.720	319
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	18.722	3.705	1.918	95
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	5.047	495	459	3
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	178	120	202	3
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.298	144	72	27
2019	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	41.156	3.669	989	2.374
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	162.194	12.181	3.868	11.427
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	261.246	35.214	25.915	214
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	77.271	11.772	5.351	39
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	18.415	3.583	2.168	36
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	5.035	621	269	8
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	175	91	183	7
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.519	171	55	4
2020	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	33.233	2.915	983	2.447
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	160.369	11.388	2.984	10.614
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	250.699	35.924	21.926	371
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	90.506	13.036	5.449	129
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	16.613	3.355	1.764	4
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	4.266	558	211	0

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	190	61	114	0
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.419	162	71	0
2021	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	30.078	2.080	1.152	2.922
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	146.244	7.699	3.835	12.710
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	338.660	45.902	24.212	358
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	145.223	15.919	6.691	123
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	21.855	3.924	1.986	15
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	5.540	634	339	1
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	104	37	79	2
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.269	183	104	3
2022	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	35.659	2.320	1.120	3.402
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	152.727	6.760	3.922	12.972
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	409.036	58.713	28.744	110
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	135.403	19.885	8.334	25
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	28.332	5.612	2.345	11
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/ΡΕΤ)	6.382	1.042	393	4
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	121	32	47	2
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.815	257	80	412
ΙΑΝ- ΙΟΥΝ 2023	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩ Ν	19.596	1.218	805	1.761
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	81.381	2.975	2.468	6.799
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	215.557	31.571	18.946	504
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕ Σ	69.068	9.889	4.715	121
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	14.144	3.034	1.386	95

ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	2.556	627	171	21
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	122	37	72	16
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.049	128	61	245

Γράφημα 7. Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 6^η ΥΠΕ



Στον πίνακα 16, παρουσιάζεται για την 7^ηΥΠΕ ο αριθμός των ανασφάλιστων-νοσηλευθέντων, οι ημέρες νοσηλείας και οι υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου για το διάστημα 2012-2023. Όπως παρατηρείται και από το αντίστοιχο γράφημα 8 ο αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών, σημείωσε μικρή αύξηση από το 2012 μέχρι το 2015, ενώ από το 2016, ο αριθμός αυξήθηκε σημαντικά, ιδιαίτερα για τους Έλληνες πολίτες.

Ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων ατόμων παρατηρείται σε σταθερή αυξητική πορεία από το 2012 έως το 2015 και στη συνέχεια από το έτος 2016 εμφανίζει μείωση, η οποία είναι πιο εμφανής το έτος 2018. Το ίδιο διάστημα κατά το οποίο μειώθηκε ο αριθμός των ανασφάλιστων νοσηλευθέντων απόρων ατόμων, μειώθηκε και ο πολύ μεγάλος αριθμός ημερών νοσηλείας τους, ιδιαίτερα μετά το 2018.

Για τους Έλληνες ανασφάλιστους πολίτες σημειώθηκε σταδιακή αύξηση του αριθμού τους από το 2015, η οποία κορυφώθηκε τα έτη 2017 και 2018 και ακολούθως τα έτη που επηρεάστηκαν από την πανδημία δηλαδή 2019-2022. Παράλληλα, για τους Έλληνες ανασφάλιστους νοσηλευθέντες σημειώθηκε από το 2019 σημαντική αύξηση στον αριθμό των ημερών νοσηλείας, καθώς και στις εξετάσεις που διενεργήθηκαν, ενώ στη συνέχεια τα έτη 2021 και 2022 οι αριθμοί αυτοί γνώρισαν πτώση. Στην 7^η ΥΠΕ σημειώνεται ότι δεν εμφανίζονται στοιχεία για τους ανασφάλιστους νοσηλευθέντες που προέρχονται από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και από χώρες εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 2013 και μετά.

Πίνακας 16 Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 7^η ΥΠΕ

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ / ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ / ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΕ	ΑΠΟΡΟΙ
2012	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	719	145	153	3.085
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	2.368	450	3.409	17.357
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	31.952	6.422	2.252	70.886
	ΛΟΠΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	59.107	4.469	1.620	27.046
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	1.327	343	147	2.074
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	245	86	31	418

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	621	183	74	575
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	209	34	13	169
2013	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	1.093	81	135	3.307
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	4.296	289	456	18.914
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	81.132	5.659	8.358	88.674
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	52.256	4.208	6.350	40.318
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	6.285	573	904	3.940
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	614	56	84	525
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2.322	219	353	1.350
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	439	24	30	250
2014	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	1.619	168	136	3.983
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	5.559	271	381	20.440
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	87.721	0	0	99.637
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	88.990	0	0	41.150
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	7.413	0	0	4.506
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	658	0	0	691
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	2.468	0	0	1.386
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	537	0	0	329
2015	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	1.154	147	141	4.181

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	3.985	600	534	22.123
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	65.620	0	0	105.200
	ΛΟΠΙΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	116.895	0	0	46.194
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	5.309	0	0	4.562
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	1.118	0	0	1.247
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	1.883	0	0	1.272
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	476	0	0	398
2016	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	6.930	41	37	2.275
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	26.142	103	47	13.428
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	154.085	0	0	70.922
	ΛΟΠΙΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	86.510	0	0	28.379
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	14.467	0	0	3.536
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	2.299	0	0	866
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	3.513	0	0	713
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	936	0	0	204
2017	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	17.192	22	21	403
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	61.716	64	4	2.353
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	317.527	3	11	41.349
	ΛΟΠΙΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	16.888	9	6	14.178
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	7.201	3	4	1.848

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	(ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)				
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	1.708	0	0	565
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	159	0	0	99
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.691	2	0	95
2018	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	20.804	70	9	95
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	72.365	99	0	332
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	296.207	180	0	13.203
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	35.365	48	0	5.335
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	6.395	0	0	2.806
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	1.157	0	0	321
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	62	0	0	40
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.853	0	0	38
2019	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΤΩΝ	23.651	105	0	2
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	77.349	363	0	28
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	310.788	74	0	1.600
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ	5.722	38	0	1.029
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ)	9.650	16	0	782
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	2.366	0	0	112

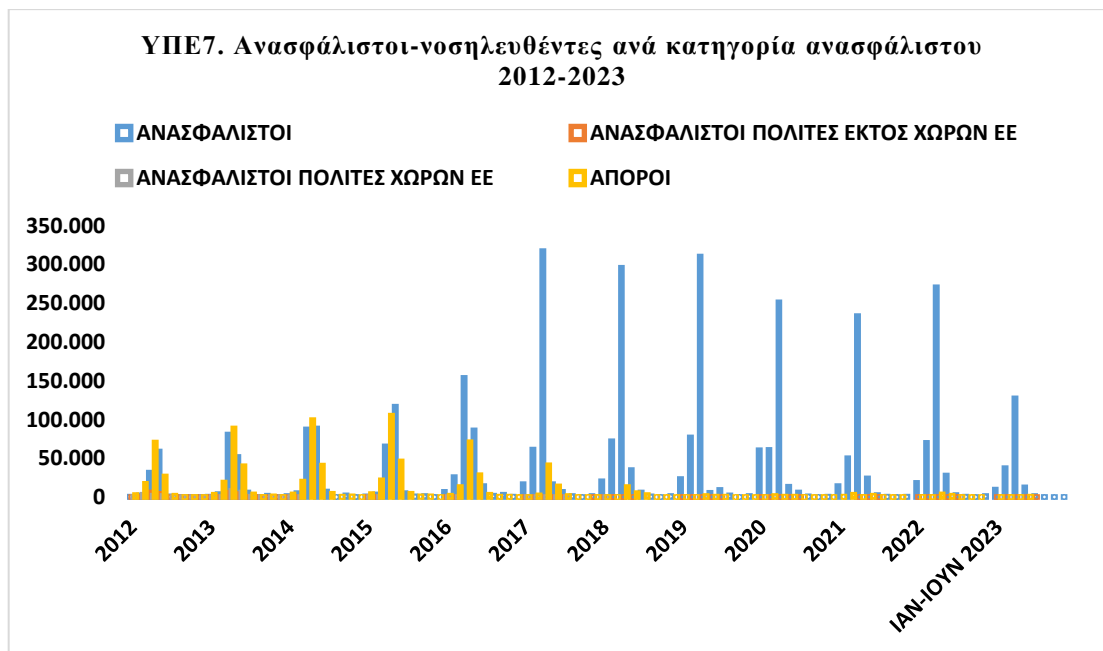
Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	216	0	0	10
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.910	0	0	13
2020	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	60.599	1	0	359
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	61.265	1	0	1.583
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	251.681	296	0	961
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	13.847	43	0	739
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	6.205	3	0	59
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	1.463	0	0	26
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	237	0	0	4
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.093	0	0	9
2021	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	14.691	0	0	815
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	50.531	0	0	3.286
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	233.911	384	0	546
	ΛΟΙΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	24.273	68	0	2.332
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	3.132	11	0	112
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	994	0	0	18
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	313	0	0	11
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	858	0	0	0
2022	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	18.476	8	0	22

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	70.423	22	0	199
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	270.840	305	0	3.741
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	28.080	100	0	2.082
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	2.753	9	0	1
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	1.036	0	0	9
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	218	0	0	18
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	1.704	0	0	0
ΙΑΝ- ΙΟΥΝ 2023	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤ ΩΝ	9.784	5	0	10
	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	37.512	19	0	56
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	127.875	106	0	580
	ΛΟΠΕΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚ ΕΣ	13.018	28	0	948
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕ Σ)	1.567	3	0	0
	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ (ΑΞΟΝΙΚΕΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΕΣ, ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ/PET)	655	0	0	0
	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ	167	0	0	0
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	627	0	0	0

Γράφημα 8.Ανασφάλιστοι-νοσηλευθέντες- ημέρες νοσηλείας -υπηρεσίες ανά κατηγορία ανασφάλιστου 2012-2023 για την 7^ηΥΠΕ



5.4 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ

5.4.1 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2012-2014). Αύξηση στις τιμολογήσεις νοσηλίων παρατηρείται σε όλες τις ΥΠΕ, εκτός από την 6^ηΥΠΕ. Αξιοσημείωτη ήταν η αύξηση στα νοσήλια στις 1^η, 2^η, 3^η και 7^ηΥΠΕ.

Οι αυξήσεις στις τιμολογήσεις νοσηλίων για ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες βρίσκονται σε συμφωνία με τις αντίστοιχες αυξήσεις για όλη την κατηγορία των ανασφάλιστων κατά την περίοδο 2012-2014, όπου και πάλι σημειώθηκε πτωτική τάση στην ΥΠΕ6. Η συμφωνία στις αυξήσεις των τιμολογήσεων νοσηλίων για ανασφάλιστους πολίτες με αυτές που σημειώθηκαν για όλη την κατηγορία των ανασφάλιστων δείχνει μια συνέπεια στις πολιτικές τιμολόγησης κατά την διάρκεια της περιόδου 2012-2014.

Πίνακας 17. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2012-2014

ΥΠΕ	Νοσήλιο	2012	2013	2014
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	6.895.650	4.699.640	10.306.738
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	5.650.714	6.915.439	8.866.340
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	805.110	2.519.190	2.340.768
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			

	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.236.236	2.167.936	1.923.296
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.534.039	1.681.980	1.968.434
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.195.340	1.918.893	2.228.653
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	828.941	1.126.817	2.046.592

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2016-2018). Η αύξηση, η οποία παρατηρείται στις τιμολογήσεις νοσηλίων σε όλες τις ΥΠΕ είναι αξιοσημείωτη με την 4^ηΥΠΕ να παρουσιάζει έως και δεκαπλάσιες τιμολογήσεις νοσηλίων το 2018 σε σύγκριση με το 2016.

Στην προκειμένη περίπτωση, αξίζει να σημειωθεί, ότι στις περισσότερες ΥΠΕ για το εξεταζόμενο διάστημα και για όλη την κατηγορία των ανασφάλιστων παρατηρείται σημαντική μείωση στις τιμολογήσεις νοσηλίων, τη στιγμή που για τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες σημειώθηκε αύξηση. Αυτή η αντίφαση στις τάσεις των τιμολογήσεων μπορεί να αναδεικνύει σύνθετα θέματα που συνδέονται με την οικονομική διαχείριση του συστήματος υγείας και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Η σημαντική μείωση στις τιμολογήσεις νοσηλίων για την πλειονότητα των ΥΠΕ και για όλη την κατηγορία των ανασφάλιστων δύναται να ερμηνευθεί ως μια προσπάθεια για μείωση του κόστους νοσηλείας ή για την προσέλκυση ασφαλισμένων ασθενών σε πιο οικονομικά προσιτές υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη πλευρά, η αύξηση των τιμολογήσεων για τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες είναι δυνατόν να αποτελεί απόδειξη της επίδρασης της οικονομικής κατάστασης της χώρας στην πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, με την αύξηση των τιμολογήσεων να αντανακλά την ανάγκη για περισσότερους πόρους που απαιτούνται για τη διατήρηση και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 18. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2016-2018

ΥΠΕ	Νοσήλιο	2015	2016	2017	2018
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			320.707	433.783
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	11.671.684	19.141.320	25.149.852	28.610.246
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			53.542	145.500
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	8.977.911	13.179.372	20.829.896	14.253.814
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				63.318
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.417.783	9.045.610	11.385.172	18.086.729
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			294.690	892.929
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.816.383	7.218.234	27.755.420	37.907.420
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				269.133
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	2.441.936	8.382.436	9.264.385	10.631.348
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			3.082	104.795
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	4.220.445	15.811.078	13.141.177	24.431.874
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.370.085	3.961.060	8.900.238	10.949.250

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2019-2023). Παρατηρείται σημαντική μείωση στις τιμολογήσεις νοσηλίων, οι οποίες τα έτη που προηγήθηκαν γνώρισαν ανοδική πορεία, η οποία κορυφώθηκε το 2019, με το ξέσπασμα της πανδημίας. Επομένως, από το δεύτερο έτος της πανδημίας (2020) οι τιμολογήσεις

νοσηλίων για τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες γνώρισαν σημαντική μείωση, η οποία στις 1^η, 2^η, 3^η και 7^η ΥΠΕ σχεδόν μειώθηκαν κατά τα δύο τρίτα των αντίστοιχων του έτους 2019. Στις 4^η, 5^η και 6^η ΥΠΕ η μείωση που σημειώθηκε οδήγησε στο ήμισυ του αρχικού αριθμού (έτος 2019).

Πτωτική ήταν και η τάση των εισπράξεων νοσηλίων εκτός από την 7^ηΥΠΕ, όπου παρατηρήθηκε διπλασιασμός των εισπράξεων το 2020 και μετά σταδιακή πτώση μέχρι να προσεγγίσουν οι εισπράξεις τον αριθμό των εισπράξεων του έτους 2019. Το γεγονός αυτό οφείλεται ενδεχομένως στην αύξηση των νοσηλευθέντων και των ημερών νοσηλείας που παρατηρήθηκε το έτος 2019, όταν η χώρα βαλλόταν από τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19.

Πίνακας 19. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες 2019-2023

ΥΠΕ	Νοσήλιο	2019	2020	2021	2022	Ιαν - Ιουν 2023
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	711.360	1.937.249	2.672.166	1.556.608	560.717
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	29.372.104	19.007.398	23.828.576	19.412.225	9.388.142
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	1.703.020	588.476	1.157.335	1.329.511	988.321
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	17.776.139	12.165.594	10.851.791	14.629.623	5.718.597
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	2.778.134	1.926.959	5.169.761	5.397.454	2.993.677
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	25.126.714	20.479.639	17.461.194	21.191.901	7.688.380
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	4.107.456	3.084.806	5.119.657	2.433.557	2.200.171
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	47.367.399	49.233.735	48.338.012	54.140.384	33.619.447
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	1.506.023	772.488	692.141	1.444.443	157.433
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	11.056.632	9.046.958	10.065.447	18.252.414	6.241.728
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	2.472.933	1.096.341	992.863	1.371.593	1.730.626

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	28.236.011	33.729.997	20.267.964	17.139.991	11.577.811
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	2.084.958	4.422.206	2.717.105	2.238.838	2.216.887
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	27.163.024	22.935.274	15.938.246	9.839.507	5.904.835

5.4.2 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: ανασφάλιστοι αλλοδαποί

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ανασφάλιστοι αλλοδαποί πολίτες 2013-2018). Σημαντική αύξηση σημειώθηκε στις τιμολογήσεις νοσηλίων σε όλες τις ΥΠΕ, η οποία κορυφώθηκε τα έτη 2016 και 2017, για να παρουσιάσει το έτος 2018 μια μικρή πτώση. Τα διαθέσιμα δεδομένα για τις εισπράξεις νοσηλίων εμφανίζονται δυσανάλογα αν συγκριθούν όλες οι ΥΠΕ. Πάντως, με τα διαθέσιμα δεδομένα οι εισπράξεις διπλασιάστηκαν στην 1^η ΥΠΕ από το 2017 έως το 2018, μειώθηκαν στο ένα έκτο των εισπράξεων από το 2017 στο 2018 για την 2^η ΥΠΕ, ενώ στην 6^η ΥΠΕ παρατηρείται σημαντική αύξηση.

Πίνακας 20. Πίνακας χ. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι αλλοδαποί πολίτες 2013-2018

Νοσήλιο	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Εισπράξεις Νοσηλίων					105.212	222.278
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.991.954	4.666.922	5.261.288	5.428.574	7.212.323	6.502.393
Εισπράξεις Νοσηλίων					3.109	280
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.506.048	2.128.773	3.058.819	3.604.084	2.389.690	1.900.808
Εισπράξεις Νοσηλίων						32.784
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	433.521	443.760	776.026	1.673.673	456.080	613.039
Εισπράξεις Νοσηλίων					107.450	1.600
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	317.823	373.598	836.436	2.052.097	563.673	919.462
Εισπράξεις Νοσηλίων						
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	428.244	416.666	510.493	971.809	838.392	707.084
Εισπράξεις Νοσηλίων					2.607	15.262

Τιμολογήσεις Νοσηλίων	662.202	1.681.914	1.815.025	2.823.407	1.096.861	1.718.867
Εισπράξεις Νοσηλίων						
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	747.044	1.219.444	574.325	1.412.388	1.145.470	1.129.911

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ανασφάλιστοι αλλοδαποί πολίτες 2019-2022). Κατά αναλογία με τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες για το ίδιο διάστημα, τα δεδομένα για τους ανασφάλιστους αλλοδαπούς πολίτες αποκαλύπτουν ότι σε όλες τις ΥΠΕ σημειώνεται σημαντική μείωση στις τιμολογήσεις νοσηλίων, οι οποίες από τους μεγάλους αριθμούς που παρατηρήθηκαν το 2019, ελαττώθηκαν σχεδόν κατά το ήμισυ.

Πτωτική ήταν και η τάση των εισπράξεων νοσηλίων, η οποία σημειώθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό από την αντίστοιχη μείωση που σημειώθηκε για τις εισπράξεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους Έλληνες πολίτες. Το γεγονός αυτό δύναται να ερμηνευτεί από μια γενικότερη οικονομική πίεση στο σύστημα υγείας, ενώ η μεγαλύτερη πτώση στις εισπράξεις για τους ανασφάλιστους πολίτες μπορεί να είναι ένδειξη της οικονομικής δυσκολίας αυτής της πληθυσμιακής ομάδας.

Πίνακας 21. Πίνακας χ. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ. Ανασφάλιστοι αλλοδαποί πολίτες 2019-2022

Νοσήλιο	2019	2020	2021	2022	Ιαν - Ιουν 2023
Εισπράξεις Νοσηλίων	208.696	359.795	562.369	453.632	133.276
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	8.137.699	3.960.371	6.380.286	5.127.450	2.609.498
Εισπράξεις Νοσηλίων	13.822	31.323	52.975	4.688	1.121
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	2.292.403	1.416.545	996.528	936.469	719.507

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Εισπράξεις Νοσηλίων	208.516	38.417	499.304	563.414	98.417
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	589.598	505.498	287.440	548.001	98.391
Εισπράξεις Νοσηλίων	64.071	3.503	22.712	18.634	31.777
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.726.605	1.746.935	1.706.102	1.483.115	1.035.794
Εισπράξεις Νοσηλίων	71.103	104.446	61.247	87.263	
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	902.883	530.149	547.843	624.020	212.816
Εισπράξεις Νοσηλίων	64.769	112.998	53.621	15.214	55.543
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	2.026.134	1.901.670	1.418.774	1.755.185	1.113.401
Εισπράξεις Νοσηλίων					
Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.275.820	913.946	826.092	389.271	430.405

5.4.3 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, οι οποίες αφορούν τους οικονομικά αδύνατους πολίτες για την περίοδο 2012-2016.

Στις 3^η και 7^η ΥΠΕ παρατηρείται μείωση των τιμολογήσεων νοσηλίων, παρά το γεγονός ότι σημειώθηκε προσωρινή αύξηση το έτος 2014. Το έτος 2014 σημειώθηκε σημαντική αύξηση για τις τιμολογήσεις νοσηλίων και στις άλλες ΥΠΕ, ενώ το έτος 2016 τα δεδομένα υποδεικνύουν μείωση των τιμολογήσεων νοσηλίων σε σχέση με τα αντίστοιχα του 2012. Η απότομη πτώση στις τιμολογήσεις νοσηλίων είναι δυνατό να οφείλεται σε μια ενδεχόμενη αλλαγή στην πολιτική του συστήματος υγείας, όπως μεταρρυθμίσεις ή αλλαγές στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης για τους ανασφάλιστους πολίτες. Επιπρόσθετα, η απότομη πτώση των τιμολογήσεων νοσηλίων είναι δυνατόν να οφείλεται στις προηγούμενες υψηλές τιμές νοσηλίων ή στην αστάθεια στη χρηματοδότηση της υγείας.

Πίνακας 22. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι 2012-2016

	Νοσήλιο	2012	2013	2014	2015	2016
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων					
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	23.798.835	29.158.339	33.181.904	26.970.999	22.673.049
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων					
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	14.045.337	17.312.701	18.400.438	20.706.308	12.872.047
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων					
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	7.781.443	9.852.711	13.617.117	12.957.534	9.420.246
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων					
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	9.797.892	8.973.296	10.916.970	12.351.877	7.157.463

5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων					
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	6.063.441	7.068.221	5.589.299	5.754.803	5.093.110
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων					
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	18.281.170	9.361.761	11.110.375	14.606.723	10.048.316
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων					
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.277.371	3.820.161	5.978.573	4.578.983	3.514.660

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, οι οποίες αφορούν τους οικονομικά αδύνατους πολίτες για την περίοδο 2017-2020. Σημαντικές μειώσεις παρατηρούνται για τις τιμολογήσεις νοσηλίων σε όλες τις ΥΠΕ εκτός από τις 3^η και 6^η ΥΠΕ, όπου οι αριθμοί δεν παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση. Στις υπόλοιπες ΥΠΕ παρατηρείται αξιοσημείωτη μείωση, όπως για παράδειγμα στην 1^η ΥΠΕ, όπου οι τιμολογήσεις νοσηλίων το 2019 περιορίστηκαν στο ένα όγδοο του αρχικού αριθμού του έτους 2017. Το έτος 2019 σηματοδοτεί σε γενικές γραμμές ένα σημείο απότομης πτώσης των τιμολογήσεων νοσηλίων για τους οικονομικά αδύνατους πολίτες.

Η απότομη πτώση στις τιμολογήσεις νοσηλίων είναι δυνατό να οφείλεται σε μια ενδεχόμενη αλλαγή στην πολιτική του συστήματος υγείας, όπως μεταρρυθμίσεις ή αλλαγές στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης για τους ανασφάλιστους πολίτες. Επιπρόσθετα, η απότομη πτώση των τιμολογήσεων νοσηλίων είναι δυνατόν να οφείλεται στις προηγούμενες υψηλές τιμές νοσηλίων ή στην αστάθεια στη χρηματοδότηση της υγείας.

**Πίνακας 23. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία
ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι 2017-2020**

	Νοσήλιο	2017	2018	2019	2020
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων		440	220	
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	4.726.643	2.294.367	587.727	507.366
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.314.004	3.437.548	3.367.450	1.364.527
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			1.340.565	194.780
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.471.621	3.806.772	3.374.476	3.777.988
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	70.310		82	115
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	4.095.406	1.926.931	1.752.322	340.279
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			0	0
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	175.590	18.074	14.224	14.283
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	19.266	11.410	18.352	0
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	264.753	164.687	10.004.595	291.774
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	300			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	36.205	32.315	193.984	16.428

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, οι οποίες αφορούν τους οικονομικά αδύνατους πολίτες για την περίοδο 2021-2023. Οι μειώσεις συνεχίζουν να παρατηρούνται για τις τιμολογήσεις νοσηλίων σε όλες τις ΥΠΕ, ενώ παράλληλα για τις εισπράξεις νοσηλίων παρατηρείται σημαντική μείωση στις 1^η, 3^η και 6^η ΥΠΕ.

Η διατήρηση της τάσης μείωσης των τιμολογήσεων νοσηλίων επισημαίνει ότι η κατάσταση που επηρέασε τη μείωση κατά την περίοδο 2017-2020 συνεχίζει να υφίσταται και κατά την περίοδο 2021-2023. Επιπρόσθετα, η σημαντική μείωση των εισπράξεων νοσηλίων σε ορισμένες ΥΠΕ (1^η, 3^η και 6^η) είναι ενδεικτική της πιθανής επιδείνωσης της οικονομικής κατάστασης των ασθενών σε αυτές τις περιοχές ή της μείωσης της πρόσβασής τους σε υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 24. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: οικονομικά αδύνατοι 2020-2023

	Νοσήλιο	2021	2022	Ιαν - Ιουν 2023
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	900		
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	339.224	677	675
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	636.532	396.169	136.443
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	3.101.903	3.960.708	279.047
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	3.423.150	4.911.824	1.609.146
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	10.118	17.197	7.375
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	0	0	0

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	10.610	9.536	8.335
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	5.448	6.896	1.544
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	863.772	1.160.637	662.957
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	62.242	16.754	34.470

5.5 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: μετανάστες

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, οι οποίες αφορούν τους μετανάστες για την περίοδο 2016-2019. Μόνο στην 6^η ΥΠΕ παρατηρείται μικρή αύξηση στις τιμολογήσεις, ενώ στις υπόλοιπες ΥΠΕ παρατηρείται μείωση και ιδιαίτερα στις 1^η, 5^η και 7^η ΥΠΕ. Η πτώση στις τιμολογήσεις είναι δυνατόν να οφείλεται στην κοινωνική και πολιτική αποδοχή ή απόρριψη των μεταναστευτικών ροών σε συγκεκριμένες περιοχές ή τις προσπάθειες για περιορισμό των δαπανών στον τομέα της υγείας.

Πίνακας 25. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία ΕΣΥ: μετανάστες 2016-2019

	Νοσήλιο	2016	2017	2018	2019
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				36.752
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων		2.849.799	1.271.827	996.581
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων		428.464	3.495	
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων		619.500	239.765	440.212
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				113.865
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων				246.345
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων			3.330	6.043
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	35.815	402.292	265.298	226.294
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων		247.675	24.193	17.855
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων		0	43.011	
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων		207.103	62.069	319.426

7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων		11.873	5.349	2.735

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, οι οποίες αφορούν τους μετανάστες για την περίοδο 2020-2023. Η τάση στις τιμολογήσεις είναι και σε αυτήν την περίοδο πτωτική σε όλες τις ΥΠΕ, με το έτος 2022 να σηματοδοτεί ένα σημείο καμπής για τις τιμολογήσεις. Και σε αυτή την περίπτωση η πτώση στις τιμολογήσεις είναι δυνατόν να οφείλεται στην κοινωνική και πολιτική αποδοχή ή απόρριψη των μεταναστευτικών ροών σε συγκεκριμένες περιοχές ή τις προσπάθειες για περιορισμό των δαπανών στον τομέα της υγείας.

Επιπλέον για τις εισπράξεις νοσηλίων για τους μετανάστες παρατηρείται μια απότομη πτώση το 2022. Η απότομη πτώση στις εισπράξεις νοσηλίων είναι δυνατό να οφείλεται σε αλλαγές στην πολιτική υγείας που επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες, όπως περιορισμοί στην πρόσβαση ή αλλαγές στη χρηματοδότηση, καθώς επίσης και στις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, οδηγώντας σε μείωση της ικανότητάς τους να πληρώσουν για υπηρεσίες υγείας.

**Πίνακας 26. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά κατηγορία ανασφάλιστων/νοσοκομεία
ΕΣΥ: μετανάστες 2020-2023**

	Νοσήλιο	2020	2021	2022	Ιαν - Ιουν 2023
1 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων		664.059		
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.546.267	1.074.348	177.743	104.089
2 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	377.453	246.513	19.360	56.375
3 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	7.726	135.162	93.419	15.781
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	173.842	138.059	118.216	15.370
4 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	454.345	405.391	172.855	23.709
5 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων	15.097		2.190	4.069
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	26.322	679	3.535	2.922
6 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	125.083	184.124	61.590	20.601
7 ^η ΥΠΕ	Εισπράξεις Νοσηλίων				
	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	1.165	240		

5.6 Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά έτος (% μεταβολές από προηγούμενο έτος)

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται οι τιμολογήσεις νοσηλίων ανά έτος για το διάστημα 2012-2023, καθώς και το ποσοστό μεταβολής από το προηγούμενο έτος. Οι τιμολογήσεις νοσηλίων αυξήθηκαν το 2013 κατά 11,12% σε σύγκριση με το 2012, το 2014 αυξήθηκαν κατά 21,58%, το 2015 αυξήθηκαν κατά 5,21%, το 2016 αυξήθηκαν κατά 12,85%, ενώ το 2017 μειώθηκαν κατά 9,06%. Αύξηση σημειώθηκε στις τιμολογήσεις νοσηλίων το 2018 κατά 14,21% σε σχέση με το προηγούμενο έτος 146.675.866 και περαιτέρω αύξηση το 2019 κατά 30,64%. Το έτος 2020 οι τιμολογήσεις νοσηλίων γνώρισαν μείωση σε ποσοστό 16,92% και το 2021 η μείωση ανήλθε σε ποσοστό 10,87%. Τέλος, το 2022 σημειώθηκε μικρή αύξηση στις τιμολογήσεις νοσηλίων κατά 3,74%.

**Πίνακας 27. Τιμολογήσεις νοσηλίων ανά έτος
(% μεταβολές από προηγούμενο έτος)**

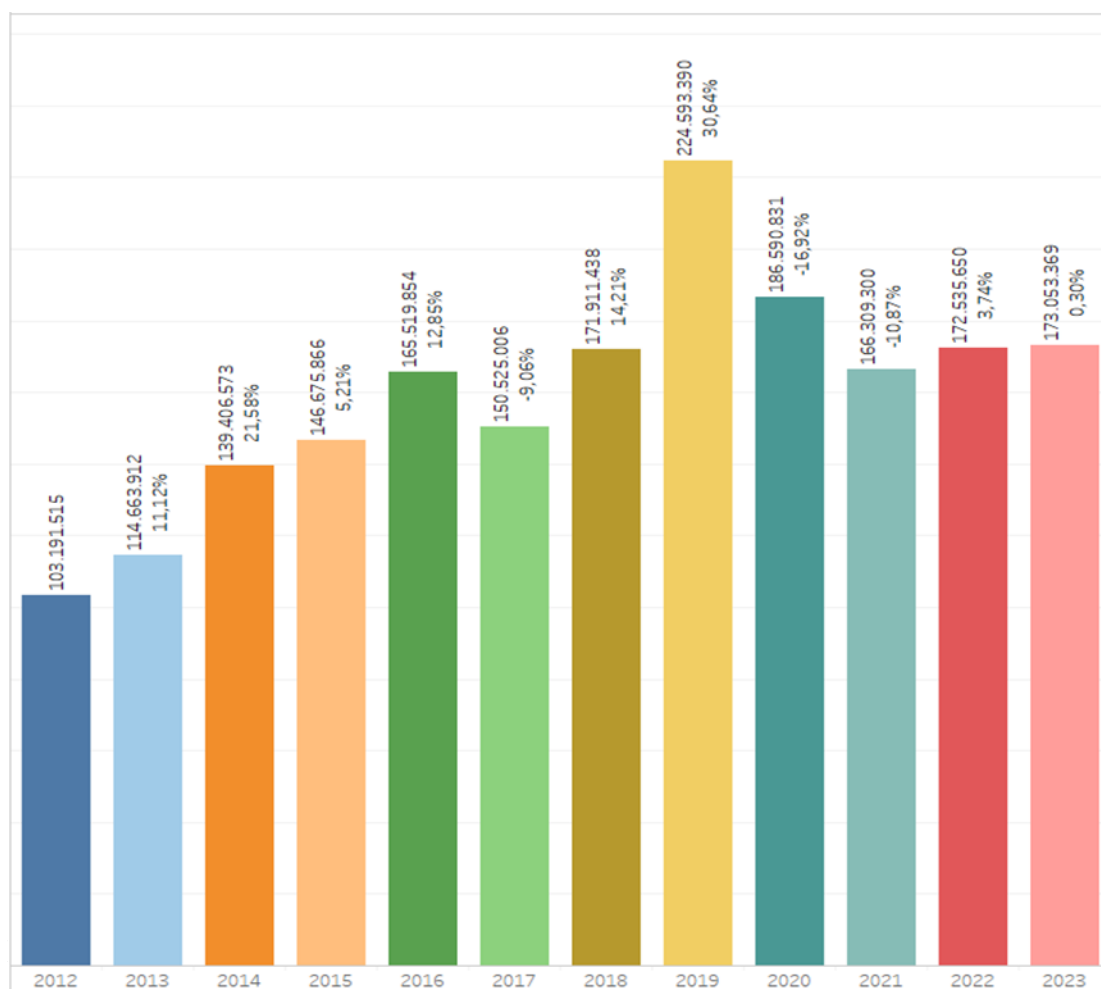
Έτος		
2012	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	103.191.515
2012	% μεταβολή	
2013	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	114.663.912
2013	% μεταβολή	11,12%
2014	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	139.406.573
2014	% μεταβολή	21,58%
2015	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	146.675.866
2015	% μεταβολή	5,21%
2016	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	165.519.854
2016	% μεταβολή	12,85%
2017	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	150.525.006
2017	% μεταβολή	-9,06%
2018	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	171.911.438
2018	% μεταβολή	14,21%
2019	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	224.593.390
2019	% μεταβολή	30,64%
2020	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	186.590.831
2020	% μεταβολή	-16,92%
2021	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	166.309.300
2021	% μεταβολή	-10,87%
2022	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	172.535.650
2022	% μεταβολή	3,74%
2023	Τιμολογήσεις Νοσηλίων	173.053.369
2023	% μεταβολή	0,30%

Βάσει των παραπάνω στοιχείων και από τον πίνακα 28 και το γράφημα 9, που ακολουθεί, εξάγεται το συμπέρασμα ότι κατά τη διάρκεια των ετών 2013 έως 2019, παρατηρήθηκε σταθερή αύξηση των τιμολογήσεων νοσηλίων, με ετήσια ποσοστά αύξησης που κυμαίνονται από 5,21% έως 30,64%, ενώ η περίοδος 2020-2021 χαρακτηρίστηκε από απότομες μειώσεις στις τιμολογήσεις νοσηλίων, με ποσοστά μείωσης που φτάνουν το 16,92% και το 10,87% αντίστοιχα. Το έτος 2022 σημειώθηκε μια μικρή αύξηση στις τιμολογήσεις νοσηλίων κατά 3,74%, υποδεικνύοντας μια ελαφρά αλλαγή στην τάση μετά από τις μεγάλες μειώσεις των προηγούμενων ετών.

Πίνακας 28. Τιμολογήσεις/εισπράξεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους -σύνολο

ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΕΙΣ / ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ - ΣΥΝΟΛΟ												
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΕΙΣ / ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ	103.191.515	114.663.912	139.406.573	146.675.866	165.519.854	150.525.006	171.911.438	224.593.390	186.590.831	166.309.300	172.535.650	173.053.369
ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ						1.408.738	2.243.347	17.510.740	14.696.722	23.680.725	20.978.059	24.727.659

Γράφημα 9. Τιμολογήσεις/εισπράξεις νοσηλίων για τους ανασφάλιστους -σύνολο



Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία ανέδειξε ζητήματα κυρίως νομικής φύσης που συμβάλλουν στις συνεχιζόμενες ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη από ανασφάλιστους πολίτες και άλλες ευάλωτες ομάδες. Ειδικότερα, η έρευνα εντόπισε τα διαχρονικά προβλήματα και παθογένειες, όπως απορρέουν από το θεσμικό πλαίσιο και τις πραγματικές συνθήκες, που αντιμετωπίζουν οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, αναφορικά με την ανεμπόδιστη, ισότιμη και καθολική πρόσβασή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σε δεύτερο επίπεδο, η έρευνα επεδίωξε να αναλύσει τις τυχόν ελλείψεις και ανεπάρκειες του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου, ως προς την προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και να προτείνει βελτιώσεις που θα μπορούσαν να γίνουν στο υπάρχον θεσμικό πλαίσιο, ώστε να διευκολυνθεί και να αναβαθμιστεί η πρόσβαση των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η έρευνα ανέδειξε διαχρονική αύξηση του αριθμού νοσηλευθέντων ανασφάλιστων ανά υγειονομική περιφέρεια για τα έτη 2012-2020. Συγκεκριμένα, σε όλες τις ΥΠΕ με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων. Η αύξηση αυτή γίνεται πιο έντονη, κυρίως από το 2017 και μετά για όλες σχεδόν τις ΥΠΕ. Η σημαντική αύξηση των ανασφάλιστων ασθενών, ιδιαίτερα μετά την οικονομική κρίση του 2008, υποδηλώνει ενδεχόμενη διεύρυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα παρά την ύπαρξη σχετικών πολιτικών και θεσμικού πλαισίου.

Όσον αφορά στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, που σχετίζεται με τη διερεύνηση των διαχρονικών προβλημάτων, όπως απορρέουν από το θεσμικό πλαίσιο, που αντιμετωπίζουν οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού αναφορικά με την πρόσβασή τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η εργασία κατέληξε στις κατωτέρω αναφερόμενες συνοπτικά διαπιστώσεις.

Το πρώτο διαχρονικό πρόβλημα σχετίζεται με μειωμένη υγειονομική περίθαλψη και τη μειωμένη κάλυψη του πληθυσμού, αλλά και την παντελή απουσία προληπτικών δράσεων. Η συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΠΥ το έτος 2014 συμπίπτει με μείωση της πληθυσμιακής κάλυψης και της πρόσβασης σε περίθαλψη,

ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές. Παράγοντες, όπως η αυξημένη ανεργία και η προσχώρηση και απασχόληση των ιατρών στον ιδιωτικό τομέα ή η μετανάστευση στο εξωτερικό, επιδείνωσαν αυτές τις προκλήσεις, με αποτέλεσμα τη μειωμένη διαθεσιμότητα παροχής υπηρεσιών υγείας για πολλούς ανθρώπους. Η απώλεια ασφαλιστικών δικαιωμάτων λόγω της αύξησης της ανεργίας και η μείωση του ανθρώπινου δυναμικού στον δημόσιο τομέα, αναδεικνύεται ότι ενέτειναν τις προκλήσεις του συστήματος υγείας, οδηγώντας σε μειωμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες συνολικώς αλλά και ίδια για τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Η ενσκήψασα οικονομική κρίση αποτέλεσε επίσης καθοριστικό παράγοντα. Καταδεικνύεται από τα αριθμητικά στοιχεία, ότι οι περικοπές και οι μεταρρυθμίσεις, που βασίζονται στη λιτότητα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, έθεσαν υπό αμφισβήτηση την οικουμενικότητα και καθολικότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η εξίσωση των παροχών μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και οι μετατοπίσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα επηρέασαν σημαντικά την προσβασιμότητα και την οικονομική προσιτότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Ιδιαίτερα οι κατηγορίες των ατόμων, που στερήθηκαν υγειονομικής κάλυψης στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα ευάλωτων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των μακροχρόνια ανέργων και των εξαρτώμενων μελών των οικογενειών, αλλά και των μεταναστών και προσφύγων άσχετα με το αν πληρούν τις προϋποθέσεις της νόμιμης παραμονής στην χώρα. Με βάση την ανάλυση των δευτερογενών δεδομένων αξίζει να σημειωθεί, ότι εν έτει 2016-2017, δηλαδή εντός της κρίσης, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στις τιμολογήσεις νοσηλίων για τους αλλοδαπούς σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες.

Περαιτέρω κρίσιμο ζήτημα αποδεικνύεται η ελλιπής χρηματοδότηση. Τα ως άνω παρατεθέντα στοιχεία καταδεικνύουν ότι οι νόμοι που θεσπίστηκαν για την υγεία, το χρονικό διάστημα 2016-2023, στην Ελλάδα είχαν ως σκοπό να συνεισφέρουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και να διευκολύνουν την πρόσβαση των ανασφάλιστων ατόμων σε αυτές. Ωστόσο, παρά τις μεταρρυθμίσεις που στόχευαν στη βελτίωση των υπηρεσιών και της πρόσβασης των ανασφάλιστων ατόμων, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να υποχρηματοδοτείται. Αυτή η ανεπάρκεια

εμποδίζει την αποτελεσματική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και την προσβασιμότητα των πολιτών των ευάλωτων ομάδων σ' αυτές. Ως ένα από τα αποτελέσματα των προβλημάτων αυτών καταγράφεται η διέξοδος των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στην Ελλάδα, στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, όταν καθίσταται οικονομικά εφικτό ή η παντελής αποχή από τις υπηρεσίες υγείας, με συνέπεια την συνεχή εμφάνιση νοσηροτήτων στον πληθυσμό και την επακόλουθη οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας.

Η δυσχέρεια οριοθέτησης στο θεσμικό πλαίσιο της ακριβούς έννοιας, η οποία γίνεται αποσπασματικά, των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, συνιστά επίσης ένα διαχρονικό ζήτημα, που εμποδίζει την αποτελεσματική εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου, το οποίο βεβαίως είναι κι αυτό κατακερματισμένο αποτελούμενο από συνεχείς τροποποιήσεις διατάξεων νόμου και κάθε φορά νέες εφαρμοστικές κανονιστικές διατάξεις της διοίκησης. Αυτή η έλλειψη τυποποίησης και η πολυνομία, οδηγεί σε ασάφεια, σύγχυση και κατακερματισμό εντός του συστήματος υγείας και πρόνοιας, εμποδίζοντας την χάραξη ολιστικής κεντρικής στρατηγικής, τον συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών και των ενδιαφερομένων πολιτών μειώνοντας ταυτοχρόνως τον συνολικό αντίκτυπο των κοινωνικών πολιτικών στους ευάλωτους πληθυσμούς.

Τέλος, η διαφοροποίηση της δομής του συστήματος υγείας για τους πρόσφυγες συνιστά επιπλέον ένα σημαντικό πρόβλημα που εμποδίζει την αποτελεσματική εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου. Αυτή η διαφοροποίηση μπορεί να οδηγήσει σε ασυνέπειες και ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τους πρόσφυγες, επιδεινώνοντας περαιτέρω τις ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Από τα θέματα προς εξέταση, τα οποία αποτελούν τροχοπέδη στην αποτελεσματική εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου και τελικώς της όποιας σχετικής κυβερνητικής πολιτικής, δεν θα μπορούσε να μην γίνει αναφορά στις δυσμενείς συνέπειες της υγειονομικής κρίσης που επέφερε η πανδημία της COVID-19. Προκύπτει η πανδημία COVID-19 έχει επιδεινώσει τις υπάρχουσες προκλήσεις στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και πρόληψης και έχει δημιουργήσει νέα δεδομένα στην

πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα για ευάλωτους πληθυσμούς. Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, οι εθνικές μειονότητες, οι ανασφάλιστοι και οι μετανάστες -ακόμη κι αυτοί που δεν πληρούν τις νόμιμες προϋποθέσεις διαμονής- δεν τυγχάνουν ισότιμης, καθολικής και ανεμπόδιστης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, περίθαλψης και πρόνοιας. Επιπλέον, τα άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες ή αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσχέρειες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω γεωγραφικών όρων και υποδομών υγειονομικής περίθαλψης. Αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθεί, ότι το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού κατά της COVID-19 (επιχείρηση «ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ») το οποίο εφαρμόστηκε στη χώρα κατά το οποίο διενεργήθηκαν εμβολιασμοί σε όλη τη χώρα με παροχή της υπηρεσίας κατ' οίκον σε ανήμπορους πολίτες, απέδειξε, ότι ένας τρόπος κάλυψης ευάλωτων πολιτών θα μπορούσε να είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, περίθαλψης αλλά κυρίως προληπτικών δράσεων στον τόπο κατοικίας/διαμονής μέσω κινητών διατομεακών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Συνακόλουθα, το θεσμικό πλαίσιο της Ελλάδας, παρότι προσπαθεί να εξασφαλίσει κατά καιρούς προστασία του αγαθού της υγείας σε ανασφάλιστους/ευπαθείς πολίτες δεν κατορθώνει να επιτύχει αποτελεσματική θεσμική προστασία, καθόσον τούτη η προσπάθεια γίνεται αποσπασματικά, με εξατομικευμένη και κατά τις περιστάσεις στόχευση, με τοπικού χαρακτήρα προγράμματα, με προσπάθειες της τοπικής αυτοδιοίκησης και της κοινωνίας των πολιτών. Ως επακόλουθο καταγράφεται η μη αποτελεσματική στο όλο το αναγκαίο εύρος εξασφάλιση της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης και μάλιστα στο διηνεκές του αγαθού της υγείας για τους πολίτες που ανήκουν σε ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες και τυγχάνουν ανασφάλιστοι. Η αντιμετώπιση αυτών των συστημικών προκλήσεων, εκτός από την πολιτική βούληση, απαιτεί μεταρρυθμίσεις με ενιαίο θεσμικό πλαίσιο που δίνουν προτεραιότητα στη δίκαιη, καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, μέσω κεντρικού στρατηγικού σχεδιασμού και επιχειρησιακών δράσεων, που προϋποθέτουν ασφαλώς επαρκή χρηματοδότηση με αξιοποίηση και κάθε ευρωπαϊκού χρηματοδοτικού εργαλείου (πχ. ΕΣΠΑ, Ταμείο Ανάκαμψης κα), ικανή στελέχωση με εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό και σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή.

Οι μεταρρυθμίσεις είναι καθοριστικής σημασίας, λαμβανομένου υπόψιν, ότι το κράτος πρόνοιας διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην εμπέδωση του αισθήματος της κοινωνικής δικαιοσύνης και στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων παρέχοντας βασικές υπηρεσίες και εξασφαλίζοντας τα θεμελιώδη δικαιώματα στους πολίτες, ιδίως αυτών που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Όπως τονίστηκε, η πρόνοια περιλαμβάνει μια σειρά από κυβερνητικές δεσμεύσεις με στόχο τη διασφάλιση της ευημερίας όλων των μελών της κοινωνίας. Παρέχοντας ίσες ευκαιρίες και υποστήριξη σε ευάλωτες ομάδες, το κράτος πρόνοιας επιδιώκει να δημιουργήσει ένα δίκαιο και δίκαιο κοινωνικό περιβάλλον, όπου όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες και ευκαιρίες. Η ισότητα ευκαιριών διασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες για την ευημερία και την ανάπτυξή τους. Με την άρση των φραγμών στην πρόσβαση και την προώθηση της ένταξης, το κράτος πρόνοιας συμβάλλει στη δημιουργία μιας πιο δίκαιης κοινωνίας με αλληλεγγύη και ενσυναίσθηση.

Προτάσεις για βελτιώσεις στο θεσμικό πλαίσιο

Η εξασφάλιση όρων και προϋποθέσεων για την προστασία του συνταγματικώς κατοχυρωμένου αγαθού της προστασίας της υγείας όλων ανεξαιρέτως των πολιτών, διέρχεται αρχικώς από την πολιτική βούληση, τον κεντρικό στρατηγικό σχεδιασμό, τα επιχειρησιακά σχέδια δράσεως, την επαρκή χρηματοδότηση, την ικανή στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό, την σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή και τις εγκαταστάσεις, όπως, όμως, αυτά μετουσιώνονται σε θεσμικό πλαίσιο. Ο ρόλος του θεσμικού πλαισίου, αυτών δηλαδή των ίδιων των πολιτικών, αλλά της θέσεως των εφαρμοστικών κανόνων προς τον σκοπό της επίτευξης των στόχων για κάθε επιμέρους δράση ή ενέργεια, που σκοπεί στην καθολική, ισότιμη και ανεμπόδιστη πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας –είτε πρόληψης, είτε περίθαλψης- ώστε να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες και να προστατευθούν οι ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, είναι απολύτως και αδιαμφισβήτητα πρωτεύων.

Καταρχάς απολύτως καθοριστικό είναι να οριοθετηθούν θεωρητικώς και να προσδιορισθούν σε ενιαίο νομικό κείμενο οι ορισμοί των ανασφάλιστων και ίδια των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού με σαφή προσδιορισμό των όρων, προϋποθέσεων και κριτηρίων θεώρησης, ένταξης και αντιμετώπισής τους ως τέτοιων. Μάλιστα η θεώρηση κρίνεται σκόπιμο να είναι δυναμική, αφού οι κοινωνικές ανάγκες και οι συνθήκες συνεχώς μεταβάλλονται, ώστε να λαμβάνονται υπόψιν οι αλλαγές.

Προς τον σκοπό της βελτίωσης του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου προτείνεται ως καθοριστικής σημασίας, τόσο για τους ίδιους τους πολίτες, όσο και για τους εφαρμοστές του δικαίου, η κωδικοποίηση της σχετικής νομοθεσίας και η τυποποίηση των ορισμών. Είναι σημαντικό αφενός μεν να μην υφίστανται διάσπαρτες διατάξεις νόμων σε διαφορετικά και αρκετές φορές άσχετα με το θέμα νομοθετήματα, γεγονός που δυσχεραίνει την κατανόηση και γεννά αντινομίες και αφετέρου να καθιερωθούν σαφείς και τυποποιημένοι ορισμοί για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού σε όλες τις πολιτικές και το πλέγμα της νομοθεσίας. Αυτή η τυποποίηση μπορεί να μειώσει την ασάφεια και τη σύγχυση στην εφαρμογή των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας (πρόληψης και περίθαλψης) και να διασφαλίσει ότι οι πόροι και οι πολιτικές υποστήριξης και συμπερίληψης στοχεύουν αποτελεσματικά σε αυτούς που τους

χρειάζονται περισσότερο ακριβώς λόγω της ευαλωτότητας, η οποία θα καθορίζεται με αντικειμενικά κατά το δυνατόν κριτήρια προσδιορισμού (διαθέσιμο εισόδημα, ασθένεια, ανεργία, οικογενειακή κατάσταση, προσωπική κατάσταση, μετανάστευση, ειδικές ομάδες πληθυσμού πχ ρομά, ασυνόδευτοι ανήλικοι κ.λ.π.). Αναγκαία εξίσου, παρίσταται η λήψη μέτρων με ενιαίο και θεσμικό τρόπο για την ενίσχυση της κάλυψης και της πρόσβασης, ιδιαίτερα για τα ανασφάλιστα άτομα και τους ευάλωτους πληθυσμούς. Τέτοια μέτρα μπορεί να περιλαμβάνουν την εφαρμογή στοχευμένων πρωτοβουλιών-δράσεων για την επέκταση των κριτηρίων επιλεξιμότητας για προγράμματα δημόσιας ασφάλισης υγείας και την ενίσχυση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές.

Ασφαλώς, αναγκαία απολύτως συνθήκη αποτελεί η διάθεση επαρκών οικονομικών και ανθρώπινων πόρων και η ορθή κατανομή των πόρων αυτών στο εθνικό σύστημα υγείας, ώστε να διασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και των πολιτικών στον τομέα της υγείας. Για την αποτελεσματική λειτουργία μέσω του θεσμικού πλαισίου είναι απαραίτητο να αυξηθούν οι επενδύσεις σε δράσεις πρόληψης, υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ανθρώπινους πόρους, διαρκή εκπαίδευση μέσω προγραμμάτων που θα θεσπισθούν, ενιαίο και κεντροποιημένο σύστημα προμηθειών υγείας με την δημιουργία κεντρικού παρατηρητηρίου προμηθειών υγείας, ψηφιακός μετασχηματισμός των δομών και υπηρεσιών, διαμόρφωση ορθολογικών προϋπολογισμών –ιδιαιτέρως μετά την θέσπιση του νέου συστήματος τιμολόγησης (DRG's) και έλεγχος των απολογισμών, ποιοτικά κριτήρια, σύστημα αξιολόγησης των παραγόντων και στελεχών της υγείας κλπ.

Περαιτέρω, το θεσμικό πλαίσιο χρειάζεται ως εργαλείο εμπέδωσης της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότιμης πρόσβασης των ευάλωτων πολιτών σε υπηρεσίες και θεσμούς, στην εμπιστοσύνη των ελεγκτικών μηχανισμών, στην καθιέρωση ευέλικτων και φιλικών στον χρήστη διαδικασιών, ώστε να μην καθίσταται γράμμα κενό η όποια νομοθετική πρόβλεψη για την προώθηση της ισότητας και της πρόσβασης σε ποιοτικές και διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας για περιθωριοποιημένους και ευάλωτους πληθυσμούς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την εφαρμογή μέτρων κατά των διακρίσεων και τη βελτίωση της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη σε απομακρυσμένες,

νησιωτικές, ορεινές και αγροτικές περιοχές, με τρόπο ώστε η ίδια η πολιτεία θα απευθύνεται στον πληθυσμό με επιτόπιες δράσεις. Επιπλέον, κρίνεται σκόπιμη και αναγκαία η ενίσχυση του πλαισίου για τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας μέσω θέσπισης Κανονισμών Λειτουργίας των δομών υγείας και ο εκσυγχρονισμός των οργανογραμμμάτων τους.

Τα νομοθετήματα, πλέον, είναι αδήριτη ανάγκη να τροποποιηθούν με ενιαίο πλαίσιο για την υγεία και μάλιστα με στόχευση δημιουργίας νέων δομών και φορέων, καθόσον υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι το υφιστάμενο σύστημα όπως έχει δομηθεί είναι ξεπερασμένο και δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες. Προτείνεται η διοικητική ανασυγκρότηση, η δημιουργία και θέσπιση ενός ενιαίου φορέα για την υγεία με διοικητική αυτοτέλεια και αποκέντρωση των διοικητικοοικονομικών γραφειοκρατικών υπηρεσιών από το Υπουργείο Υγείας, εποπτευόμενου από το τελευταίο, με λειτουργία επί τη βάση ενός νομικού προσώπου διεπομένου από κανόνες ιδιωτικού δικαίου, απαλλαγμένου από γραφειοκρατικές κουλτούρες και παθογένειες των δημοσίων υπηρεσιών. Στον φορέα θα ενταχθούν οι Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες αυξανόμενες με γεωγραφικά, πληθυσμιακά και τοπικά κριτήρια, μπορούν να ανταποκριθούν ταχύτερα και αποτελεσματικότερα στις ανάγκες των ευάλωτων πολιτών κάθε τοπικής κοινωνίας. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ευελιξία, αποτελεσματικότητα και εμπεδώνεται η εμπιστοσύνη των πολιτών στο σύστημα. Οι νέες πραγματικές συνθήκες δεν μπορούν να ανεχθούν την περιορισμένη λειτουργία (ωράριο, εφημέρευση κ.λ.π.) των δομών υγείας. Ο πολίτης πρέπει να έχει πρόσβαση σε διαθέσιμες διαρκώς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Στις νέες συνθήκες που δημιουργεί η ψηφιοποίηση και η τεχνολογική εξέλιξη ακόμη και μέσω της τεχνητής νοημοσύνης, απαιτείται ένα ευέλικτο και σύγχρονο θεσμικό πλαίσιο, το οποίο αφενός θα σέβεται τα θεμελιώδη συνταγματικά δικαιώματα και θα παρέχει τα εχέγγυα της προστασίας τους, αλλά και αφετέρου θα αποτελεί θεματοφύλακα των προσωπικών δεδομένων, της ατομικότητας, και των ατομικών ελευθεριών. Οι ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού που έχουν αντικειμενικά την μεγαλύτερη ανάγκη προστασίας στο θεσμικό πλαίσιο θα έχουν έναν βέβαιο σύμμαχο και εγγυητή της διασφάλισης του ύψιστου δικαιώματός τους στην καλή υγεία.

Προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης του θεσμικού πλαισίου, απαραίτητη κρίνεται η συντονισμένη δράση και συνεργασία μεταξύ κυβερνητικών υπηρεσιών, παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών και άλλων ενδιαφερόμενων μερών μέσω της δημιουργίας συμπράξεων του δημοσίου και ιδιωτικού τομέας, βελτίωσης και εκσυγχρονισμού των προγραμμάτων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης για να διασφαλιστεί μια ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Ενδείκνυται η δημιουργία πολυτομεακών συνεργασιών, η ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και η μόχλευση πόρων για την αντιμετώπιση των διαφορετικών και ίσως εξατομικευμένων αναγκών των ανασφάλιστων και ευάλωτων πληθυσμών.

Τέλος, η δημιουργία μηχανισμών εποπτείας, παρακολούθησης και αξιολόγησης του αντίκτυπου και της εφαρμογής των πολιτικών και των παρεμβάσεων προληπτικών δράσεων και υγειονομικής περίθαλψης στους ανασφάλιστους και ευάλωτους πληθυσμούς, υπό τη μορφή «παρατηρητηρίου», θα επιτρέψει στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να εντοπίσουν τα κενά, να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα και να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες.

Εφαρμόζοντας αυτές τις συστάσεις, η Ελλάδα μπορεί να ενισχύσει το νομικό της πλαίσιο και το σύστημα πρόληψης της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης για την καλύτερη προστασία των δικαιωμάτων και τη διασφάλιση της ευημερίας των ανασφάλιστων και ευάλωτων πληθυσμών, προωθώντας τελικά την ισότητα στην υγεία και την κοινωνική δικαιοσύνη για όλους τους πολίτες.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Al-Abri R., (2007). Managing change in healthcare. *Oman medical journal*, 22(3), 9–10.
- Alber, J. (1988). Continuities and Changes in the Idea of the Welfare State. *Politics & society*, 16(4), 451-468.
- Amitsis, G. (2001). Human Rights and Social Exclusion: The new European Agenda “*. Managing Social Protection in the New Millennium, Kluwer Law International, The Hague*, 79-103.
- Amitsis, G. (2004). *Connecting welfare diversity within the European Social Model* (Vol. 9). Intersentia nv.
- Amitsis, G. (2017). State Pensions, poverty and social inclusion during austerity times–The paradigm of Greece. Generational interdependencies–The social implications for welfare, 159-183.
- Amitsis, G., & Marini, F. (2023). The EU framework of people with disabilities' rights–an intertemporal equilibrium between regulatory and policy paradigms. *Research Handbook on Disability Policy: 0*, 186.
- Athanasakis, K., Karampli, E., Agorastos, G., & Kyriopoulos, I., (2022). Sustainability and Resilience in the Greek Health System. *Partnership for Health System Sustainability and Resilience*.
- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S., (2018). Inequalities in access to healthcare. European Commission.
- Barr, N. (2020). *Economics of the welfare state*. Oxford University Press, USA.
- Barrientos, A., & Hulme, D. (Eds.). (2016). *Social protection for the poor and poorest: Concepts, policies and politics*. Springer.
- Becker, G. (2004). Deadly Inequality in the Health Care “Safety Net”: Uninsured Ethnic Minorities' Struggle to Live with Life-Threatening Illnesses. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 258-275.
- Biginas, K., & Sindakis, S. (2015). Innovation through Public-Private Partnerships in the Greek Healthcare Sector: How is it achieved and what is the current situation in Greece. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 20(1), 1-11.
- Blau, J., & Abramovitz, M. (2010). *The dynamics of social welfare policy*. Oxford University Press, USA

Briggs, A. (1961). The welfare state in historical perspective. *European Journal of Sociology/Archives europeennes de sociologie*, 2(2), 221-258.

Busemeyer, M. R. (2023). Financing the welfare state in times of extreme crisis: public support for health care spending during the Covid-19 pandemic in Germany. *Journal of European Public Policy*, 30(1), 21-40.

Cassimos, D. C., Effraimidou, E., Medic, S., Konstantinidis, T., Theodoridou, M., & Maltezos, H. C. (2020). Vaccination programs for adults in Europe, 2019. *Vaccines*, 8(1), 34.

Christoforidou, S. (2023). Protecting Social Rights: A Fine Balance Between the 'Golden Rule' and the 'Golden Principle' in Greece. Springer.

Cutler, D. M., & Johnson, R. (2004). The birth and growth of the social insurance state: Explaining old age and medical insurance across countries. *Public choice*, 120(1-2), 87-121.

Dean, H. (2015). *Social rights and human welfare*. Routledge.

Draguet, V., (2020). *EU4Health 2021–2027—a vision for a healthier European Union*. Public Health—European Commission.

Dowrick, C., Dixon-Woods, M., Holman, H., & Weinman, J. (2005). What is chronic illness?. *Chronic Illness*, 1(1), 1-6.

Ebbinghaus, B. (2021). Inequalities and poverty risks in old age across Europe: The double-edged income effect of pension systems. *Social Policy & Administration*, 55(3), 440-455.

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

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A., & World Health Organization. (2017). *Greece: health system review*.

Endalamaw, A., Erku, D., Khatri, R. B., Nigatu, F., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y., (2023). Successes, weaknesses, and recommendations to strengthen primary health care: a scoping review. *Archives of Public Health*, 81(1), 1-12.

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.

Evlampidou I, Kogevinas M. (2019). Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement. *Gac Sanit*, 33(3):263–267.

- Ferrera, M. (1998). The four 'Social Europes': between universalism and selectivity. In *The future of European welfare: A new social contract?* (pp. 81-96). London: Palgrave Macmillan UK.
- Fortin, A. (2000). The meaning of 'Protection' in the Refugee Definition. *International Journal of Refugee Law*, 12(4), 548-576.
- Garben, S. (2019). The European pillar of social rights: An assessment of its meaning and significance. *Cambridge Yearbook of European Legal Studies*, 21, 101-127.
- Giannopoulou, I., & Tsobanoglou, G. O., (2020), COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 226-230.
- Gunst M, Jarman K, Yarwood V, Rokadiya S, Capsaskis L, Orcutt M, Abbara A, (2019). Healthcare access for refugees in Greece: Challenges and opportunities, *Health policy*.
- Gouzoulis, G., Iliopoulos, P. T., & Galanis, G. (2023). Financialisation, Underemployment, & the Disconnected Greek Capitalism (No. 112).
- Hajighasemi, A., Oghazi, P., Aliyari, S., & Pashkevich, N. (2022). The impact of welfare state systems on innovation performance and competitiveness: European country clusters. *Journal of Innovation & Knowledge*, 7(4), 100236.
- Halkos, G. E., & Aslanidis, P. S. C. (2023). Causes and Measures of Poverty, Inequality, and Social Exclusion: A Review. *Economies*, 11(4), 110.
- Hega, G. M., & Hokenmaier, K. G. (2002). The welfare state and education: A comparison of social and educational policy in advanced industrial societies. *German Policy Studies*, 2(1), 143-173.
- Ioannou, M. E. (2019). Administrative Law: GREECE. *European Review of Public Law*, 31(4).
- Kaitelidou, D., Galanis, P., Economou, C., Mladovsky, P., Siskou, O., & Sourtzi, P. (2020). Inequalities between Migrants and non-Migrants in accessing and using Health Services in Greece during an Era of Economic Hardship. *International Journal of Health Services*, 50(4), 444-457.
- Kampouraki, M., Paraskevopoulos, P., Fachouri, E., Terzoudis, S., Karanasios, D., & Karanasios, D., (2023), Building Strong Primary Healthcare Systems in Greece. *Cureus*, 15(7).
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health*, 15, 1-3.

- Keramidou, I., & Triantafyllopoulos, L. (2018). The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece. *Health Policy*, 122(4), 352-358.
- Kourachanis, N. (2020). Homelessness policies in the liberal and the Southern European welfare regimes: Ireland, Portugal, and Greece. *Housing Policy Debate*, 30(2), 121-136.
- Kourachanis, N., (2021), The Evolution of the Social Security System in Greece. In *Social Security in the Balkans–Volume 1* (pp. 193-218). Brill.
- Kremalis, K., & Paparrigopoulou, P. (2023). *Social security law in Greece*. Kluwer Law International BV.
- Kuka, E. (2020). Quantifying the benefits of social insurance: unemployment insurance and health. *Review of Economics and Statistics*, 102(3), 490-505.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., ... & Linos, A., (2020)., Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20(1), 1-22.
- Lewenson, S. (2015). Overview and summary: Cornerstone documents in healthcare: Our history, our future. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2).
- Lewis, D., Kanji, N., & Themudo, N. S. (2020). *Non-governmental organizations and development*. Routledge.
- Manou, D., Blouchoutzi, A., & Papathanasiou, J. (2021). The socioeconomic integration of people in need of international protection: A spatial approach in the case of Greece. *Social Sciences*, 10(12), 454.
- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing chronic disease*, 7(1), A19.
- Marini, F. (2020). Migrants' Access to Social Protection in Greece. *Migration and Social Protection in Europe and Beyond (Volume 1) Comparing Access to Welfare Entitlements*, 195-209.
- Mavridoglou, G., & Polyzos, N., (2022), Sustainability of Healthcare Financing in Greece: A Relation Between Public and Social Insurance Contributions and Delivery Expenditures. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59, 00469580221092829.
- McNutt, J. G., & Hofer, R. (2020). *Social welfare policy: Responding to a changing world*. Oxford University Press.

- Myloneros, T., & Sakellariou, D. (2021). The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC health services research*, 21(1), 628.
- Natili, M., & Jessoula, M. (2022). 7 The Southern European welfare model. De Gruyter Handbook of Contemporary Welfare States, 1, 101.
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics & gerontology international*, 6(3), 149-158.
- Philalithis, A. (2020). The trials and tribulations of the national health system (ESY) in Greece: a chronicle of unfulfilled promises. *The Historical Review/La Revue Historique*, 17, 115-160.
- Petmesidou, M. (2019). Challenges to healthcare reform in crisis-hit Greece. *e-cadernos CES*, (31).
- Poulimenakou, G., Kourakos, M., Mitsi, A., & Soulis, S. (2018). The Social Protection of Unemployment in Greece: Optimal Active and Passive Policies in the European Area. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 590.
- Powers, M., & Faden, R. R. (2006). *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*. Oxford University Press, USA.
- Papanastasiou, S. (2023). Income-Related Health Inequalities under COVID-19 in Greece. *e-cadernos CES*, (39).
- Polyzou, P., Kaitelidou, D., Galanis, P., Siskou, O., Kalogeropoulou, M., & Konstantakopoulou, O. (2015). Investigating the accessibility of uninsured population to health services in Greece. *Value in Health*, 18(7), A526-A527.
- Raitano, M., Jessoula, M., Gallo, G., & Pagnini, C. (2021). *Fighting poverty and social exclusion-including through minimum income schemes*. European Parliament.
- Riza, E., Karnaki, P., Gil-Salmerón, A., Zota, K., Ho, M., Petropoulou, M., ... & Linos, A. (2020). Determinants of refugee and migrant health status in 10 European countries: the Mig-HealthCare project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6353.
- Sabato, S., & Vanhercke, B. (2017). Towards a European Pillar of Social Rights: from a preliminary outline to a Commission Recommendation. *Social policy in the European Union: state of play*, 73-96.
- Semplici, S. (2017). Equitable access, appropriate quality. Twenty years after the Oviedo Convention. *Medicina e Morale*, 66(6).
- Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bambra, C., & Brown, H. (2021). Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: a systematic review of

observational studies in high-income countries. *Social Science & Medicine*, 272, 113717.

Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., & Liaropoulos, L. (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, 88(2-3), 282-293.

Teloni, D. D., Dedotsi, S., & Telonis, A. G. (2020). Refugee 'crisis' and social services in Greece: social workers' profile and working conditions. *European Journal of Social Work*, 23(6), 1005-1018.

Trakakis, A., Nektarios, M., Tziaferi, S., & Prezerakos, P., (2022), Evaluation of the efficiency in public health centers in Greece regarding the human resources occupied: A bootstrap data envelopment analysis application. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1597.

Triandafyllidou, A. (2009). Greek immigration policy at the turn of the 21st century. Lack of political will or purposeful mismanagement?. *European Journal of Migration and Law*, 11(2), 159-177.

Tsolou, O., Babalis, T., & Tsoli, K. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on education: social exclusion and dropping out of school. *Creative Education*, 12(03), 529.

Tzagkarakis, S., Pappas, I., & Kritas, D. (2020). Covid-19 has brought back the necessity of the welfare state: The Greek case. *HAPSc Policy Briefs Series*, 1(1), 67-71.

Wendt, C., Mischke, M., & Pfeifer, M. (2011). *Welfare states and public opinion: perceptions of healthcare systems, family policy and benefits for the unemployed and poor in Europe*. Edward Elgar Publishing.

Ελληνική

Αμίτσης, Γ. (2006). *Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης: Το θεσμικό οικοδόμημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού*. Αθήνα: Παπαζήση.

Αμίτσης, Γ. (2013). Τα μοντέλα κατ'οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας. Αθήνα: Παπαζήση.

Αμίτσης, Γ. (2014). Το συλλογικό διακύβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων. Αθήνα: Παπαζήση.

Αμίτσης, Γ. (2016). Εμβληματικές πρωτοβουλίες διαφύλαξης της κοινωνικής συνοχής την εποχή των Μνημονίων. Αθήνα: Παπαζήση.

Απίστουλας Δημήτρης, & Νίκου Δ. (2021). Η έννοια της ευαλωτότητας και η τυποποίηση των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας. *Κοινωνική Πολιτική*, 15, 68–91.

Βενιέρης, Δ. (2015). *Κοινωνική Πολιτική. Έννοιες & Σχέσεις*. Αθήνα: Τόπος.

Εθνική Στρατηγική Υγείας 2021-2017. Υπουργείο Υγείας.

E.I.N.A. (2022). ΓΙΑ ΤΟ «ΝΕΟ ΕΣΥ». 13 Μαρτίου 2022. <https://eina.gr/neo-esy/>

Ιωάννου, Α., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2020). Κοινωνική Πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020. *Nosileftiki*, 59(3).

Κυριόπουλος, Γ. και Τελλόγλου, Τ., (2019), *Η περιπέτεια της Μεταρρύθμισης στην Υγεία και στην Περίθαλψη*. Παπαζήση, Αθήνα.

Μαραγκάκη, Α., Κωνσταντινίδης, Θ., & Σαράφης, Π. (2019). Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(5).

Ναούμ, Σ. (2020). Το δίλημμα μεταξύ ιδιωτικών-δημόσιων νοσοκομείων και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Scientific Chronicles/Epistimonika Chronika*, 25(3).

Παπαθεοδώρου Χ. και Μωυσίδου Μ., (2011), *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα.

Παπαγιάννη, Μ. Ε., Πλατής, Χ., Μπελλάλη, Θ., & Κυριακάκη, Ε. (2022). Μηχανισμός διερεύνησης καταγγελιών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας Κριτική προσέγγιση και προτάσεις βελτίωσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 39(1).

Συμεωνίδης, Γ. (2020). Τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης ως πυλώνας του ασφαλιστικού συστήματος.

Τούντας Γ., Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Νεκτάριος Μ., Σουλιώτης Κ., Υφαντόπουλος Γ. και Φιλαλήθης Τ., (2020), *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, Αθήνα.

Τούντας, Γ., & Κυριόπουλος, Γ. (2022). *Προκλήσεις για την Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Επίκεντρο.

Υπουργείο Υγείας 2022 Ν.4931_2022_Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typou/press-releases/10979-katatethhke-sth-boylh-to-nomosxedio-laquo-deyterobathmia-perithalps-h-iatrikh-ekpaideysh-misthologikes-rythmiseis-gia-toys-iatroys-kai-odontiatroys-toy-ethnikoy-systhmatos-ygeias-kai-loipes-diatakseis-armodiohtas-toy-yπουργειου-ygeias-raquo>

Φιλαλήθης, Α., (2021), Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 38(5).

Θεσμικό πλαίσιο

Ν.Δ. 57/1973, Περί λήψεως μέτρων κοινωνικής προστασίας των οικονομικά αδυνάτων και καταργήσεως των διεπουσών τον θεσμόν της απορίας διατάξεων, ΦΕΚ 149/Α/19-07-1973.

Νόμος 1296/1982. ΦΕΚ Α 128/12.10.1982. Για την ασφάλιση των ανασφάλιστων ομάδων

Νόμος 1397 ΦΕΚ Α' 143/7.10.1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Νόμος 2716/1999 (ΦΕΚ Α' 96/17.5.1999): Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ Α' 81/04.04.2005): Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.

Κοινή Υπουργική Απόφαση με αρ. πρωτ. 139491/16-11-2006, «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», ΦΕΚ 1747/Β/30-11-2006.

Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, «Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β'), «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», ΦΕΚ 1465/Β/05-06-2014.

Νόμος 4019/2011 ΦΕΚ Α' 216/30.9.2011. Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 4093/2012. Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 – Επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016. (ΦΕΚ 222/Α/12.11.2012).

Νόμος 4052/2012. κωδικοποιημένος με τον 5102/2024. Αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων... [Σύσταση Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) - Ιδιωτικά Γραφεία Ευρέσεως Εργασίας (Ι.Γ.Ε.Ε.) - Επιχειρήσεις Προσωρινής Απασχόλησης (Ε.Π.Α.)]

Νόμος 4199/2013 ΦΕΚ Α' 216/11.10.2013. Δημόσιες υπεραστικές οδικές μεταφορές επιβατών - Ρυθμιστική Αρχή Επιβατικών Μεταφορών και άλλες διατάξεις.

Νόμος 4272/2014 ΦΕΚ Α 145/11.7.2014. Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών-μελών, ανθρωπίνων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση - Ρυθμίσεις για την Ψυχική Υγεία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 4238/2014 ΦΕΚ Α' 38/17.2.2014
Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 4430/2016 (ΦΕΚ 205/Α/31.10.2016): Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις.

Νόμος 4389/2016 ΦΕΚ Α' 94/27.5.2016. Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις.

Νόμος 4387/2016. (ΦΕΚ Α' 85/12-05-2016). Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις.

Νόμος 4461/2017. Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις.

Νόμος 4488/2017 ΦΕΚ Α' 137/13.9.2017. Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις Δημοσίου και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις, ενίσχυση της προστασίας των εργαζομένων, δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες και άλλες διατάξεις.

Κοινή Υπουργική Απόφαση 92805/2018 - ΦΕΚ 4079/Β/17-9-2018 Τροποποίηση της αριθμ. 17/οικ.801/ΕΥΣΕΚΤ/125694/16.11.2017 (ΦΕΚ 4114/Β'/24.11.2017) κοινής υπουργικής απόφασης με θέμα «Διαδικασία - Πλαίσιο Εφαρμογής των Πράξεων για τη Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), συγχρηματοδοτούμενων από το

Νόμος 4753/2020 (Α' 227) Αναμόρφωση επαγγελματικής ασφάλισης, εξορθολογισμός ασφαλιστικής νομοθεσίας, συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, σύστημα διορισμού και προσλήψεων των εκπαιδευτικών της Δημόσιας Υπηρεσίας Απασχόλησης και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 4683/2020 , κωδικοποιημένος με τον 4715/2020.Κύρωση της από 20.3.2020 Π.Ν.Π. «Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης» (Α' 68) και άλλες διατάξεις

Νόμος 4756/2020 ΦΕΚ Α 235/26.11.2020. Μέτρα ενίσχυσης των εργαζομένων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, κοινωνικοασφαλιστικές ρυθμίσεις και διατάξεις για την ενίσχυση των ανέργων.

Τροποποίηση της υπόστοιχιάς ΥΠΕΝ/ΔΔΥ/70329/ 4512/22-07-2021 απόφασης του Υπουργού Περιβάλλοντος και Ενέργειας «Συγκρότηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πράσινου Ταμείου» (ΥΟΔΔ 579). Εφημερίδα κυβέρνησης Αρ. Φύλλου 662.


Νόμος 4865/2021 ΦΕΚ Α 238/4.12.2021. Σύσταση και οργάνωση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας», στρατηγική κεντρικών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πρόνοια.

Νόμος 5078/2023 ΦΕΚ Α 211/20.12.2023. Αναμόρφωση επαγγελματικής ασφάλισης, εξορθολογισμός ασφαλιστικής νομοθεσίας, συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, σύστημα διορισμού και προσλήψεων των εκπαιδευτικών της Δημόσιας Υπηρεσίας Απασχόλησης και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 5023/2023. Αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, επικαιροποίηση της ορολογίας του Αστικού Κώδικα, του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, του Ποινικού Κώδικα, του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας, του Κώδικα Συμβολαιογράφων και του ν. 4478/2017, για την εναρμόνισή της με τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία που κυρώθηκε με τον ν. 4074/2012 και λοιπές διατάξεις για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στη δικαιοσύνη των ατόμων με αναπηρία.

Νόμος 5082/2024 Ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης και άλλες επείγουσες διατάξεις

Εγκρίνεται

Ο μεταπτυχιακός φοιτητής	Ο επιβλέπων καθηγητής	Ο Δ/ντής του ΠΜΣ
 Κ. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ		