



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΜΠΑΞΕΒΑΝΙΔΟΥ ΜΥΡΤΩ (Α.Μ: 19679115)

ΧΑΡΑΤΣΑΡΗ ΜΑΡΙΑ - ΕΛΕΝΗ (Α.Μ: 18679007)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΔΡ. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ

Αθήνα, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΜΠΑΞΕΒΑΝΙΔΟΥ ΜΥΡΤΩ, pch19679115

ΧΑΡΑΤΣΑΡΗ ΜΑΡΙΑ - ΕΛΕΝΗ, pch18679007

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΔΡ. ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ

Η εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Π.Π.Σ για την λήψη του πτυχίου της Κατεύθυνσης Κοινοτικής Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

ΑΘΗΝΑ, 2023

Πνευματικά δικαιώματα Copyright © Μπαξεβανίδου Μυρτώ, Χαρατσάρη Μαρία - Ελένη, 2023.

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δε δηλώνει απαραίτητως την αποδοχή των απόψεων του/της/των συγγραφέα/ων.

Υπεύθυνη Δήλωση

Βεβαιώνουμε ότι είμαστε συγγραφείς αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια που προσφέρθηκε στην εκπόνησή της αναγνωρίζεται και αναφέρεται στο κείμενο. Επιπλέον, αναφέρονται όλες οι βιβλιογραφικές πηγές που αξιοποιήθηκαν, πρωτογενείς και δευτερογενείς, είτε η συμβολή τους παρατίθεται επακριβώς ως απόσπασμα είτε ως παράφραση.



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH

Thesis title:

PRIMARY HEALTH CARE AND ECONOMIC CRISIS

BAXEVANIDOY MYRTO, pch19679115

CHARATSARI MARIA- ELENI, pch18679007

**Supervisor name and surname: Dr. SOTIROPOULOU
PINELOPI**

Athens, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Μέλη Επιτροπής Εξέτασης συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Επιτροπή Εξέτασης:

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Περηφάνου Δήμητρα	Λέκτορας	
2	Πράπας Χρήστος	Λέκτορας	
3	Σωτηροπούλου Πηνελόπη	Επίκουρη Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι κάτωθι υπογεγραμμένες Μπαξεβανίδου Μυρτώ του Χρήστου και Χαρατσάρη Μαρία- Ελένη του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 19679115, 18679007 αντίστοιχα, φοιτήτριες του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι: «Είμαστε συγγραφείς αυτής της διπλωματικής 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 κάναμε 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, βεβαιώνουμε ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμάς 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».

*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 15 Ιουλίου του 2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας Σωτηροπούλου Πηνελόπη

Όνοματεπώνυμο /Ιδιότητα:

Μπαξεβανίδου Μυρτώ Φοιτήτρια

Ο/Η Δηλών/ούσα *



(Υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο /Ιδιότητα:

Χαρατσάρη Μαρία – Ελένη Φοιτήτρια

Ο/Η Δηλών/ούσα *



(Υπογραφή)

Ο/Η Δηλών/ούσα*

Όνοματεπώνυμο /Ιδιότητα: Σωτηροπούλου Πηνελόπη Καθηγήτρια

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

(Υπογραφή)

*** Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και μετά από αιτιολόγηση και έγκριση του επιβλέποντα, προβλέπεται χρονικός περιορισμός πρόσβασης (embargo) 6-12 μήνες. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

https://www.uniwa.gr/wpcontent/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Περίληψη

Το θέμα της παρούσας εργασίας είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η οικονομική κρίση, καθώς και ο τρόπος που οι δύο αυτές έννοιες συνδέονται μεταξύ τους.

Σκοπός της εργασίας ήταν να αναζητηθεί η αποτύπωση της οικονομικής κρίσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αλλά και τις γενικότερες συνέπειες που επιφέρει η οικονομική δυσχέρεια στην υγεία του πληθυσμού.

Από την βιβλιογραφική αναζήτηση προκύπτει ότι η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα έχει λειτουργήσει από το 1983 με την ίδρυση του Ε.Σ.Υ., ενώ σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, οι υπηρεσίες της παρέχονται από διάφορες μονάδες Π.Φ.Υ, όπως είναι οι Τοπικές Μονάδες Υγείας, τα Κέντρα Υγείας κ.α. Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις της Π.Φ.Υ (4486/17 και 4931/2022) αποσκοπούν στην ενίσχυση της εύρυθμης και αποτελεσματικής λειτουργίας του Ε.Σ.Υ, κατοχυρώνοντας παράλληλα την καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Στις μεταρρυθμίσεις αυτές, έχουν τοποθετηθεί ποικίλες επαγγελματικές ενώσεις. Η οικονομική κρίση του 2008 επηρέασε έντονα την Ελλάδα, επιφέροντας επιπτώσεις σε ποικίλους τομείς της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, επηρεάστηκε η δομή, η οργάνωση και η λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, ενώ η υγεία του πληθυσμού υποβαθμίστηκε γενικότερα. Αντίστοιχες επιπτώσεις από την οικονομική κρίση υπήρξαν και σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Συμπερασματικά, προκύπτει ότι η Π.Φ.Υ συνδέεται άρρηκτα με την οικονομική κατάσταση μιας χώρας. Όσο ευημερεί οικονομικά μία χώρα, τόσο ευημερεί και ο πληθυσμός της και παράλληλα τόσο πιο ισχυρό το υγειονομικό της σύστημα, ενώ ισχύει και το αντίθετο.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Οικονομική κρίση, Μεταρρύθμιση, Σύστημα υγείας, ΑΕΠ

ABSTRACT

The subject of this thesis is Primary Health Care and the financial crisis, as well as how these two concepts are related to each other. The purpose of this thesis was to explore how the economic crisis is reflected in Primary Health Care (PHC), but also the general consequences that the economic hardship brings to the health of the population.

According to the bibliographic research, PHC in Greece has been operating since 1983 with the establishment of Greece's National Health System, while according to today's data, its services are provided by various PHC units, such as Local Health Units, Health Centers, etc. The latest reforms regarding PHC (4486/17 and 4931/2022) aim to strengthen the orderly and efficient operation of the National Health System, as well as establish equal access to health services. Various professional associations have expressed their views on these reforms. Furthermore, reference is made to the financing methods of PHC, as well as to the basic models of health systems, which are distinguished based on their organization and financing. In addition, the PHC reforms 4486/17 and 4931/2022 are mentioned, as well as how they were evaluated by various professional associations. The financial crisis of 2008 strongly affected Greece, resulting in a number of negative effects in various sectors of health. More specifically, the structure, organization and operation of the health system were affected, while the health of the population deteriorated in general. Similar effects from the financial crisis were also experienced in other countries of the European Union.

In conclusion, it appears that PHC is inextricably linked with the economic situation of a country. The more prosperous a country is economically, the more prosperous its population is and at the same time, the stronger is its health system, while the opposite is also true.

Keywords: Primary Health Care, Economic crisis, Reform, Health system, GDP

Ευχαριστίες

Πρωτίστως, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, Δρ. Πηνελόπη Σωτηροπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Ομοίως θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας συμπαραστάθηκαν, μας βοήθησαν και συνέβαλαν, ώστε να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή είτε υλικά είτε ψυχολογικά. Έτσι ειδικές ευχαριστίες δίνουμε σε οικογένεια, φίλους, καθηγητές.

Πίνακας Αρκτικόλεξων

Ελληνικά

Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Ε.Σ.Υ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ο.Ο.Σ.Α	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Π	Πρωτοβάθμια Περίθαλψη
Υ.Π.Ε	Υγειονομική Περιφέρεια
Π.Ι	Περιφερειακά Ιατρεία
Π.Ε.Σ.Υ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
Δ.Υ.ΠΕ	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
Κ.Υ	Κέντρα Υγείας
Γ.Ν	Γενικό Νοσοκομείο
ΕΛ.ΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
Ε.Ο.Π.Υ.Υ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών
ΚΕ.ΘΕ.Α	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

Φ.Ε.Κ	Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης
Η.Π.Α	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ε.Φ.Κ.Α	Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης

Διεθνή

WHO	World Health Organization
CDC	Centers for Disease Control
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
FRS	Federal Reserve System
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	16
Πρόλογος.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	18
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	18
1.1. Εννοιολογικά στοιχεία.....	18
1.2. Πυλώνες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	20
1.3. Ιστορική εξέλιξη του Συστήματος Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	24
1.3.1. Πρώτη περίοδος: 1833-1922	24
1.3.2. Δεύτερη Περίοδος 1922-1945.....	24
1.3.3. Τρίτη περίοδος: 1945-1974	25
1.3.4. Τέταρτη Περίοδος: 1974	26
1.4. Ιστορική αναδρομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	29
1.5. Τα σημερινά δεδομένα στην Ελλάδα	32
1.6. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	34
1.6.1. Τοπικές Μονάδες Υγείας.....	35
1.6.2. Κέντρα Υγείας.....	36
1.7. Χρηματοδότηση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	37
1.7.1. Μέθοδοι χρηματοδότησης.....	37
1.8. Είδη Συστημάτων Υγείας.....	39
1.8.1. Το Φιλελεύθερο Σύστημα	39
1.8.2. Σύστημα Τύπου Bismarck (Σύστημα Κοινωνική Ασφάλισης)	40
1.8.3. Σύστημα Τύπου Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας).....	40
1.8.4. Μεικτό Σύστημα Υγείας.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	42
Μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας.....	42
2.1 Μεταρρύθμιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας 2017 - Νόμος 4486.....	42
2.2. Αποτελέσματα και τοποθετήσεις γύρω από το Νόμο 4486/2017.....	44

2.2.1. Τοποθετήσεις για τον νόμο 4486/2017.....	46
2.3. Νόμος 4931/2022 «Ιατρός για όλους»	48
2.4. Αξιολόγηση επαγγελματικών ενώσεων για τον Νόμο 4931/2022	49
2.4.1. Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Υ.Υ	49
2.4.2. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία.....	52
2.4.3. Ιατρικός Σύλλογος Πατρών.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	55
Οικονομική κρίση.....	55
3.1. Εννοιολογικά Στοιχεία	55
3.2. Η Παγκόσμια Οικονομική κρίση του 2008	57
3.3. Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	58
3.4. Οι επιπτώσεις στην υγεία και ευημερία των πολιτών	60
3.4.1. Δείκτες Υγείας πληθυσμού στην Ελλάδα - Ευρώπη	61
3.4.2. Λοιμώδη νοσήματα	62
3.4.3. Διατροφικές συνήθειες - κάπνισμα σε Ελλάδα και Ευρώπη	64
3.4.4. Χρήση ναρκωτικών ουσιών.....	66
3.4.6. Ανεργία - ψυχική υγεία	76
3.4.7. Ψυχική Υγεία και οικονομική κρίση.....	77
3.5. Οι ελλείψεις του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	79
3.6. Χαρακτηριστικά υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης	80
3.7. Αξιολόγηση λειτουργικής διασύνδεσης στα συστήματα υπηρεσιών υγείας.....	82
3.8. Δράσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην οικονομική κρίση.....	84
3.8.1. Οργανωτική ανασυγκρότηση	84
3.9. Η οικονομική κρίση σε άλλες χώρες.....	86
3.9.1. Ισπανία	86
3.9.2. Ιρλανδία.....	87
3.9.3. Πορτογαλία.....	88
Συμπεράσματα.....	90
Βιβλιογραφία.....	91

Κατάλογος Εικόνων

A/A	Περιγραφή	Σελ.
1.1	Οι τέσσερις πυλώνες της Π.Φ.Υ	21
3.1	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στις ΗΠΑ	75

Κατάλογος Γραφημάτων

A/A	Περιγραφή	Σελ.
2.1	Αριθμός, κλίνες και προσωπικό Κέντρων Υγείας, 2014 – 2018	45
3.1	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	58
3.2	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν στην Ελλάδα	59
3.3	Ετήσιο Τυποποιημένο Ποσοστό Θνησιμότητας Λοιμωδών Νοσημάτων, Ελλάδα, 2001-2016	63
3.4	Ελλάδα 2011, Καπνιστικές συνήθειες πολιτών	66
3.5	Σύγκριση χρήσης ναρκωτικών σε άτομα ηλικίας 16-18 ετών τον καιρό πριν και κατά την κρίση στην Ελλάδα.	68
3.6	Σύγκριση χρήσης ναρκωτικών σε άτομα ηλικίας 16-18 ετών τον καιρό πριν και κατά την κρίση στην Ελλάδα.	68
3.7	Τάσεις του αριθμού κατασχέσεων που αναφέρθηκαν στο σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης της Ε.Ε, 2009-2019.	70
3.8	Διαχρονικά δηλωθέντα κρούσματα πρώιμης σύφιλης ανά πηγή δήλωσης και έτος δήλωσης.	71
3.9	Συγκεντρωτικά Δεδομένα ανά Μονάδα Υγείας που πραγματοποιεί τη Δήλωση ανά έτος Δήλωσης, 1990- 2012 για τη Γονόρροια.	72

3.10	Παρουσίαση συνολικού αριθμού εξετασμένων ανά νοσοκομείο ανά έτος για χλαμυδιακές λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος.	73
3.11	Ποσοστό νέων διαγνώσεων HIV ανά 100.000 πληθυσμού, ανά έτος διάγνωσης και προσαρμοσμένο για καθυστέρηση αναφοράς, στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια Ε.Ε/Ε.Ο.Χ και ΠΟΥ, 1985-2017.	74
3.12	Συνολική αποτίμηση επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.	82
3.13	Αποτίμηση επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης ανά τύπο δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	83

Κατάλογος Πινάκων

A/A	Περιγραφή	Σελ.
1.1	Υπηρεσίες της Π.Φ.Υ	33
2.1	Κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018	44
2.2	Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018	45
3.1	Δημόσιο Έλλειμα ως προς το Α.Ε.Π ανά χρονολογία	59
3.2	Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος ανά χρονολογία.	62

3.3	Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας μολυσματικών ασθενειών σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση, 2005-2015	64
-----	--	----

Πρόλογος

Οι μεγαλύτεροι εχθροί για την Υγεία, ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ τα βακτηρίδια, οι ιοί ή ο καρκίνος αλλά η φτώχεια, η έλλειψη ενημέρωσης και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από κάποιον άλλον άνθρωπο"

(Σπύρος Δοξιάδης, 2014)

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία μελετά το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την οικονομική κρίση και την μεταξύ τους αλληλεξάρτηση. Καθώς η Ελλάδα έχει βιώσει την δική της περίοδο οικονομικής κρίσης, γίνεται ευρέως κατανοητό ότι εν καιρώ οικονομικής δυσχέρειας, λαμβάνουν χώρα μία σειρά αλλαγών, σε ποικίλους τομείς. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τον τομέα της υγείας, η οικονομική κρίση επηρεάζει, μεταξύ άλλων, τον τρόπο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και οδηγεί σε αισθητή μείωση τόσο των υλικών πόρων, όσο και του ανθρώπινου δυναμικού. Κατ' επέκταση, η υγεία του πληθυσμού ενδέχεται να κλονιστεί τόσο εξαιτίας της υπολειτουργίας του συστήματος υγείας, όσο και από την γενικότερη υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, λόγω της οικονομικής δυσχέρειας.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο δίνονται βασικοί εννοιολογικοί ορισμοί που έχουν ως κεντρικό άξονα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, περιγράφεται η ιστορική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ και της Π.Φ.Υ, ενώ ακόμα επεξηγείται η σημερινή δομή της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις που αφορούν την Π.Φ.Υ, καθώς και την αξιολόγησή τους από διάφορες επαγγελματικές ενώσεις.

Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στην οικονομική κρίση της Ελλάδας και τις επιπτώσεις που είχε σε ποικίλους τομείς της υγείας του πληθυσμού, ενώ γίνεται αναφορά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες που βίωσαν οικονομική κρίση, η οποία έφερε αρνητικές επιπτώσεις στο υγειονομικό τους σύστημα.

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με την απόδοση συμπερασμάτων που προκύπτουν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1.1. Εννοιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με διακήρυξη της ΑΛΜΑ-ΑΤΑ ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) ορίζεται «η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμοσμένες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή τη κοινότητα μεθόδους και τεχνολογίες». (WHO, 2010)

Επιπλέον, σε συνέχεια του βασικού αυτού ορισμού επισημαίνεται ότι η Π.Φ.Υ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας, στο οποίο κατέχει την κεντρική λειτουργία, όσο και στη συνολική κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας μιας χώρας, φέρνοντας την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων. Παράλληλα αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

(WHO, 2010)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η Π.Φ.Υ είναι η πιο δίκαιη, οικονομικά αποδοτική και αποτελεσματική προσέγγιση για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας. Τα δεδομένα υπογραμμίζουν την σπουδαιότητα της Π.Φ.Υ η οποία συνεχώς επιβεβαιώνεται, ενώ ο αντίκτυπός της ήταν ιδιαίτερα έντονη σε περιόδους κρίσης όπως η πανδημία COVID-19. (WHO, 2022)

Ακόμα, από την Διακήρυξη της Άλμα Άτα απορρέουν και τα ακόλουθα σημεία που χαρακτηρίζουν την Π.Φ.Υ (WHO, 2010):

Πρώτον, η Π.Φ.Υ αντανακλά την εκάστοτε κοινωνικοοικονομική και πολιτική κατάσταση μίας χώρας ή κοινότητας και οι εφαρμογές της πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις εκάστοτε συνθήκες.

Δεύτερον, αποσκοπεί στη πρόληψη, στη προαγωγή υγείας, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των κυρίαρχων προβλημάτων υγείας σε μία κοινότητα.

Τρίτον, περιλαμβάνει τουλάχιστον βασικές δραστηριότητες που αφορούν την εκπαίδευση, την διατροφή, την υγιεινή, την φροντίδα μητέρας και παιδιού, την ανοσοποίηση, την πρόληψη και διαχείριση ασθενειών, την κατάλληλη θεραπεία και χορήγηση φαρμάκων.

Τέταρτον, πέρα από τον τομέα της υγείας, περιλαμβάνει και σχετικούς τομείς που αφορούν την ανάπτυξη της κοινότητας, όπως είναι η σίτιση, η στέγαση, η εκπαίδευση, δημόσια έργα κ.α.

Το πέμπτο μέρος επισημαίνει ότι η Π.Φ.Υ απαιτεί και κατ' επέκταση προωθεί την συλλογική αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων καθώς και συμμετοχή της κοινότητας στην διαμόρφωση της λειτουργίας της.

Το έκτο μέρος αναφέρει ότι πρέπει να υποστηρίζεται από επιμέρους λειτουργικά συστήματα που θα παραπέμπουν στην Π.Φ.Υ και θα οδηγούν στην συνεχή βελτίωση της καθολικής υγείας.

Τέλος, το έβδομο σημείο αναφέρει ότι ένα σύστημα Π.Φ.Υ στελεχώνεται από πλήθος επαγγελματιών υγείας που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι ώστε να ανταποκριθούν πλήρως στις ανάγκες υγείας της κοινότητας.

(WHO, 2010)

Όπως προαναφέρθηκε, η Π.Φ.Υ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του χρήστη υπηρεσιών υγείας με το σύστημα υγείας. Κατ' επέκταση, μπορούμε να πούμε ότι το σύστημα Π.Φ.Υ λειτουργεί ως ένα «φίλτρο» για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, ή αλλιώς έναν τρόπο ελέγχου ροής των ασθενών στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (“gate keeping”). Ο έλεγχος αυτός της ροής ασθενών ανταποκρίνεται στην ανάγκη μείωσης των δαπανών υγείας και σε ορισμένες περιπτώσεις, στην έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων (Loudon, 2008).

Η αποτελεσματικότητα ως προς τον έλεγχο των δαπανών υγείας μέσω του συστήματος Π.Φ.Υ θεωρείται δεδομένη τα τελευταία χρόνια (Πιερράκος, 2008) ενώ μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση του Cochrane επιβεβαίωσε τόσο την μείωση των δαπανών υγείας, όσο και την καλύτερη ποιότητα φροντίδας των ασθενών (Sripa, 2019).

Η Π.Φ.Υ αποτελεί μία ολιστική προσέγγιση με κεντρική φιλοσοφία ότι η βέλτιστη υγεία ενός πληθυσμού μπορεί να επιτευχθεί μέσω δράσεων πρόληψης και αγωγής υγείας, αποκέντρωση και συμμετοχή των πολιτών (Πιερράκος, 2008). Άλλωστε, ο ΠΟΥ επισημαίνει ότι στα πλαίσια της ολιστικής κοινοτικής προσέγγισης η Π.Φ.Υ χαρακτηρίζεται από τις εξής τρεις συνιστώσες:

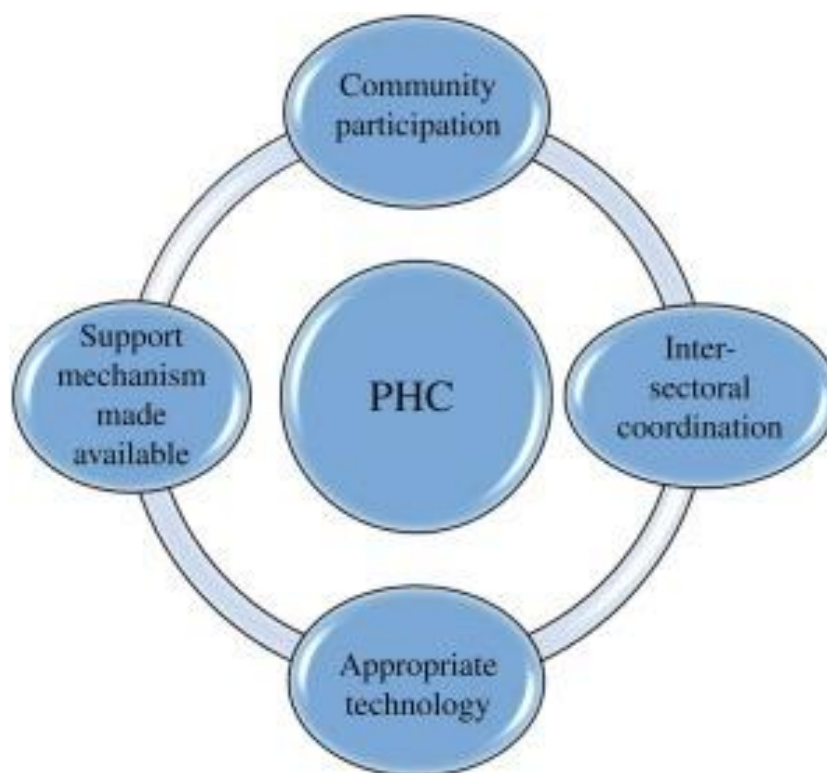
- Επαρκείς υπηρεσίες υγείας που θα καλύπτουν καθολικώς τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους
- Η εφαρμογή πολυτομεακών πολιτικών και δράσεων με στόχο την αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας
- Ενθάρρυνση κοινοτήτων να πάρουν τον έλεγχο της υγείας τους τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο (WHO, 2022)

1.2. Πυλώνες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική υγειονομική περίθαλψη με εφαρμοσμένες, επιστημονικά έγκυρες και παγκοσμίως αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, η οποία θα πρέπει να είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες μιας κοινότητας. Το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί έναν βασικό παράγοντα που συμβάλλει στην βελτίωση μιας κοινότητας και τις ισορροπημένες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ενώ παράλληλα μειώνει τις ανισότητες μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων (Behera BK, 2021).

Στην πράξη, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να είναι πετυχημένη εφόσον βασίζεται σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα που συντονίζεται από διαφορετικά εργατικά δυναμικά, τα οποία θα είναι καλά εκπαιδευμένα στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας βασίζεται σε τέσσερις βασικούς πυλώνες: κοινοτική συμμετοχή, διατομεακός συντονισμός, κατάλληλες τεχνολογίες και μηχανισμούς υποστήριξης (Behera BK, 2021).

Εικόνα 1.1: Οι τέσσερις πυλώνες της Π.Φ.Υ



Πηγή εικόνας: Behera BK, 2021

Πιο αναλυτικά (Behera BK, 2021):

- Η **κοινοτική συμμετοχή** αποτελεί μία διαδικασία κατά την οποία τα μέλη μιας κοινότητας υπηρετούν εθελοντικά την κοινοτική υγειονομική περίθαλψη. Σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες προσδιορίζουν τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, και αρμοδιότητά τους είναι ο σχεδιασμός, η οργάνωση, και η εφαρμογή προγραμμάτων υγείας, που χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση ή ΜΚΟ. Επιπλέον, εξασφαλίζει τον αποτελεσματικό και στρατηγικό σχεδιασμό και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.
- Ο **διατομεακός συντονισμός** διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση των διαφορετικών πτυχών που συνιστούν τις υπηρεσίες

υγειονομικής περίθαλψης και αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με ολοκληρωμένο τρόπο. Για παράδειγμα πέρα από τον υγειονομικό τομέα είναι δόκιμο να συμμετάσχουν και τμήματα όπως η βιομηχανία τροφίμων, η εκπαίδευση, η στέγαση, τα δημόσια έργα, η επικοινωνία και άλλοι τομείς για την επίτευξη της «υγείας για όλους». Ακόμα, η συμμετοχή εξειδικευμένων ΜΚΟ, ιδιωτικών και δημοσίων τομέων παίζει σπουδαίο ρόλο στην επιτυχή λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

- **Κατάλληλες τεχνολογίες** - Οι τεχνολογίες που θα εφαρμοστούν για την ανάπτυξη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να είναι επιστημονικά έγκυρες, να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες και να είναι αποδεκτές από τον γιατρό και το εργατικό δυναμικό του υγειονομικού τομέα. Εξυπακούεται ότι θα πρέπει να είναι διαθέσιμες και προσβάσιμες για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
- **Διαθέσιμοι μηχανισμοί υποστήριξης** – Στους μηχανισμούς υποστήριξης περιλαμβάνεται η προσωπική, η σωματική, η ψυχική, η πνευματική και η οργανική υποστήριξη για τα μέλη της κοινότητας προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι μηχανισμοί υποστήριξης είναι ζωτικής σημασίας τόσο για την υγεία όσο και για την ποιότητα ζωής των ατόμων. Τέλος, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξαρτάται από τον επαρκή αριθμό και την κατανομή εκπαιδευμένων γιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας και άλλων επαγγελματιών που εργάζονται στον τομέα της Π.Φ.Υ.

(Behera BK, 2021)

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφέρουμε την ιστορικής σημασίας «Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2008» του ΠΟΥ. Στην έκθεση αυτή γίνεται εκτενής ανάλυση της σπουδαιότητας της Π.Φ.Υ, αλλά και την αναγκαιότητα ενίσχυσής της, καθώς, όπως αναφέρεται στην έκθεση, μέσω της Π.Φ.Υ γίνεται πιο εφικτός ο στόχος της «Υγείας για όλους». Πιο συγκεκριμένα, παρατίθεται το εξής απόσπασμα από την έκθεση:

«Γιατί ο εκσυγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) και γιατί τώρα περισσότερο από ποτέ; Η άμεση απάντηση είναι η απτή ζήτηση για αυτή από τα κράτη μέλη – όχι μόνο από επαγγελματίες υγείας, αλλά επίσης και από την πολιτική αρένα. Η παγκοσμιοποίηση θέτει την κοινωνική συνοχή πολλών χωρών υπό πίεση, ενώ τα συστήματα υγείας, ως βασικά στοιχεία της σύγχρονης αρχιτεκτονικής των κοινωνιών, σαφώς δεν αποδίδουν όπως θα μπορούσαν και όπως θα έπρεπε.[...]. Οι υπηρεσίες υγείας αδυνατούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις και στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού [...]. Λίγοι θα διαφωνούσαν με το γεγονός ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται καλύτερα –και ταχύτερα– στις προκλήσεις ενός μεταβαλλόμενου κόσμου. Η Π.Φ.Υ μπορεί να το κάνει αυτό» (WHO, 2008).

Η έκθεση περιγράφει τέσσερις βασικές μεταρρυθμίσεις που κρίνονται απαραίτητες για την αποτελεσματική απάντηση στις προκλήσεις υγείας του σημερινού κόσμου, και την ενίσχυση των αξιών της ισότητας, της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης, που χαρακτηρίζουν το κίνημα της Π.Φ.Υ. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είναι:

- Μεταρρυθμίσεις καθολικής κάλυψης, δηλαδή, μεταρρυθμίσεις που θα διασφαλίζουν ότι τα συστήματα υγείας συμβάλλουν στην ισότητα της υγείας, την κοινωνική δικαιοσύνη και την εξάλειψη του αποκλεισμού, μέσω της μετάβασης προς την καθολική πρόσβαση στην υγεία.
- Μεταρρυθμίσεις στην παροχή υπηρεσιών, δηλαδή, μεταρρυθμίσεις που να αναδιοργανώνουν τις υπηρεσίες υγείας γύρω από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ανθρώπων (ανθρωποκεντρικές), ώστε να γίνουν περισσότερο σχετικές και πιο ανταποκρινόμενες στις αλλαγές της κοινωνίας, παράγοντας καλύτερα αποτελέσματα.
- Μεταρρυθμίσεις δημόσιας πολιτικής, ή αλλιώς μεταρρυθμίσεις που θα διασφαλίζουν υγιέστερες κοινότητες μέσω της εφαρμογής δράσεων δημόσιας υγείας και Π.Φ.Υ και την επιδίωξη δημόσιων πολιτικών που προάγουν την υγεία.
- Μεταρρυθμίσεις που αφορούν την ηγεσία, η οποία θα πρέπει να βασίζεται στην συμμετοχή της κοινότητας και στις ανάλογες διαπραγματεύσεις που απαιτούνται από την πολυπλοκότητα των σύγχρονων συστημάτων υγείας.

(WHO, 2008)

1.3. Ιστορική εξέλιξη του Συστήματος Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

1.3.1. Πρώτη περίοδος: 1833-1922

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από οικονομική κρίση και ασάφεια ως προς την υγειονομική πολιτική. Από την απελευθέρωση του Ελληνικού κράτους το 1821 μέχρι και το 1832 δεν υπήρξε καμία εξέλιξη στον χώρο της δημόσιας υγείας και υγιεινής (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Ο Ι. Καποδίστριας, ο πρώτος Κυβερνήτης της Ελλάδας από την απελευθέρωσή της, παρά τις σπουδαίες ικανότητες και το όραμά του, δεν κατάφερε να βελτιώσει σε σπουδαίο βαθμό την υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξαιτίας των πολιτικοοικονομικών συνθηκών που επικρατούσαν κατά το διάστημα αυτό (Δαρδαβέσης, 2008).

Η πρώτη κρατική ενέργεια στον υγειονομικό τομέα σημειώνεται το 1833 επί της Βασιλείας του Όθωνα, με την δημιουργία της πρώτης υγειονομικής υπηρεσίας με όνομα «Υγειονομικό Τμήμα ή Υγειονομική Αστυνομία» (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Η υπηρεσία αυτή ανήκε στη Γραμματεία του Υπουργείου Εσωτερικών και είχε αρμοδιότητες, όπως την ρύθμιση θεμάτων για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Από το 1914 έως και το 1917 το Υγειονομικό Τμήμα που προαναφέρθηκε γίνεται «Διεύθυνση Δημοσίας Υγιεινής και Δημοσίας Αντιλήψεως» και έπειτα αποσπάστηκε στο «Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημοσίας Αντιλήψεως» (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Ύστερα, στις 14 Δεκεμβρίου 1922 ιδρύεται το «Υπουργείο Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως» καθώς δημιουργείται η ανάγκη για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων που έφερε η Μικρασιατική καταστροφή στην δημόσια υγεία. (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010).

1.3.2. Δεύτερη Περίοδος 1922-1945

Όπως προαναφέρθηκε, η Μικρασιατική καταστροφή οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας του «Υπουργείου Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως» καθώς η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από οικονομική ύφεση και ανεργία ενώ η χώρα βρίσκεται αντιμέτωπη με τις επιπτώσεις της καταστροφής. Στα πλαίσια αυτά, δημιουργούνται μικρά και αυτόνομα διοικητικά ασφαλιστικά ταμεία ενώ πολλές πληθυσμιακές ομάδες δημιούργησαν δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (Κουρέα - Κρεμαστινού,

2010). Μέχρι τότε, μόνο 7-8% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού απολάμβανε τα προνόμια της ασφαλιστικής κάλυψης (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Η μεγάλη εισροή των Ελλήνων προσφύγων από την Μ. Ασία συνέβαλε στην ανάγκη για την δημιουργία ασφαλιστικών ταμείων όπου βασικός τους στόχος ήταν η καταβολή επιδομάτων ανεργίας, κάλυψη για σύνταξη καθώς και κάποιες ιατρικές παροχές (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια για τη διαμόρφωση μιας ασφαλιστικής πολιτικής υγείας έγινε από την κυβέρνηση του Ε. Βενιζέλου, στις αρχές του '30, ενώ το 1934 τελικά ψηφίζεται ο νόμος 6298/1934. Σύμφωνα με αυτόν, δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για την ασφάλιση των μισθωτών ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Ωστόσο η λειτουργία του ΙΚΑ ξεκίνησε τρία χρόνια αργότερα, το 1937, εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους της ασθένειας, του γήρατος και της ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα, με την κάλυψη όμως να περιορίζεται μόνο σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Αυτό σήμαινε ότι την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη, η οποία αφορούσε α) τον τομέα της υγείας και ιατρικές παροχές και β) τον τομέα της σύνταξης και της ανεργίας (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010).

1.3.3. Τρίτη περίοδος: 1945-1974

Η περίοδος έπειτα από την Γερμανική κατοχή και τον εμφύλιο πόλεμο χαρακτηρίζεται τόσο από έντονη φτώχεια, όσο και από έντονες ελλείψεις και καταστροφές σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Παράλληλα, η υγειονομική περίθαλψη παρέχονταν με ανοργάνωτο και αναποτελεσματικό τρόπο από ένα συνονθύλευμα φορέων και υπηρεσιών, ενώ πέρα από το κράτος, στις υπηρεσίες συνέβαλαν και η τοπική αυτοδιοίκηση, ο Ερυθρός Σταυρός, το ΙΚΑ, το ΠΙΚΠΑ, και περισσότερα από 100 ασφαλιστικά ταμεία και φορείς (Σημαντήρης, 2010). Σε προσπάθεια αντιμετώπισης της περιοριστικής και αποσπασματικής πολιτικής που επικρατούσε, το 1953 ψηφίστηκε το Ν.Δ. 2592/1953 «Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» με κεντρικό άξονα την αποκέντρωση του συστήματος, καθώς και την ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερα στην περιφέρεια μέσω της λειτουργίας υγειονομικών σταθμών (Σημαντήρης, 2010). Ωστόσο, ο πρωτοποριακός, για την εποχή του, νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε, καθώς ήταν αντίθετος με τη συγκεντρωτική πολιτική του ελληνικού κράτους, που προωθούσε την αστικοποίηση και τη

μετανάστευση (Σημαντήρης, 2010). Το 1961 σηματοδοτείται το δεύτερο σπουδαίο ορόσημο στην κοινωνική ασφάλιση, καθώς ψηφίζεται ο Ν. 4169/61 σύμφωνα με τον οποίο δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), προκειμένου να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό, ο οποίος αποτελούσε το 51% του πληθυσμού της εποχής (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Κατά τις δεκαετίες του '60 και '70 που ακολούθησαν, σημειώνεται ραγδαία ανάπτυξη στην ελληνική οικονομία, στα πλαίσια της οποίας γεννήθηκαν μια σειρά επιχειρήσεων και τραπεζών, οι οποίες με την σειρά τους δημιούργησαν τους δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς βασιζόμενοι κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών, που τους επέτρεπε να παρέχουν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη. Κατά την περίοδο αυτή υπήρξε σπουδαία ανάπτυξη στον ιδιωτικό τομέα, ωστόσο παρόλο που υπήρχαν ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη μιας πιο συνεκτικής και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, ο ερχομός της δικτατορίας (1967-1974) στάθηκε εμπόδιο σε αυτό. (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010)

1.3.4. Τέταρτη Περίοδος: 1974

Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) παρουσίασε μελέτη μέσω της οποίας έθιξε διάφορα ζητήματα στον χώρο της υγείας, μεταξύ άλλων την παραοικονομία και την έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των υγειονομικών φορέων, ενώ μάλιστα πρότεινε την συγχώνευση των τριών βασικών ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ,ΟΓΑ,ΤΕΒΕ) (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010; Σημαντήρης, 2010). Ακόμα, το 1980, ο τότε Υπουργός Υγείας Σπύρος Δοξιάδης πρότεινε την δημιουργία ενός εκσυγχρονισμένου συστήματος υγείας, καταθέτοντας στην Βουλή το νομοσχέδιο τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», το οποίο είχε ως κεντρικούς άξονες την αποκέντρωση, την δημιουργία δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας με οικογενειακούς γιατρούς, την σωστή οργάνωση των νοσοκομείων κ.α (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010; Σημαντήρης, 2010). Ωστόσο η πρόταση αυτή δεν υλοποιήθηκε ποτέ νομοθετικά. Τελικά τον Σεπτέμβριο του 1983 ψηφίζεται ο νόμος 1397 που αποτέλεσε τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, θέτοντας για πρώτη φορά τα θεμέλια για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο νόμος αυτός προέβλεπε τη αποκέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών, την χρηματοδότησή τους και τον γενικότερο προγραμματισμό τους από ενιαία πηγή, την ανάπτυξη πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τον κοινωνικό έλεγχο κ.α. (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Οι διατάξεις

του νέου νόμου βασίστηκαν στην φιλοσοφία ότι η υγεία πρόκειται για ένα κοινωνικό αγαθό, κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα στη ίση και υψηλού επιπέδου υγειονομική περίθαλψη, καθώς και ότι το Κράτος φέρει την αποκλειστική ευθύνη για την προστασία της υγείας μέσω ενός ενιαίου, δημοκρατικού συστήματος υγείας (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2010). Αξιοσημείωτο γεγονός επίσης που προέκυψε από την εφαρμογή του νόμου είναι η έμφαση που δόθηκε στην Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας καθώς και των Περιφερειακών Ιατρείων ως δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ακολούθησαν άλλοι αξιοσημείωτοι νόμοι όπως:

- Νόμος 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (με Υπουργό τον Δ. Κρεμαστινό) όπου μεταξύ άλλων τέθηκαν τα θεμέλια για την οργάνωση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β), θεσπίστηκε η συστηματική μετεκπαίδευση των ιατρών του Ε.Σ.Υ, ενώ η Υγειονομική Σχολή Αθηνών μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ) (ΦΕΚ-34/Α/16-3-1994, 1994).
- Νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (με Υπουργό τον Κ. Γείτονα) όπου μεταξύ άλλων ψηφίστηκαν άρθρα που αφορούσαν την Δημόσια Υγεία, όπως ο θεσμός για τους Ιατρούς Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ (Φ.Ε.Κ - Α-165/21-8-1997, 1997).
- Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (με Υπουργό τον Α. Παπαδόπουλο) ο οποίος εισήγαγε την λειτουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ), τα οποία εκπροσωπούσαν τις περιφερειακές δομές του Υπουργείου Υγείας και σκοπός ήταν αποκέντρωση της διοίκησης των υγειονομικών υπηρεσιών. Ακόμα ένας επιπλέον στόχος των Π.Ε.Σ.Υ ήταν η εγγύηση παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σε μία πληθώρα τομέων, μεταξύ των οποίων η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας κ.α (ΦΕΚ - 37/Α/2-3-2001, 2001).
- Νόμος 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (με Υπουργό τον Κ. Στεφανή) ο οποίος προέβλεπε την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Πρόνοιας. Πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες αυτές με την ονομασία «Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας» θα λειτουργούν ως αποκεντρωμένες και με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια

μονάδες του ΠΕ.Σ.Υ.Π («Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας», τα πρώην Π.Ε.Σ.Υ) (ΦΕΚ - 30/Α/10-2-2003 , 2003).

- Νόμος 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (με Υπουργό τον Ν. Κακλαμάνη) ο οποίος κατήργησε τα ΠΕ.Σ.Υ.Π και συστάθηκε η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ), με αρμοδιότητα την εποπτεία, τον συντονισμό και το έλεγχο της λειτουργίας των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (στα όρια την περιφέρειας που κάλυπτε η κάθε ΔΥΠΕ). Επιπλέον, όρισε του φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (ΦΕΚ - 81/Α/4-4-2005, 2005).
- Νόμος 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (με Υπουργό τον Δ. Αβραμόπουλο) σύμφωνα με τον οποίο το ελληνικό κράτος διαιρείται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Π) και με αντίστοιχο ισάριθμο αριθμό Δ.Υ.ΠΕ, ενώ επιπλέον ως όργανα της διοίκησης των Δ.Υ.ΠΕ ορίζονται ο διοικητής της ΥΠ και δύο υποδιοικητές (ΦΕΚ - 25/Α/9-2-2007, 2007).
- Νόμος 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης». Σύμφωνα με τον Νόμο «Καλλικράτη» καταργούνται οι Νομαρχίες και στην θέση τους δημιουργούνται 13 Περιφέρειες, που λειτουργούν υπό την διοίκηση 7 Γενικών Διευθύνσεων (αποκεντρωμένες μονάδες). Επιπλέον, ο αριθμός των δήμων μειώνεται από 1034 σε 370. Στις αρμοδιότητες των Περιφερειών υπάγεται πλέον και ο τομέας της υγείας (ΦΕΚ - 87Α/7-6-2010, 2010).

Από το τέλος του 2009 η οικονομία της Ελλάδας χειροτερεύει αισθητά (Σταθάκος, 2020) ενώ το 2010 υπογράφεται το πρώτο μνημόνιο, γεγονός που προκαλεί και το πρώτο κύμα μέτρων λιτότητας και που είχε επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Η ψήφιση του Νόμου 3918 το 2011 φέρνει μία σειρά σπουδαίων αλλαγών στο σύστημα υγείας, ανάμεσα τους και η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) (Σταθάκος, 2020; Κρίνα, 2017). Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ αποτέλεσε τόσο τον πάροχο όσο και των προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, ενώ σε αυτόν τελικά εντάχθηκαν και τα τέσσερα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της Ελλάδας (Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε) (Οικονόμου, 2012). Μία επιπλέον αξιοσημείωτη αλλαγή

που έφερε ο Νόμος 3918 ήταν η ένταξη των νοσοκομείων του Ι.Κ.Α στο Ε.Σ.Υ, καθώς και αλλαγές στο σύστημα προμηθειών στα φάρμακα (πλέον ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ παρέχει φάρμακα σε όλους τους ασφαλισμένους πολίτες) (Κρίνα, 2017; Σταθάκος, 2020).

Το 2014 ο Νόμος 4238 επιφέρει νέες αλλαγές ως προς την λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, καθώς πλέον οι Υγειονομικές Περιφέρειες Ελλάδας (Υ.Π.Ε) και τα αντίστοιχα Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) επιβλέπουν όλες οι δομές Π.Φ.Υ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και τα αστικά Κέντρα Υγείας. (Υπουργείο Υγείας, 2022). Επιπλέον, η μεταρρύθμιση αυτή προέβλεπε την εικοσιτετράωρη λειτουργία των δομών, επτά ημέρες την εβδομάδα. (Υπουργείο Υγείας, 2022).

Το 2016 ψηφίζεται ο Νόμος 4387 ο οποίος εφαρμόστηκε από 1/1/2017 και μετά, άλλαξε τα μέχρι τότε δεδομένα, καθώς το Ι.Κ.Α- Ε.Τ.Α.Μ εντάσσεται στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Με στόχο την απλούστευση των διαδικασιών ασφάλισης και την πιο ομαλή λειτουργία του ασφαλιστικού συστήματος μέσω της χρήση της τεχνολογίας και άλλων νέων εφαρμογών, ο ΕΦΚΑ πλέον αποτελεί την συγχώνευση όλων των ασφαλιστικών φορέων που υπήρχαν στην χώρα (Ι.Κ.Α- Ε.Τ.Α.Μ, Ο.Γ.Α, Ο.Α.Ε.Ε, ΕΤ.Α.Τ, Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω, Ν.Α.Τ, Ε.Τ.Α.Π-Μ.Μ.Ε, Ε.Τ.Α.Α) (ΦΕΚ - 38/Α/28-3-2017, 2017). Αυτό σημαίνει ότι στο εξής όλοι οι εργαζόμενοι, είτε πρόκειται για μισθωτούς είτε για αυτοαπασχολούμενους, θα ασφαλιζονται και θα καταβάλλουν τις εισφορές τους στον ΕΦΚΑ, καθώς επίσης και θα συνταξιοδοτούνται από αυτόν (ΕΦΚΑ, 2017). Τέλος, ο νόμος 4387 όριζε και την εφαρμογή ενός νέου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο τέθηκε σε εφαρμογή το 2017 και στηριζόταν στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού (Γαβρίλη, 2019).

1.4. Ιστορική αναδρομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) συνήθως συνδέεται με την «Διακήρυξη της Άλμα Άτα», το Διεθνές Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που διεξάχθηκε στην Άλμα - Άτα στο Καζακστάν, το 1978. Ωστόσο, μια σειρά γεγονότων σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς και η συμβολή ορισμένων αξιοσημείωτων προσώπων προηγήθηκαν και τελικά οδήγησαν στην διεθνή αυτή διάσκεψη (Cueto, 2004).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών του Ψυχρού Πολέμου (τέλη της δεκαετίας του 1960 και αρχές της δεκαετίας του 1970), οι ΗΠΑ αντιμετώπιζαν πολιτική κρίση.

Η «κάθετη προσέγγιση της υγείας», η χρήση δηλαδή των «κάθετων προγραμμάτων» που μέχρι τότε εφαρμόζονταν από τις υπηρεσίες των ΗΠΑ και του ΠΟΥ για την εξάλειψη της ελονοσίας, δέχθηκε σφοδρή κριτική. Ένα «κάθετο πρόγραμμα» έχει συγκεκριμένους, καθορισμένους στόχους οι οποίοι σχετίζονται με μία συγκεκριμένη κατάσταση ή μία ομάδα ατόμων στους οποίους εντοπίζεται ένα πρόβλημα υγείας (Sandy Caimcross, 1997). Οι στόχοι ενός κάθετου προγράμματος μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι ή μεσοπρόθεσμοι, ενώ έχουν κεντρική διαχείριση, οικονομικό και τεχνικό έλεγχο (Sandy Caimcross, 1997). Πολλοί ηγέτες στον τομέα της δημόσιας υγείας σε υπηρεσίες των ΗΠΑ και στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ήταν δυσαρεστημένοι με την αποτυχία της εκστρατείας που εφαρμόζονταν τότε για την εξάλειψη της ελονοσίας, και των «κάθετων» προγραμμάτων γενικότερα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την δυσαρέσκεια για την έλλειψη ενδιαφέροντος για την υγεία της κοινότητας γενικότερα, οδήγησε όλο και περισσότερους ανθρώπους στην υιοθέτηση μιας στάσης σκεπτικισμού ως προς την εφαρμογή τριτοβάθμιας περίθαλψης σε περιοχές με μειωμένους πόρους (Cueto, 2004).

Γνωστές προσωπικότητες του χώρου της υγείας της εποχής όπως οι John Bryant, Carl Taylor, Kenneth W. Newell, Thomas Mc-Keown τόνισαν μέσω του έργου τους ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας, ότι η αυστηρή τομεακή προσέγγιση της υγείας είναι αναποτελεσματική, καθώς και την σημασία της πρόληψης και την επίδραση των κοινωνικών συνθηκών στην υγεία του πληθυσμού (Litsios, 2015) (Cueto, 2004). Μια ακόμη σημαντική επιρροή για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προήλθε από την Χριστιανική Ιατρική Επιτροπή, ένας εξειδικευμένος οργανισμός του Παγκόσμιου Συμβουλίου Εκκλησιών που δημιουργήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 από ιατρικούς ιεραπόστολους που εργάζονταν σε αναπτυσσόμενες χώρες (Cueto, 2004). Ο οργανισμός αυτός ηγήθηκε την βασική υγειονομική εκπαίδευση εργατών σε επαρχιακές περιοχές, με την χρήση βασικών φαρμάκων και την εφαρμογή απλών πρακτικών. Το 1970 δημιούργησε το περιοδικό Contact, το οποίο εικάζεται ότι χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» (Cueto, 2004).

Ένα άλλο σημαντικό ορόσημο για την προώθηση της ιδέας της Π.Φ.Υ ήταν η παγκόσμια αναγνώριση που γνώρισε η μαζική επέκταση των αγροτικών ιατρικών υπηρεσιών στην κομμουνιστική Κίνα, ειδικά χάρη στον θεσμό των “barefoot doctors”(Cueto, 2004). Οι «ξυπόλητοι γιατροί» ήταν πάροχοι βασικής υγειονομικής

περίθαλψης και εργάζονταν σε αγροτικά χωριά της Κίνας. Παρακολουθούσαν βασική ιατρική εκπαίδευση και σκοπός τους ήταν να προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη σε αγροτικές περιοχές όπου δεν υπήρχαν γιατροί. Προωθούσαν την σωστή υγιεινή, την πρόληψη νοσημάτων, τον οικογενειακό προγραμματισμό ενώ ακόμα αντιμετώπιζαν κάποιες κοινές ασθένειες (Gong YL, 1982). Τα πολλαπλά οφέλη στην υγεία του πληθυσμού της Κίνας που προήλθαν από την εφαρμογή προγραμμάτων κοινοτικής υγείας υπογράμμισαν την αποτυχία των άλλων «κάθετων» στρατηγικών υγείας που είχαν ως επίκεντρο την αντιμετώπιση επιμέρους ασθενειών (Cueto, 2004).

Νέοι ηγέτες και θεσμοί ενσάρκωσαν τις νέες ακαδημαϊκές και πολιτικές επιρροές. Εξέχων ανάμεσά τους ήταν ο Halfdan T. Mahler από τη Δανία. Ο Mahler εξελέγη γενικός διευθυντής του ΠΟΥ το 1973 και αργότερα επανεξελέγη για 2 διαδοχικές πενταετείς θητείες, παραμένοντας στην ηγεσία μέχρι το 1988. Το 1973, τη χρονιά που διορίστηκε ο Mahler ως γενικός διευθυντής του Π.Ο.Υ, το Εκτελεστικό Συμβούλιο του Π.Ο.Υ εξέδωσε την έκθεση «Οργανωτική Μελέτη για Μεθόδους Προώθησης της Ανάπτυξης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας» (“Organizational Study on Methods of Promoting the Development of Basic Health Services”) (Theodore M. Brown, 2019). Η έκθεση αυτή αποτέλεσε την βάση για τον επαναπροσδιορισμό της συνεργασίας μεταξύ του Π.Ο.Υ και της UNICEF η οποία πρωτοξεκίνησε ύστερα από την λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Από την συνεργασία αυτή προέκυψε το 1975 η κοινή έκθεση των Π.Ο.Υ και UNICEF “Εναλλακτικές Προσεγγίσεις για την Κάλυψη των Βασικών Αναγκών Υγείας στις Αναπτυσσόμενες Χώρες» (“Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries”). Με τον όρο «εναλλακτική» τονίζονταν τα μειονεκτήματα και οι ελλείψεις των μέχρι τότε κοινών «κάθετων» προγραμμάτων που επικεντρώνονταν στην αντιμετώπιση επιμέρους ασθενειών. Άλλωστε, το ίδιο το έγγραφο επεσήμανε ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας οφείλονταν στον υποσιτισμό, νοσήματα που μεταδίδονται με διαβιβαστές, καθώς και στις αναπνευστικές και διαρροϊκές ασθένειες (WHO, 1975). Με άλλα λόγια, στις αναπτυσσόμενες χώρες οι κύριες αιτίες νοσηρότητας οφείλονταν στις συνθήκες που προέκυπταν από την κατάσταση της φτώχειας. Επιπλέον, η έκθεση αναφέρθηκε σε επιτυχημένες εφαρμογές Π.Φ.Υ σε ορισμένες χώρες, όπως στο Μπαγκλαντές, την Κίνα, την Κούβα, την Ινδία κ.α.

Η έκθεση αυτή έθεσε τα θεμέλια της Π.Φ.Υ για τον Π.Ο.Υ και το 1975, στην 28η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, κηρύσσεται η διαμόρφωση των «Εθνικών

Προγραμμάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» ως θέμα «επείγουσας προτεραιότητας» (Theodore M. Brown, 2019). Στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του 1976, προτάθηκε ο στόχος με σύνθημα «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000», ο οποίος συνδέθηκε άρρηκτα με τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Mahler ο στόχος αυτός απαιτούσε ριζική αλλαγή.

Το ορόσημο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έλαβε χώρα στην Άλμα-Άτα από τις 6 έως τις 12 Σεπτεμβρίου 1978 (Cueto, 2004). Στην διάσκεψη συμμετείχαν πάνω από 3000 αντιπρόσωποι από 134 κυβερνήσεις και 67 ΜΚΟ. Η Άλμα-Άτα ήταν η πρωτεύουσα της Σοβιετικής Δημοκρατίας του Καζακστάν, που βρίσκεται στην ασιατική περιοχή της Σοβιετικής Ένωσης. Η Διακήρυξη του Άλμα-Άτα, που προέκυψε από αυτή τη διάσκεψη, αναφέρει ότι «η υγεία... είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος» (WHO, 2010). Έκτοτε, τέθηκαν οι αρχές που χαρακτηρίζουν την Π.Φ.Υ, οι οποίες αναφέρονται λεπτομερώς στην διακήρυξη. Τέλος, τον Οκτώβριο του 2018, έλαβε χώρα η Διακήρυξη της Astana, 40 χρόνια από την διακήρυξη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Άλμα-Άτα. Ανάμεσα στους στόχους της διακήρυξης ήταν να εντοπιστούν εμπόδια και αντίστοιχες λύσεις ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της «Υγείας για όλους έως το 2030», ενώ χώρες από όλο τον κόσμο υπέγραψαν τη Διακήρυξη της Astana, δεσμεύοντας να ενισχύσουν τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τους, ως ουσιαστικό βήμα προς την επίτευξη της καθολικής κάλυψης υγείας (WHO, 2019).

1.5. Τα σημερινά δεδομένα στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του κεφαλαίου 1 του Σχεδίου Νόμου «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ». Πιο συγκεκριμένα, το Υπουργείο Υγείας αναφέρει αυτολεξεί ότι «ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την

παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του» (Υπουργείο Υγείας , 2017).

Από τον παραπάνω ορισμό, παρατηρούμε ότι οι αξίες και οι σκοποί που απαρτίζουν το σύστημα Π.Φ.Υ στην Ελλάδα, συμπίπτουν με αυτές που εκφράστηκαν από τον ΠΟΥ και την διακήρυξη της Alma Ata, όπως είναι η πρόληψη και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού, για τα οποία έχει ευθύνη το Κράτος.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, στην Π.Φ.Υ περιλαμβάνονται οι εξής υπηρεσίες που αναγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1.1 : Υπηρεσίες της Π.Φ.Υ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ
Υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτείται εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα
Εκτίμηση αναγκών υγείας, σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την
Πρόληψη νοσημάτων, καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου και προαγωγή υγείας
Τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα
Οικογενειακός προγραμματισμός και υπηρεσίες μητέρας – παιδιού
Παραπομπή, παρακολούθηση και συνδιαχείριση περιστατικών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα
Παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας

Υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού
Υπηρεσίες αποκατάστασης
Παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας
Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και διασύνδεση με υπηρεσίες ψυχικής υγείας
Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική και Ορθοδοντική Φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

Πηγή: Υπουργείο Υγείας , 2017

1.6. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με το Άρθρο 3 του Υπουργείου Υγείας το σύστημα Π.Φ.Υ παρέχει τις υπηρεσίες του σε δύο επίπεδα και από διαφορετικές μονάδες. Πιο συγκεκριμένα:

Πρώτο επίπεδο υπηρεσιών Π.Φ.Υ

Το πρώτο επίπεδο υπηρεσιών Π.Φ.Υ παρέχεται από

- Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.),
- Περιφερειακά Ιατρεία,
- Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία,
- Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία
- Τοπικά Ιατρεία

Τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία δύνανται να μετονομάζονται σε Το.Μ.Υ., εφόσον η σύνθεση του προσωπικού το επιτρέπει (Υπουργείο Υγείας , 2017).

Δεύτερο επίπεδο υπηρεσιών Π.Φ.Υ

Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Ως περιπατητική φροντίδα ορίζονται οι υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας που παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας (Υπουργείο Υγείας , 2017).

1.6.1. Τοπικές Μονάδες Υγείας

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) συστήνονται για πρώτη φορά στην Π.Φ.Υ στο άρθρο 4 και ορίζονται ως «αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών, Διοικητικής Ανασυγκρότησης και Υγείας μετά από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγειονομικών Περιφερειών». Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και στελεχώνονται με μία Ομάδα Υγείας. Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί ότι «Ομάδα Υγείας» ορίζεται «η Ομάδα που αποτελείται από γιατρούς ειδικοτήτων Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Παιδιατρικής, από Νοσηλεύτη/-τρια, Επισκέπτη/-τρια Υγείας, Κοινωνικό/-ή Λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν Οικογενειακό γιατρό, ένα Νοσηλεύτη ή Επισκέπτη Υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο» (Υπουργείο Υγείας , 2017). Πιο συγκεκριμένα, τα πιο πρόσφατα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας επισημαίνουν ότι οι Το.Μ.Υ θα στελεχωθούν από διεπιστημονική ομάδα έως 12 μελών (5 ιατρούς των προαναφερθέντων ειδικοτήτων, 2 νοσηλεύτες, 2 επισκέπτες υγείας, 1 κοινωνικό λειτουργό, 2 διοικητικούς/οικονομικούς υπαλλήλους) (Υπουργείο Υγείας, 2021). Οι Το.Μ.Υ εξυπηρετούν μία σειρά σκοπών οι οποίοι υπάγονται στις υπηρεσίες που προσφέρει η Π.Φ.Υ όπως αναφέρθηκαν και προηγουμένως. Ειδικότερα, οι Το.Μ.Υ είναι υπεύθυνες για την παρέμβαση, την προαγωγή και αγωγή υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν (στον οποίο περιλαμβάνονται η οικογένεια, εργαζόμενοι, σχολικός πληθυσμός και γενικότερα όλο το φάσμα των δομών κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης) ενώ παράλληλα παρακολουθούν συστηματικά την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους. Ακόμα, έχουν

σκοπό την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα (σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας) καθώς και την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και παραπομπή σε Κέντρα Υγείας ή σε Νοσοκομεία. Όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα, μέλημα των Το.Μ.Υ είναι η παρακολούθηση και διαχείριση τόσο στη μονάδα όσο και κατ' οίκον και παράλληλα την εκπαίδευση και καθοδήγηση των πληθυσμών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και άλλων καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η κατ' οίκον φροντίδα γενικότερα για ποικίλα θέματα υγείας αποτελεί έναν επιπλέον στόχο των μονάδων αυτών. Επιπλέον, από το καθηκοντολόγιο των Το.Μ.Υ δεν απουσιάζει η προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών καθώς και η συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, ακόμα και για θέματα ψυχικής υγείας και εξαρτήσεων, για την διαχείριση των οποίων γίνεται η κατάλληλη διασύνδεση και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς. Τέλος, οι Το.Μ.Υ έχουν την αρμοδιότητα της συλλογής και αξιοποίησης στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας (Υπουργείο Υγείας , 2017).

1.6.2. Κέντρα Υγείας

Το άρθρο 5 της μεταρρύθμισης ορίζει τις αρμοδιότητες των κέντρων υγείας. Όπως προαναφέρθηκε, τα κέντρα υγείας παρέχουν ειδικευμένη περιπατητική φροντίδα. Η φροντίδα αυτή παρέχεται σε ασθενείς που προσέρχονται είτε από παραπομπή άλλων υπηρεσιών Π.Φ.Υ, είτε αυτοβούλως. Ακόμα, διαχειρίζονται έκτακτα και επείγοντα περιστατικά ενώ προσφέρονται και πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας όπως φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία καθώς και εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο. Ακόμη παρέχεται οδοντιατρική φροντίδα και φροντίδα μητέρας-παιδιού και εφήβων. Επιπλέον η εξειδικευμένη πρόληψη, η ιατρική της εργασίας καθώς και η κοινωνική ιατρική και η ιατρική δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται στις αρμοδιότητες των Κέντρων Υγείας (Υπουργείο Υγείας , 2017).

1.7. Χρηματοδότηση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Εισαγωγή

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας γίνεται τόσο από δημόσιες όσο και από ιδιωτικές πηγές.

Στις **δημόσιες πηγές** χρηματοδότησης περιλαμβάνονται:

- **Ο κρατικός προϋπολογισμός**, δηλαδή η άμεση και η έμμεση φορολογία. Με αυτό το πρότυπο χρηματοδότησης παρέχεται καθολική κάλυψη (Πιερράκος, 2008).
- **Η Κοινωνική Ασφάλιση**, δηλαδή τα κοινωνικοασφαλιστικά ταμεία μέσω των υποχρεωτικών εισφορών εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολουμένων. Η λειτουργία του προτύπου αυτού ρυθμίζεται από την κυβέρνηση και οι εισφορές διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων ταμείων. Επιπλέον, προσφέρονται υπηρεσίες τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών προμηθευτών (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016; Πιερράκος, 2008).

Στις **ιδιωτικές πηγές** χρηματοδότησης περιλαμβάνονται:

- **Η Ιδιωτική Ασφάλιση**, δηλαδή η κάλυψη δαπανών υγείας από την ιδιωτική ασφάλιση ιδιωτών και εργοδοτών. Οι εισφορές διαφέρουν μεταξύ των ασφαλισμένων και καθορίζονται από το ατομικό προφίλ υγείας τους. Συχνά, η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί συμπληρωματικά στα δημόσια συστήματα υγείας (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016; Πιερράκος, 2008).
- **Δωρεές, Φιλανθρωπίες** (Μπιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

1.7.1. Μέθοδοι χρηματοδότησης

Ο τρόπος αμοιβής των ιατρών επηρεάζει τις υπηρεσίες υγείας ως προς το κόστος τους, την ποιότητά τους αλλά και την κατανομή τους (Πιερράκος, 2008). Παράλληλα, ο τρόπος πληρωμής των ιατρών επιδρά στον νόμο της «προσφοράς - ζήτησης», δηλαδή την συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Πιερράκος, 2008). Διακρίνονται συνολικά τρεις τρόποι αμοιβής ενώ αναλόγως τη χώρα και το σύστημα υγείας, μπορούν να προκύψουν και συνδυασμοί των μεθόδων αυτών:

- **Αμοιβή κατά ιατρική πράξη (fee for service)**: το σύστημα αποζημίωσης όπου κάθε ιατρική διαδικασία απαιτεί αποζημίωση, το ύψος της οποίας εξαρτάται

από την σοβαρότητα της ασθένειας, καθώς και το πλήθος των ιατρικών υπηρεσιών που πρέπει να καταναλωθούν (Figueras J, 2005; OECD, 2022). Ακόμα, όσον αφορά την σχέση μεταξύ του ιατρού και του ασθενή, χαρακτηρίζεται από αποκλειστικότητα και ιδιωτικότητα τόσο για την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, όσο και για την αποζημίωσή τους (Πιερράκος, 2008). Παρόλο που το συγκεκριμένο σύστημα αποζημίωσης πρόκειται για το πιο απλό όσον αφορά τον υπολογισμό των δαπανών, δεν προτιμάται από τις κυβερνήσεις πολλών χωρών, καθώς α) πρόκειται για πολύ δαπανηρή μέθοδος (Ηλιάδης & Ουζουνάκης, 2021) β) υπάρχει κίνδυνος κινητοποίησης των ιατρών να προβαίνουν σε περισσότερες (μη αναγκαίες) ιατρικές πράξεις προκειμένου να έχουν υψηλότερες απολαβές (Ηλιάδης & Ουζουνάκης, 2021) και γ) δεν υπάρχει σημαντικό κίνητρο για την βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, καθώς οι θεραπευτές πληρώνονται για τις υπηρεσίες τους, συχνά όμως χωρίς να τους απασχολεί το αποτέλεσμα αυτών (OECD, 2022).

- **Αμοιβή κατά κεφαλή:** το σύστημα αποζημίωσης όπου οι γιατροί λαμβάνουν συγκεκριμένη αποζημίωση για συγκεκριμένο αριθμό ασθενών και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Ηλιάδης & Ουζουνάκης, 2021; Πιερράκος, 2008). Το ποσό της αποζημίωσης είναι σταθερό και ανεξάρτητο από την ποσότητα των ιατρικών επισκέψεων που θα πραγματοποιηθούν από το πλήθος των ασθενών που είναι εκχωρημένο στον εκάστοτε ιατρό, καθώς και από την σοβαρότητα των προβλημάτων υγείας για τα οποία θεραπεύονται οι ασθενείς (Ηλιάδης & Ουζουνάκης, 2021). Τα πλεονεκτήματα του συστήματος αυτού αφορούν κυρίως τις κυβερνήσεις των χωρών καθώς και τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, το κράτος είναι σε θέση να μειώσει τις δαπάνες της υγείας, καθώς πρόκειται για μη μεταβλητά έξοδα, ενώ οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας συνήθως δεν καταβάλλουν κάποιο αντίτιμο για την περίθαλψή τους (Πιερράκος, 2008). Από την άλλη, τα μειονεκτήματα του συστήματος αυτού αφορούν κυρίως τους ιατρούς, καθώς μπορεί να έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας ενώ η αμοιβή τους να μην ανταποκρίνεται σε αυτόν (Ηλιάδης & Ουζουνάκης, 2021). Το γεγονός αυτό ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται αδικημένοι και έμμεσα να επηρεάζει την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας που παρέχουν (Kosny, 2011).

- **Αμοιβή με πάγιο μισθό:** Το σύστημα αποζημίωσης όπου παρέχεται ένας σταθερός μισθός στους ιατρούς, ο οποίος κλιμακώνεται αναλογικά με τον χρόνο που απαιτείται να διαθέτει ο θεραπευτής και την πολυπλοκότητα των υπηρεσιών που προσφέρει (Πιερράκος, 2008). Συνήθως ο ασθενής δεν συνεισφέρει στην αμοιβή του ιατρού, (Πιερράκος, 2008) και ενώ το σύστημα αυτό εγγυάται μεγάλη προσβασιμότητα στους ασθενείς (Ηλιάδης & Ουζουνάκης, 2021). Ωστόσο ένα μειονέκτημα της αμοιβής με πάγιο μισθό αποτελεί η πιθανότητα οι γιατροί να μην είναι ικανοποιημένοι με την αμοιβή τους, γεγονός που ενδέχεται να λειτουργήσει εις βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται. Επιπλέον, η χαμηλή ικανοποίηση των ιατρών μπορεί να τους οδηγήσει να προβούν σε παράνομες συμπεριφορές, όπως να απαιτήσουν επιπρόσθετες αμοιβές από τους ασθενείς, αλλά και να τους αρνηθούν την παροχή των υπηρεσιών τους (Kroneman, 2016).

1.8. Είδη Συστημάτων Υγείας

Τα συστήματα υγείας μπορούν να διακριθούν σε τέσσερα επιμέρους μοντέλα, ανάλογα με οργάνωσης και χρηματοδότησής τους. Πιο συγκεκριμένα διακρίνονται: το Φιλελεύθερο Σύστημα (Ιδιωτικής Ασφάλισης), το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Τύπου Beveridge), το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Σύστημα Bismarck) και το Μεικτό Σύστημα.

1.8.1. Το Φιλελεύθερο Σύστημα

Το Φιλελεύθερο Σύστημα βασίζεται στις αρχές της ατομικής ιδιοκτησίας και οικονομικής ελευθερίας, στις οποίες δεν υπεισέρχεται το κράτος. Το σύστημα αυτό εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού, ενώ παράλληλα δίνει στον γιατρό το δικαίωμα του καθορισμού του ύψους της αμοιβής του, καθώς ισχύει ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης. Ο σημαντικότερος εκπρόσωπος του Φιλελεύθερου συστήματος είναι οι ΗΠΑ, όπου η πλειοψηφία των υγειονομικών υπηρεσιών ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Με άλλα λόγια, τις υπηρεσίες απολαμβάνουν όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση, καθώς αυτός είναι ο κύριος τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος αυτού. Γίνεται κατανοητό λοιπόν, ότι σε ένα φιλελεύθερο σύστημα υπάρχει έντονο το φαινόμενο της

ανισότητας ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς η πλειοψηφία των υπηρεσιών ανήκει στην ιδιωτική πρωτοβουλία, ενώ το κράτος παρεμβαίνει μόνο για την υγειονομική περίθαλψη ευπαθών κοινωνικών ομάδων, όπως φτωχούς, ανέργους κ.α. μέσω προγραμμάτων όπως το US Medicare και Medicaid (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007; Wallace, 2013; Tulchinsky, 2018).

1.8.2. Σύστημα Τύπου Bismarck (Σύστημα Κοινωνική Ασφάλισης)

Το σύστημα Bismarck (ή αλλιώς κοινωνικής ασφάλισης) στηρίχτηκε στο πρότυπο του Καγκελαρίου Bismarck, ο οποίος το 1883 θέσπισε το πρώτο σύστημα του είδους αυτού στη Γερμανία (Tulchinsky, 2018). Φιλοσοφία του συστήματος Bismarck είναι ότι η κάλυψη του πληθυσμού πρέπει να είναι συλλογική, με στόχο την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής δικαιοσύνης. Μάλιστα, η ασφαλιστική κάλυψη έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα για το σύνολο του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, ενώ το κριτήριο για την καταβολή των εισφορών αποτελεί τόσο το ύψος του εισοδήματος, όσο και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Κυριότεροι εκπρόσωποι του μοντέλου αυτού είναι η Γερμανία και η Γαλλία, ενώ συναντάται επιπλέον και στις χώρες Βέλγιο, Ελβετία, Ολλανδία και Ιαπωνία (Wallace, 2013; Tulchinsky, 2018). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο θεσμός της ασφάλισης υγείας στη Γαλλία θεωρείται καθολικό δικαίωμα και δεν εξαρτάται άλλους παράγοντες, όπως το επίπεδο υγείας και το εισόδημα του πληθυσμού (Tulchinsky, 2018).

1.8.3. Σύστημα Τύπου Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας)

Ιδρυτής του συστήματος τύπου Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας) ήταν ο οικονομολόγος και πολιτικός William Beveridge, με το σύστημά του να εφαρμόζεται πρώτη φορά το 1948 στη Μεγάλη Βρετανία (Tulchinsky, 2018). Μέχρι και σήμερα, η Μ. Βρετανία αποτελεί τον βασικότερο εκπρόσωπο του συστήματος τύπου Beveridge, με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service – “NHS”). Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας προέρχεται κυρίως από τη φορολογία, ενώ η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική (Wallace, 2013; Tulchinsky, 2018). Βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος αποτελεί το γεγονός ότι βασίζεται στην κοινωνική

αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Επιπλέον, η χάραξη της υγειονομικής πολιτικής γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Τέλος, στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας τα επίπεδα υγείας διακρίνονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια (Tulchinsky, 2018; Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

1.8.4. Μεικτό Σύστημα Υγείας

Το μεικτό σύστημα υγείας αποτελεί την ενδιάμεση μορφή του ιδιωτικού και του δημόσιου μοντέλου, συνδυάζοντας στοιχεία τόσο από το φιλελεύθερο σύστημα, όσο και από τα συστήματα τύπου Beveridge και Bismarck. Η Ελλάδα, καθώς και οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει το μεικτό σύστημα υγείας (Γαβρίλη, 2019). Το μεικτό σύστημα υγείας βασίζεται στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και έχει συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Έτσι, στο σύστημα αυτό αξιοποιείται έντονα η κοινωνική ασφάλιση, ενώ χρηματοδοτείται από εισφορές ανάλογες με το την οικονομική δυνατότητα του κάθε ατόμου. Παράλληλα, η παρέμβαση του κράτους είναι σπουδαία καθώς το σύστημα υγείας οργανώνεται και διοικείται σύμφωνα με αυτό, ενώ επιπλέον συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ότι ο πληθυσμός θα έχει πρόσβαση τουλάχιστον στις βασικότερες υπηρεσίες υγείας (Γαβρίλη, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας

2.1 Μεταρρύθμιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας 2017 - Νόμος 4486

Μέχρι το 2017 υπήρχαν μόνο διάσπαρτες διατάξεις σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της Π.Φ.Υ. Με τον νόμο 4486/17 επιχειρείται μια πιο συστηματική κωδικοποίηση των πρώην διάσπαρτων διατάξεων σε ένα ενιαίο κείμενο. Με τον νόμο αυτό, οργανώνονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) ως θεσμός πλέον και αποτελούν τις περιφερειακές δομές των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) καθώς και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Οι Το.Μ.Υ με πυρήνα τους οικογενειακούς ιατρούς, λειτουργούν διεπιστημονικά, στελεχωμένες με Ομάδα Υγείας, αποτελούμενη από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής, καθώς και από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας και κοινωνικό λειτουργό.

Στο άρθρο 1 § 1 «Γενικές αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», αναφέρεται ότι την κύρια ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στην Π.Φ.Υ την έχει το κράτος. Επίσης η πρόληψη, η διάγνωση, η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του ανθρώπου καθώς και η περεταίρω ολοκληρωμένη φροντίδα εναπόκεινται αποκλειστικά στις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. Πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ περιλαμβάνουν:

- Παροχή όλων των υπηρεσιών υγείας που χρειάζεται κάποιος όταν δεν κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία του σε νοσοκομείο.
- Εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων προκειμένου να μπορεί να γίνεται έγκαιρα η πρόληψη διαφόρων νοσημάτων.
- Διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα ώστε να εξυπηρετούνται χωρίς περαιτέρω ταλαιπωρία.
- Την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας - παιδιού,
- Παρακολούθηση περιστατικών και συνδιαχείρισή τους με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα
- Παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας
- Υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού
- Υπηρεσίες φυσικοθεραπείας
- Παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται με την ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα.

- Παροχή υπηρεσιών που Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Αντιμετώπιση των εξαρτήσεων
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα με έμφαση στην πρόληψη,
- Διασύνδεση υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και δημόσιας υγείας,
- Υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, σε συνεργασία με τους συναρμόδιους φορείς.
- Κατ' οίκον φροντίδα υγείας και νοσηλείας.

Σύμφωνα με τη νέα μεταρρύθμιση, σημαντικό ρόλο παίζουν οι Το.Μ.Υ ενώ έπειτα από εντολή του Διοικητή της οικείας Υ.Πε τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία, εφόσον στελεχώνονται από Ομάδα Υγείας μπορούν να μετατρέπονται σε Το.Μ.Υ. Επιπροσθέτως, τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου (Ν. 1397/83), καθώς και οι Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) χαρακτηρίζονται ως Κέντρα Υγείας και το εύρος ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας χαρακτηρίζεται ως Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το. Π.Φ.Υ.). Έτσι κάθε Το.Μ.Υ., που αποτελεί μια αποκεντρωμένη μονάδα Κέντρου Υγείας, προσφέρει υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής στην κοινότητα.

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται από συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. οικογενειακούς γιατρούς είτε στα ιατρεία του είτε κατ' οίκον. Με τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού παρέχεται μια συνεχής και ολοκληρωμένη φροντίδα στον πληθυσμό ευθύνης του. Ειδική μέριμνα υπάρχει και για τους ανασφάλιστους πολίτες όπου τους δίνεται η δυνατότητα εγγραφής σε οικογενειακό γιατρό συμβεβλημένο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις περιπτώσεις όπου δεν καλύπτονται από οικογενειακό ιατρό των δημοσίων μονάδων Π.Φ.Υ. Επιπλέον εξασφαλίστηκε η δυνατότητα λειτουργίας Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων (Κ.Δ.Ε.). Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες κρίνονται αποτελεσματικές αφού βοηθούν στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων παρέχοντας διαγνωστικές υπηρεσίες εργαστηριακής και απεικονιστικής ιατρικής. Επίσης οργανώνεται λειτουργικά ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) για κάθε ασθενή που περιέχει το ατομικό του ιστορικό και ενημερώνεται άμεσα από τον οικογενειακό γιατρό ή από επαγγελματίες υγείας της Το.Μ.Υ. (ΦΕΚ: Α 115/07.08.2017).

2.2. Αποτελέσματα και τοποθετήσεις γύρω από το Νόμο 4486/2017

Η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ το 2017, επέφερε κάποιες μικρές αλλαγές με ανοδική πορεία στον αριθμό των κλινών – του ιατρικού προσωπικού στις περισσότερες περιφέρειες της Ελλάδος. Επιπλέον παρατηρήθηκαν και αυξήσεις στο μη ιατρικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα στατιστικά δεδομένα από την ΕΛ.ΣΤΑΤ την εποχή της μεταρρύθμισης με κάποια άμεσα αποτελέσματά της. Παρόλες της αυξήσεις του προσωπικού των μονάδων υγείας και των κλινών, η Π.Φ.Υ συνέχιζε να δυσχεραίνει και η δυσλειτουργικότητα όλο και να κορυφώνεται όπως θα αναλύσουν οι παρακάτω τοποθετήσεις σχετικά με τον νόμο 4486/2017.

Πίνακας 2.1: Κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018

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

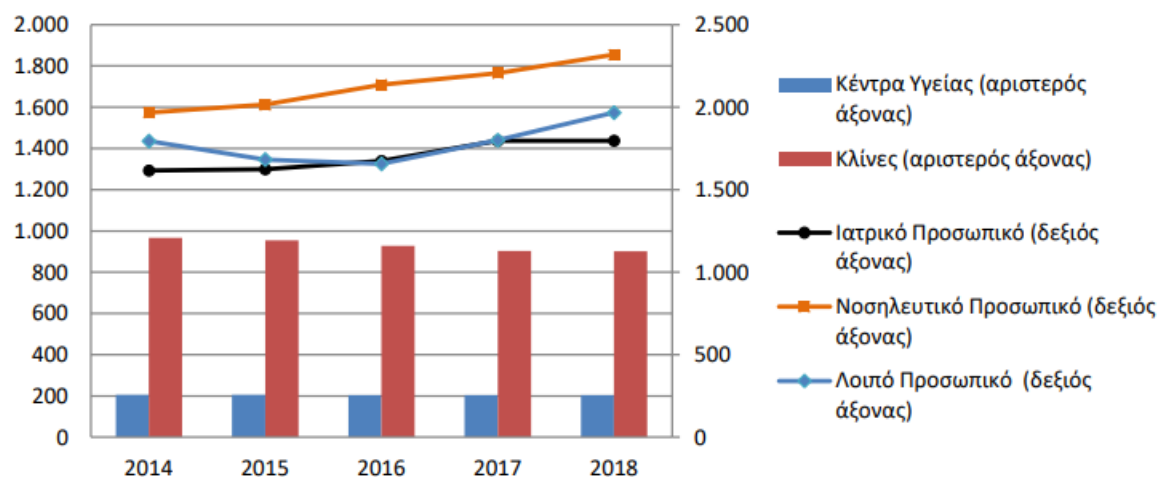
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2019

Πίνακας 2.2: Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018

	Νοσηλευτικό προσωπικό					Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων				
	2016	2017	2018	17/16 %	18/17 %	2016	2017	2018	17/16 %	18/17 %
Σύνολο Χώρας	2.136	2.215	2.318	3,7	4,7	1.657	1.800	1.967	8,6	9,3
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	200	208	213	4,0	2,4	116	126	141	8,6	11,9
Κεντρική Μακεδονία	492	512	537	4,1	4,9	294	343	346	16,7	0,9
Δυτική Μακεδονία	75	82	90	9,3	9,8	45	58	63	28,9	8,6
Ήπειρος	172	169	179	-1,7	5,9	115	123	132	7,0	7,3
Θεσσαλία	259	260	273	0,4	5,0	165	173	184	4,8	6,4
Ιόνια Νησιά	35	40	42	14,3	5,0	46	47	45	2,2	-4,3
Δυτική Ελλάδα	141	152	154	7,8	1,3	136	136	145	0,0	6,6
Στερεά Ελλάδα	142	136	135	-4,2	-0,7	129	146	160	13,2	9,6
Πελοπόννησος	139	143	155	2,9	8,4	142	150	151	5,6	0,7
Αττική	244	270	271	10,7	0,4	171	186	242	8,8	30,1
Βόρειο Αιγαίο	69	63	73	-8,7	15,9	74	79	103	6,8	30,4
Νότιο Αιγαίο	71	79	85	11,3	7,6	102	105	116	2,9	10,5
Κρήτη	97	101	111	4,1	9,9	122	128	139	4,9	8,6

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2019

Γράφημα 2.1: Αριθμός, κλίνες και προσωπικό Κέντρων Υγείας, 2014 – 2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2019

2.2.1. Τοποθετήσεις για τον νόμο 4486/2017

Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα συστάθηκε μέσα από τη θέσπιση ενός σύνθετου νομοθετικού πλαισίου το οποίο παραμένει ημιτελές και ανενεργό σε μεγάλο τμήμα του. Προσπάθειες αναβάθμισης έγιναν αλλά δυστυχώς παρέμειναν στο θεωρητικό κομμάτι χωρίς να έχουν κάποια πρακτική εφαρμογή. Είναι εμφανές πως κάθε προσπάθεια κινείται ασυντόνιστα και μεμονωμένα στη βάση μιας συνέχειας που θεμελιώθηκε με τον Ν.1397/1983, επέκταση του οποίου μπορεί να θεωρηθεί και ο Ν.4486/2017 (Σταχτέας Π., Σταχτέας Χ., 2021).

Η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ (Ν.4486/2017) ξεκίνησε με καλές προθέσεις και προοπτικές επιδιώκοντας να διορθώσει αδυναμίες στην παροχή υπηρεσιών της Π.Φ.Υ που απορρέουν κυρίως από την εφαρμογή του Ν.4238/2014. Μια σημαντική αδυναμία του δημοσίου συστήματος Π.Φ.Υ είναι ότι αδυνατούν να διαχειριστούν περιστατικά που κανονικά θα έπρεπε να μπορούν να διαχειρίζονται με επιτυχία προωθώντας τα στην δευτεροβάθμια περίθαλψη των νοσοκομείων της χώρας ή σε ιδιωτικά ιατρεία που είναι συμβεβλημένα ή μη με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων, 2017). Η στελέχωση και η χρηματοδότηση ήταν ανεπαρκής. Η διαθεσιμότητα των κέντρων Π.Φ.Υ ήταν ελλιπής τόσο γεωγραφικά όσο και χρονικά. Δεν υπήρχε έγκυρη αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών που χαρακτηρίζονταν από δυσλειτουργική διασύνδεση. Όσο για την ενημέρωση του πληθυσμού αυτή ήταν αποσπασματική. Ωστόσο έγινε προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων αυτών από τους προαναφερόμενους νόμους με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Στη συνείδηση του κοινού ποτέ δεν αμφισβητήθηκε ο ρόλος της Π.Φ.Υ ως ο κορμός του συστήματος υγείας εντούτοις η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα παραμένει μια παρεξηγημένη, ταλαιπωρημένη και διαστρεβλωμένη έννοια (Σταχτέας Π., Σταχτέας Χ., 2021).

Επιπλέον η Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Υ.Υ (2018) σε δελτίο τύπου που εξέδωσε αναφέρει την μεταρρύθμιση στην Π.Φ.Υ ως τραγελαφική αποτυχία. Η πρόσφατη προώθηση της ιδέας των οικογενειακών ιατρών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ απέτυχε όπως αρχικά είχε εκτιμηθεί. Αρκεί να αναφερθεί πως από μία προκήρυξη για 2800 περίπου θέσεις μόνο 657 γιατροί ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση. Αξίζει εδώ να σημειωθεί πως οι οικογενειακοί γιατροί της χώρας δεν ξεπερνούν τους 1000 ενώ το υπουργείο συγκαταλέγει ως οικογενειακούς γιατρούς και αυτούς των δημοσίων δομών και οραματίζεται παραπομπές gatekeeping κλειστού τύπου με συμβάσεις εφεδρείας

/ομηρίας για τις λοιπές ειδικότητες, επιχειρώντας να διαλύσει ό,τι έχει μείνει από την ιδιωτική Π.Φ.Υ (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ, 2018). Το gatekeeping κλειστού τύπου είναι ένα σχέδιο νόμου που εισάγει το σύστημα παραπομπής από τον οικογενειακό ιατρό προς την εξειδικευμένη περιπατητική φροντίδα και προς τη νοσοκομειακή φροντίδα, με παραπεμπτικό. Η λειτουργία - ρόλος “gatekeeper” του χρησιμοποιείται διεθνώς στην προσπάθεια επίτευξης συντονισμού της φροντίδας των ασθενών στα διάφορα επίπεδα του συστήματος υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2017). Επειδή δεν υπάρχουν δυνατότητες κάλυψης του κενού από τη δημόσια Π.Φ.Υ, η εξέλιξη αυτή κρίνεται πολύ επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία με την περιορισμένη δυνατότητα κάλυψης των ασθενών (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ, 2018) .

Συνεχίζοντας η πρόταση “gatekeeper” και συλλογικής σύμβασης του Υπουργείου Υγείας με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ) για τις ειδικότητες απορρίπτεται στο σύνολό της από την ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ διότι έρχεται σε αντίθεση με τις πάγιες θέσεις του ιατρικού κόσμου και της κείμενης νομοθεσίας.

Πιο συγκεκριμένα οι σχεδιαστές της Π.Φ.Υ του Υπουργείου Υγείας προτείνουν:

- Άρση της ισοτιμίας δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Προαναγγέλλεται μείωση του προϋπολογισμού για την ιδιωτική Π.Φ.Υ.
- Άρση της ισοτιμίας υπογραφής / παραπομπής από οικογενειακό ή εξειδικευμένο γιατρό.
- Άρση της καθολικότητας της συλλογικής σύμβασης του ΠΙΣ για όλες τις ειδικότητες.
- Τίθενται εμπόδια πρόσβασης του ασθενούς στον ιατρό της επιλογής του.
- Επιτάσσεται το ιδιωτικό έργο με αναξιοπρεπείς αμοιβές και μετακινήσεις ιατρών από την έδρα λειτουργίας των ιδιωτικών τους ιατρείων. Ανισότητα αμοιβής του ιατρού ανάλογα με ύπαρξη παραπομπής ή όχι.

Η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ κρίθηκε ανεπιτυχώς καθώς δεν υπάρχει επαρκής αριθμός οικογενειακών ιατρών που να καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού. Επιπλέον υπάρχουν σοβαρά λειτουργικά προβλήματα που καθιστούν το εγχείρημα μη πραγματοποιήσιμο. Αρχικά λείπει η υποδομή για την εγκατάσταση α) των μηχανισμών, β) της ψηφιακής πλατφόρμας και γ) των διαδικασιών λειτουργίας ενός ολοκληρωμένου πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας. Χωρίς τα παραπάνω στοιχεία η

μεταρρύθμιση στην Π.Φ.Υ, 2018 παραμένει ένας ευσεβής πόθος (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ, 2018).

Για να μπορέσει η Π.Φ.Υ να εκπληρώσει τους στόχους της είναι αναγκαία η εφαρμογή από τις πολιτικές δυνάμεις της χώρας μια ενιαία εθνική στρατηγική η οποία θα συμφωνηθεί να τηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο αποτελεί εγγύηση ώστε οι αρχές της ισότητας, της καθολικής κάλυψης και της συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας που θεμελιώθηκαν στη διακήρυξη της Alma-Ata να εφαρμοστούν (Σταχτέας Π., Σταχτέας Χ., 2021).

2.3. Νόμος 4931/2022 «Ιατρός για όλους»

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

Στις 13 Μαΐου 2022, δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ο Ν. 4931, με τίτλο «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις». Ένα από τα βασικότερα στοιχεία της νέας αυτής μεταρρύθμισης, αποτελεί ο θεσμός του προσωπικού ιατρού. Πιο συγκεκριμένα, το Νομοσχέδιο «Γιατρός για Όλους», προβλέπει ότι ο κάθε πολίτης θα έχει δωρεάν πρόσβαση σε προσωπικό γιατρό, ο οποίος θα είναι σύμβουλος για κάθε θέμα υγείας. Επιπλέον, είναι αρμόδιος να τον ενημερώνει για την πρόληψη, να παρακολουθεί τον ιατρικό του φάκελο, να του συνταγογραφεί φάρμακα και εξετάσεις, αλλά και να διαχειρίζεται χρόνια νοσήματα. Οι υπηρεσίες αυτές θα παρέχονται είτε στον χώρο του ιατρείου, είτε κατ' οίκον. Ένας από τους βασικότερους σκοπούς της μεταρρύθμισης αυτής είναι η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και η αντιμετώπιση της πλειοψηφίας των θεμάτων υγείας στα πλαίσια της Π.Φ.Υ από τους γιατρούς της. Εκτός αυτού, η μεταρρύθμιση προβλέπει επιπλέον και την αναβάθμιση του Ε.Ο.Π.Π.Υ, προσφέροντας περισσότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες στον πολίτη, εντάσσοντας παράλληλα την αξιολόγηση των παροχών υγείας. Άλλες διατάξεις του νόμου 4931 προβλέπουν την έναρξη των απογευματινών χειρουργείων, τη συνεργασία δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, την κατ' οίκον οδοντιατρική περίθαλψη, επιπλέον προσλήψεις και συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς και η βελτίωση των υποδομών των Κέντρων Υγείας και των

ΤΟΜΥ. Όπως υποστηρίζει το Υπουργείο Υγείας, το νέο νομοσχέδιο θέτει στο επίκεντρο της υγείας, τον πολίτη (Υπουργείο Υγείας, 2022).

2.4. Αξιολόγηση επαγγελματικών ενώσεων για τον Νόμο 4931/2022

Το νέο νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες διατάξεις» έχει στόχο την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας στη Ελλάδα, σε ποικίλους τομείς. Ένας από τους βασικότερους σκοπούς της νέας νομοθεσίας είναι η ενίσχυση του συστήματος της Π.Φ.Υ, με απώτερο στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την εφαρμογή της προληπτικής και ιατρικής φροντίδας, μέσω του θεσμού του προσωπικού ιατρού.

Ωστόσο, παρά τα θετικά σημεία του νομοσχεδίου αυτού, έχει αποτελέσει πεδίο επικριτικών σχολίων αλλά και αντιπαράθεσης, από ποικίλους φορείς. Στη συνέχεια παρατίθενται ενδεικτικά κάποιες επαγγελματικές ενώσεις, καθώς και ορισμένα αποσπάσματα από τις κριτικές που άσκησαν στο νέο νομοσχέδιο της Π.Φ.Υ.

2.4.1. Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Στις 11 Απριλίου 2022, Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Υ.Υ (ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ) δήλωσε για πρώτη φορά την δυσαρέσκειά της για το νέο νομοσχέδιο, αναρτώντας στην ιστοσελίδα της δημοσίευση με τίτλο «Καταχρηστικές διατάξεις στο νέο νομοσχέδιο για την Π.Φ.Υ» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 2022). Πιο συγκεκριμένα, η ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ χαρακτηρίζει «απαράδεκτες» τις διατάξεις του νέου νομοσχεδίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθώς και ότι οδηγούν «ολοταχώς προς αδιέξοδο». Η ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ δηλώνει ότι «το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ εκφράζει την έκπληξη του για το γεγονός ότι το Νομοσχέδιο περιέχει άρθρα που αντιβαίνουν σε αυτά που μας παρουσιάστηκαν από τον Υπουργό στη συνάντηση που πραγματοποιήθηκε στις 24/03/2022.

Επιπλέον εκφράζει την κάθετη διαφωνία του με καίριες διατάξεις του νομοσχεδίου που κατατέθηκε στη διαβούλευση για τη μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ. / Ε.Ο.Π.Υ.Υ.». Σε συνέχεια της ίδιας δημοσίευσης επισημαίνει ότι *«σε ότι αφορά στους ασθενείς, οι ρυθμίσεις του υπουργείου Υγείας δημιουργούν ανυπέρβλητα εμπόδια πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.*

- Θεσπίζει το σύστημα των υποχρεωτικών παραπομπών (*gatekeeping*) μόνο από το προσωπικό ιατρό στο επίπεδο πρόσβασης στα νοσοκομεία.
- Ορίζει σύστημα αμοιβής των ιατρών *per capita* (μισθός κατα κεφαλήν) και όχι ανά πράξη και περίπτωση, που είναι ο πλέον δίκαιος τρόπος αμοιβής χωρίς περιθώρια πλασματικού κόστους
- Εισάγει την καταναγκαστική – υποχρεωτική κάλυψη των πάγιων και διαρκών αναγκών του Ε.Σ.Υ, εν είδει πολιτικής επιστράτευσης, με συμβεβλημένους και ιδιώτες ιατρούς που είναι απλά πιστοποιημένοι στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Το νομοσχέδιο δεν περιλαμβάνει καμία αναφορά στον προϋπολογισμό ή στις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών που θα συμβάλουν στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Καταργεί την εκπροσώπηση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, αλλά και όλων των επιστημονικών και κοινωνικών εταιρών, στο Δ.Σ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και τους αντικαθιστά με μέλη που θα ορίζονται από τον εκάστοτε υπουργό Υγείας» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022).

Τρεις ημέρες αργότερα, στις 14 Απριλίου 2022, η ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ δηλώνει για δεύτερη φορά την αντίθεσή της με τη μεταρρύθμιση, αναφέροντας «με το νομοσχέδιο καταστρατηγείται η ελεύθερη επιλογή ιατρών από τον ασθενή. Η υποχρεωτική εγγραφή σε έναν ιατρό αποτελεί δέσμευση για τον ασθενή, ο οποίος χάνει την πρόσβαση σε δεύτερη άποψη και την κάλυψη σε περίπτωση μετακίνησης σε άλλη περιοχή. Η παραπομπή του ασθενούς άπαξ ετησίως σε εξειδικευμένους θεράποντες ιατρούς δημιουργεί εμπόδιο πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.»

(Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022).

Στις 23 Μαΐου 2022, η ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ αναρτά ένα δελτίου τύπου με τίτλο «Θίγει την αξιοπρέπεια του ιατρού ο νέος νόμος για την Π.Φ.Υ “Γιατρός για όλους”» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022) . Στην ανάρτηση αναφέρεται «η κοινή διαπίστωση όλων ήταν ότι το συμβατικό περιβάλλον των ιατρών με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ καθίσταται ασυμβίβαστο με την αξιοπρέπεια στη λειτουργία του ιατρικού επαγγέλματος. Το νομικό πλαίσιο απαξιώνει το πτυχίο Ιατρικής, με υπέρμετρες υποχρεώσεις, δεσμεύσεις, άτυπη πολιτική επιστράτευση, και απαλείφει οποιαδήποτε ασπίδα προστασίας του ιατρού έναντι καταχρηστικών συμπεριφορών εκ μέρους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ σε

επαγγελματικό ή οικονομικό επίπεδο. Δεν υπάρχει αναφορά για το ύψος του προϋπολογισμού ή της αποζημίωσης του ιατρικού δυναμικού, που στάθηκε στην κοινωνία κατά τη διάρκεια της πανδημίας ως πυλώνες Π.Φ.Υ στα ιατρεία και εργαστήρια της γειτονιάς. Θα πρέπει να κατανοηθεί από το Υπουργείο ότι χωρίς πόρους και ιατρούς, δεν υπάρχει Π.Φ.Υ.

Καταδικάζουμε τις απαράδεκτες απειλές που εξαπέλυσε ο Υπουργός Υγείας ενόψει των κινητοποιήσεων του διαγνωστικού κλάδου για το δίκαιο αίτημά τους να πληρώνονται στο ακέραιο την αξία των παραπεμπτικών που εκτελούν» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022).

Στη συνέχεια επισημαίνει ότι «Η Γενική Συνέλευση αποφάσισε τη διενέργεια νομικών ενεργειών κατά του νομοσχεδίου και προσφυγή στο ΣτΕ με σκοπό τη διασφάλιση των επαγγελματικών μας δικαιωμάτων.

Εάν δεν εξειδικευθούν οι όροι της σύμβασης, με σεβασμό στο επιστημονικό έργο του ιατρού και στις απαιτήσεις λειτουργίας του ιδιωτικού ιατρείου, τότε η δηλωθείσα άποψη μας είναι αρχικά αρνητική ως προς τη συμμετοχή των ιατρών στις νέες συμβάσεις» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022).

Αργότερα, στις 20 Ιουνίου, η ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Π.Υ.Υ με ένα νέο δελτίο τύπου με τίτλο «Μεταρρύθμιση Π.Φ.Υ χωρίς κείμενο σύμβασης προσωπικού ιατρού;» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022) αναφέρει ότι «εντοπίζονται περιοριστικές ρυθμίσεις που αφορούν τον ασθενή, όπως:

- *Παρέμβαση στην ελεύθερη πρόσβαση του ασθενούς στον ιατρό της επιλογής του.*
- *Αντισυνταγματικότητα του μέτρου της ποινής στη συμμετοχή του ασθενούς σε περίπτωση παράλειψης εγγραφής σε προσωπικό ιατρό.*
- *Η προτεραιότητα στην παραπομπή από προσωπικό ιατρό στα Κέντρα Υγείας ή στο Ε.Σ.Υ, δημιουργεί ανισότητες πρόσβασης και είναι πρακτικά ανεφάρμοστη».*

(Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022)

Ακόμα, «εντοπίζονται θολά σημεία και καταχρηστικότητες που αφορούν τη σχέση εργασίας του ιατρού, όπως:

- Ξεκινάει σύντομα η εγγραφή των πολιτών στον προσωπικό ιατρό, ενώ είναι ασαφές το πλαίσιο λειτουργίας (ωράριο, δεσμεύσεις, υποχρεώσεις, κείμενο σύμβασης;).
- Οι αμοιβές των ειδικών ιατρών της Π.Φ.Υ, πλην προσωπικών ιατρών δεν αναβαθμίζονται αναλογικά, καθώς είναι καθηλωμένες στο απαξιωτικό για το ιατρικό λειτούργημα 10€ ανά επίσκεψη(προ φόρων και κρατήσεων). Γεγονός καταχρηστικό και άδικο.
- Δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη για το ρόλο προσωπικού ιατρού στον ιδιώτη ιατρό».

(Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022)

Η τελευταία έκφραση της δυσαρέσκειας της ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ έγινε αρκετούς μήνες μετά, στις 20 Νοεμβρίου 2022, με το Δελτίο Τύπου με τίτλο «Αναγγελία Κατάργησης Συνταγογράφησης εμβολίων γρίπης: Ταφόπλακα στο ρόλο του προσωπικού ιατρού» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022). Η ανάρτηση αναφέρει: **«Χωρίς ρόλο ο προσωπικός ιατρός – αντιποίηση ιατρικού επαγγέλματος – χάος δημόσιας υγείας.**

Είμαστε μάρτυρες το τελευταίο καιρό, της συντονισμένης προσπάθειας απαξίωσης του ρόλου του ιατρού σε όλα τα επίπεδα, ενόψει της εφαρμογής του θεσμού του προσωπικού ιατρού, του πλοηγού δηλαδή του συστήματος. Και ενώ διαφημίζεται ο θεσμός, καταργείται ο επιτελικός του ρόλος ;

Μετά την εξαιρετικά προβληματική εφαρμογή του θεσμού του προσωπικού ιατρού και τον εξαναγκασμό για εγγραφή του πολίτη σε προσωπικό ιατρό που δεν τον γνωρίζει προσωπικά, αλλά και που βρίσκεται σε απόσταση από τον τόπο κατοικίας, αναγγέλλεται αιφνιδίως η κατάργηση συνταγογράφησης εμβολίων γρίπης. Καταργείται εν τοις πράγμασι ο «καπετάνιος» των προληπτικών προγραμμάτων και της διαχείρισης των περιστατικών της κοινότητας, ενισχύοντας τη χαοτική συμπεριφορά στη δημόσια υγεία» (Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ., 2022).

2.4.2. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία εξέφρασε την κριτική της, δηλώνοντας ότι θεωρεί απαραίτητη τη συμμετοχή της στο Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ) του Ε.Ο.Π.Υ.Υ των τριών υγειονομικών Πανελλήνιων Επιστημονικών Συλλόγων των γιατρών, των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών. Η δυσαρέσκεια αυτή εκφράστηκε μέσω ανοιχτής επιστολής προς τον Υπουργό Υγείας, κ. Αθανάσιο Πλεύρη, με θέμα «Αποκλεισμός των

υγειονομικών από το Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.» στις 8 Απριλίου 2022 (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, 2022). Απόσπασμα της ανοιχτής επιστολής αναφέρει το εξής: «Ως γνωρίζετε λίαν καλώς, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία και ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος λειτουργούν υπό τη μορφή Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου και εκ των ιδρυτικών νόμων τους αποτελούν σύμβουλοι του εκάστοτε Υπουργείου Υγείας επί όλων των θεμάτων που αφορούν την Δημόσια Υγεία και την υγεία των πολιτών της χώρας. Σύμφωνα όμως με την προτεινόμενη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 21 του ν/σ «ΓΙΑΤΡΟΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ, ΙΣΟΤΙΜΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ», [...] ο εκπρόσωπος των υγειονομικών φορέων στο Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εκπαραθυρώνεται, για λόγους που αδυνατούμε να αντιληφθούμε. Σε κάθε πάντως περίπτωση η επιλογή αυτή είναι τεράστιο σφάλμα, καθότι, ως έχει εν τοις πράγμασι αποδειχθεί από την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μέχρι σήμερα, οι εκπρόσωποι μας στο Δ.Σ. συνέδραμαν τα μέγιστα, κατ' αρχήν να ορθοποδήσει ο Οργανισμός και εν συνεχεία να προσφέρει στους ασφαλισμένους της χώρας, δίδοντας λύσεις και καταθέτοντας προτάσεις, εκμεταλλευόμενοι την εμπειρία, τις γνώσεις και την τεχνογνωσία μας επί του αντικειμένου» (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, 2022).

2.4.3. Ιατρικός Σύλλογος Πατρών

Στις 13 Απριλίου 2022, ο Ιατρικός Σύλλογος Πατρών εξέφρασε την αντίθεσή του με το νέο νομοσχέδιο μέσω ανάρτησης ενός Δελτίου Τύπου στην επίσημη ιστοσελίδα του. Συγκεκριμένα, εκφράζει τις επιφυλάξεις του θεωρώντας ότι η σύμβαση του προσωπικού ιατρού ανά πληθυσμό ευθύνης (per capita) προκαλεί δεσμεύσεις στον ιατρό και στον ασθενή, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την ελεύθερη επιλογή του ιατρού από τον ασθενή, αλλά και την αμοιβή κατά πράξη. Πιο αναλυτικά:

«Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών εκφράζει την αντίθεσή του σε καίριες διατάξεις του Νομοσχεδίου για την Π.Φ.Υ και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ που κατατέθηκε στη διαβούλευση.

1. Δημιουργείται ισχυρό αντικίνητρο για την άσκηση ιατρικής στη χώρα μας και για τη συμμετοχή των ιατρών στις συμβάσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, καθώς επιβάλλεται δια νόμου η μόνιμη πολιτική επιστράτευση των ιδιωτών συμβεβλημένων ιατρών του

Ε.Ο.Π.Υ.Υ και ελευθεροεπαγγελματιών, για την κάλυψη των πάγιων και διαρκών αναγκών του Ε.Σ.Υ (άρθρο 45).

2. *Η σύμβαση του προσωπικού ιατρού ανά πληθυσμό ευθύνης (per capita) προκαλεί δεσμεύσεις στον ιατρό και στον ασθενή, που έρχεται σε αντίθεση με την ελεύθερη επιλογή του ιατρού από τον ασθενή, και την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.*
3. *Η παραπομπή των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη αποκλειστικά και μόνο από τον προσωπικό ιατρό καταστρατηγεί την ισοτιμία της ιατρικής υπογραφής. Η πρόσβαση των ασθενών στην Π.Φ.Υ θα πρέπει να είναι ελεύθερη, χωρίς περιορισμούς.*
4. *Στο νομοσχέδιο δεν αναφέρονται στοιχεία του προϋπολογισμού για την Π.Φ.Υ ούτε οι προβλεπόμενες αμοιβές.*
5. *Τα ποιοτικά κριτήρια πρέπει να εφαρμοστούν ως θετικό κίνητρο με ταυτόχρονη κατάργηση των εκπτώσεων (rebate) και των περικοπών clawback.*
6. *Καταργείται η Υ.Π.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α. ως ανεξάρτητη αρχή ελέγχου και δημιουργείται ελεγκτικός μηχανισμός υπό τον έλεγχο της διοίκησης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ (τριμελής επιτροπή ελέγχων), χωρίς δυνατότητα ουσιαστικής ένστασης από τους ιατρούς και δίχως δικαίωμα αναστολής των ποινών, με ταυτόχρονη διανομή 4 εκατ. € ετησίως στο προσωπικό των ελεγκτικών υπηρεσιών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ από τις περικοπές στις αποζημιώσεις που επιβάλλονται στους ιατρούς. Τα χρήματα αυτά πρέπει να επιστρέψουν στην Π.Φ.Υ.*
7. *Καταργείται η εκπροσώπηση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, αλλά και των κοινωνικών εταίρων, στο Δ.Σ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ με διορισμό μελών που θα ορίζονται από τον εκάστοτε υπουργό Υγείας. Η απουσία άποψης του ιατρικού δυναμικού της χώρας στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ δημιουργεί έλλειμμα αντίληψης σε θέματα ιατρικού περιεχομένου και λειτουργίας της Π.Φ.Υ.*
8. *Ενώ δεν υπάρχει τρόπος να εξυπηρετηθούν οι πολυάριθμες λίστες των τακτικών χειρουργείων, η εισαγωγή ενός ασαφούς πλαισίου λειτουργίας των απογευματινών χειρουργείων δημιουργεί εύλογα ερωτηματικά για τον τρόπο, το κόστος και την ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών. Η διενέργεια των απογευματινών χειρουργείων θα πρέπει να καλύπτεται πλήρως από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.*

Ζητείται η αναστολή της ψήφισης του επίμαχου νομοσχεδίου έως ότου ολοκληρωθεί ο διάλογος με τους θεσμικούς και επαγγελματικούς φορείς της Π.Φ.Υ». (Ιατρικός Σύλλογος Πατρών, 2022)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Οικονομική κρίση

3.1. Εννοιολογικά Στοιχεία

Ο ορισμός για την έννοια της **οικονομικής κρίσης** δεν είναι ένας, αλλά ποικίλει ανάλογα με τους τομείς που επηρεάζει. Για τα νοικοκυριά η οικονομική κρίση ορίζεται με εκείνη την κατάσταση κατά την οποία η ζήτηση προϊόντων είναι μικρότερη από την προσφορά. Φυσική οικονομική συνέπεια αποτελεί η μείωση του εισοδήματος και η αύξηση της ανεργίας. Ένας πιο εξειδικευμένος ορισμός για την οικονομική κρίση αφορά τη φάση παρατεταμένης μείωσης της οικονομικής δραστηριότητας. Η οικονομική δραστηριότητα συνίσταται από πολλά μεγέθη όπως είναι το εθνικό προϊόν, οι τιμές, η απασχόληση, οι επενδύσεις κα. Ωστόσο η οικονομική δραστηριότητα επηρεάζεται κυρίως από το επίπεδο των επενδύσεων. Όσο το επίπεδο των επενδύσεων μειώνεται τόσο εντονότερα παρατηρείται μια διαρκής μείωση της οικονομικής δραστηριότητας (European Commission, 2009).

Το **Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π ή GDP)** είναι η αξία αγοράς όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται σε μια χώρα για μια δεδομένη χρονική περίοδο. Όλες οι υπηρεσίες και τα προϊόντα μιας χώρας που παρήχθησαν αντιστοιχούν σε κάποιο χρηματικό ποσό. Το σύνολο των χρημάτων αυτών αποτελούν το Α.Ε.Π. Το Α.Ε.Π μετρά ταυτόχρονα δύο πράγματα. Το τελικό εισόδημα που κερδίζουν όλα τα άτομα μιας οικονομίας και τη συνολική δαπάνη για τα αγαθά και τις υπηρεσίες που παρήχθησαν. Τα δύο αυτά μεγέθη είναι ίσα με την έννοια ότι σε κάθε συναλλαγή συμμετέχουν δύο μέρη, ο αγοραστής και ο πωλητής. Κάθε ευρώ που δαπανά ο αγοραστής είναι και ένα ευρώ εισοδήματος για έναν πωλητή (OECD, 2022).

Το **Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ)** είναι ένας διεθνής οργανισμός που λειτουργεί για την ενίσχυση της διεθνούς νομισματικής συνεργασίας, τη διασφάλιση της οικονομικής σταθερότητας, τη διευκόλυνση του διεθνούς εμπορίου, την προώθηση υψηλών ποσοστών απασχόλησης και σταθερής οικονομικής ανάπτυξης και για τη μείωση της φτώχειας σε ολόκληρο τον κόσμο. Το ΔΝΤ ιδρύθηκε το 1945 λίγο μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου στην Ουάσιγκτον και κυβερνάται από τις 186

κυβερνήσεις των κρατών-μελών, τα οποία προέρχονται σχεδόν από κάθε άκρη της γης (Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, 2010).

Η χρηματοοικονομική **μόγλευση** αφορά το ύψος του χρέους που χρησιμοποιεί μια επιχείρηση προκειμένου να αυξήσει τα περιουσιακά της στοιχεία. Η διαδικασία της μόγλευσης συνιστάται για την χρηματοδότηση πράξεων ωστόσο η υπερβολική χρηματοοικονομική μόγλευση είναι επισφαλής. Ελλοχεύει μεγάλος κίνδυνος πτώχευσης λόγω αδυναμίας αποπληρωμής του χρέους (Plan of Business, 2020).

«**Φούσκα**» στην αγορά ενός πραγματικού ή χρηματοοικονομικού προϊόντος είναι η κατάσταση όπου η τιμή ενός αγαθού δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική του αξία. Συνήθως ακολουθεί μια τάση μεγάλης ανόδου της τιμής του αγαθού που δεν δικαιολογείται από πραγματικές οικονομικές δυνάμεις. Η κατάληξη μιας οικονομικής φούσκας είναι μαθηματικά προδιαγεγραμμένη κάποτε να σκάσει. Κανείς δεν γνωρίζει το πότε αλλά κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τις άσχημες συνέπειες που προκαλούνται από το σκάσιμο μιας «φούσκας» (Κολλιτζάς κ.α. 2009).

Η **ανταλλαγή πιστωτικής αθέτησης (CDS)** είναι ένα χρηματοοικονομικό παράγωγο που επιτρέπει σε έναν επενδυτή να ανταλλάξει ή να αντισταθμίσει τον πιστωτικό του κίνδυνο με αυτόν ενός άλλου επενδυτή. Για να ανταλλάξει τον κίνδυνο αθέτησης, ο δανειστής αγοράζει ένα CDS από άλλο επενδυτή που συμφωνεί να τα αποζημιώσει εάν ο δανειολήπτης αθετήσει. Τα περισσότερα συμβόλαια CDS διατηρούνται μέσω μιας συνεχούς πληρωμής ασφαλιστρών παρόμοια με τα κανονικά ασφάλιστρα που οφείλονται σε ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Ένας δανειστής που ανησυχεί για την αθέτηση ενός δανείου από έναν δανειολήπτη συχνά χρησιμοποιεί ένα CDS για να αντισταθμίσει ή να ανταλλάξει αυτόν τον κίνδυνο (Silberstein, 2022).

Τα **CDO** είναι ομόλογα των οποίων οι πληρωμές εισοδήματος και οι αποπληρωμές κεφαλαίου εξαρτώνται από μια ομάδα μέσων. Συνήθως, ένα CDO υποστηρίζεται από μια διαφοροποιημένη ομάδα δανειακών και ομολογιακών μέσων είτε αγορασμένων στη δευτερογενή αγορά είτε από τον ισολογισμό μιας εμπορικής τράπεζας. Η

διαφοροποιημένη φύση των μέσων διαφοροποιεί ένα CDO από έναν τίτλο που υποστηρίζεται από περιουσιακά στοιχεία, ο οποίος υποστηρίζεται από μια ομοιογενή ομάδα μέσων, όπως στεγαστικά δάνεια και δάνεια πιστωτικών καρτών. Επειδή τα έσοδα και η αποπληρωμή του κεφαλαίου εξαρτώνται από την απόδοση των υποκείμενων μέσων, υπάρχει πιθανότητα πρόωρης αποπληρωμής. Συχνά παρέχονται στους εκδότες διαφορετικές δόσεις του τίτλου, έτσι ώστε εάν υπάρχουν προπληρωμές, το πρώτο επίπεδο θα αποπληρωθεί πρώτα, το δεύτερο επίπεδο στη συνέχεια κ.λπ. Η τιμολόγηση κάθε δόσης αντανακλά την πιθανότητα αποπληρωμής (OECD, 2013).

3.2. Η Παγκόσμια Οικονομική κρίση του 2008

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 ήταν μια περίοδος οικονομικής ύφεσης παγκοσμίως μεγαλύτερη κι από την παγκόσμια οικονομική ύφεση του 1929 που θεωρείται η δεύτερη χειρότερη ύφεση όλων των εποχών. Η κρίση ξεκίνησε στις ΗΠΑ από το καλοκαίρι του 2007 και στον τομέα των κατοικιών. Κατοικίες είχαν αγοραστεί με ενυπόθηκα δάνεια υψηλής μόχλευσης και χαμηλής πιστοληπτικής διαβάθμισης. Έπειτα ακολούθησαν οι αγορές που διαπραγματεύονταν προϊόντα από τιτλοποιήσεις στεγαστικών δανείων. Ακολούθησαν στη συνέχεια φούσκες σε αγορές πιο εξειδικευμένων προϊόντων όπως τα CDOs και τα CDSs. (Κολλιτζάς κ.α. 2009). Αξίζει να σημειωθεί πως η νομισματική πολιτική που ακολούθησε η Ομοσπονδιακή Κεντρική Τράπεζα των ΗΠΑ (FED) για μεγάλο χρονικό διάστημα ευθύνεται για την εμφάνιση υπερβολικής ρευστότητας και «μόχλευσης». Επίσης τα χαμηλά επιτόκια σε ΗΠΑ και Ευρώπη και οι χαμηλές αποδόσεις των παραδοσιακών επενδύσεων οδήγησαν σε νέες χρηματοπιστωτικές φόρμες υψηλού ρίσκου χωρίς να επιδεικνύεται η απαραίτητη προσοχή στους κινδύνους που παραμόνευαν. Το ισχύον πλαίσιο κανόνων που εφαρμοζόταν στη λειτουργία της χρηματοπιστωτικής αγοράς παραβιάστηκε χωρίς οι αρμόδιες αρχές να το αντιληφθούν έγκαιρα. Η εμφάνιση ανισορροπιών στην αγορά κατοικιών απ' όπου ξεκίνησε η κρίση οδήγησε σε «φούσκα» με τα γνωστά αποτελέσματα (Πέτσας, 2009).

Η χρηματοοικονομική κρίση πέρασε στην πραγματική οικονομία με δύο τρόπους: αρχικά τα πιστωτικά ιδρύματα σταμάτησαν τη χορήγηση δανείων και δεύτερον εξανεμίσθηκε ο πλούτος των νοικοκυριών και των επιχειρήσεων από το σκάσιμο της φούσκας (Κολλιτζάς κ.α. 2009).

Η νέα ανάλυση της Παγκόσμιας Τράπεζας για την παγκόσμια οικονομία παρουσιάζει

την εξής εικόνα:

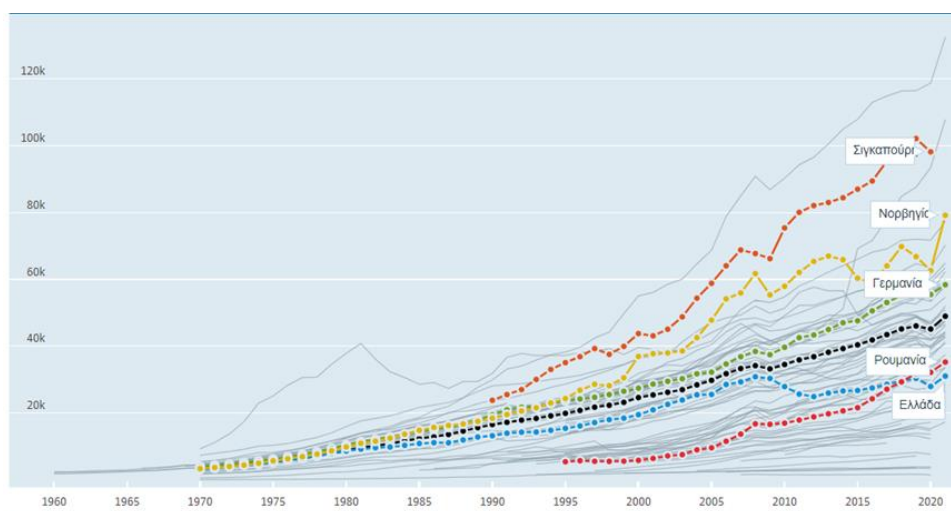
A) μείωση της παγκόσμιας παραγωγής κατά 2,9%

B) μείωση του εμπορίου κατά 10%

Γ) κατακόρυφη πτώση των ροών ιδιωτικών κεφαλαίων από 707 δις δολάρια το 2008 σε 363 δις δολάρια το 2009 (The world bank, 2009).

Η οικονομική κρίση του 2008 που ξεκίνησε από τις Η.Π.Α πολύ σύντομα και αναπόφευκτα έγινε αισθητή και στην Ευρώπη και σε όλον τον κόσμο (World Bank et International Monetary Fund , 2009). Το Α.Ε.Π που είναι ο αντιπροσωπευτικότερος δείκτης παρουσιάζει αισθητή κάμψη το 2010 στην Ελλάδα, στη Ρουμανία, στη Γερμανία, στη Νορβηγία και στη Σιγκαπούρη όπως δείχνει το παρακάτω διάγραμμα.

Γράφημα 3.1: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν



Πηγή: OECD, 2022

3.3. Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα για τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 η Ελλάδα ισοσκελίξε τα έσοδα και τις δαπάνες της. Στη δεκαετία του 1980 το Δημόσιο έλλειμμά της εκτινάχτηκε στο 8,1 του Α.Ε.Π και συνέχισε να αυξάνεται με μικρότερο ρυθμό για τις επόμενες δύο δεκαετίες. Ταυτόχρονα το δημόσιο χρέος έφτασε το 26% τη δεκαετία του 1980, στο 71% τη δεκαετία 1990 ενώ το 2009 το δημόσιο χρέος έφτασε στο 115% του Α.Ε.Π. Οι επιπτώσεις στην ελληνική οικονομία ήταν εμφανείς.

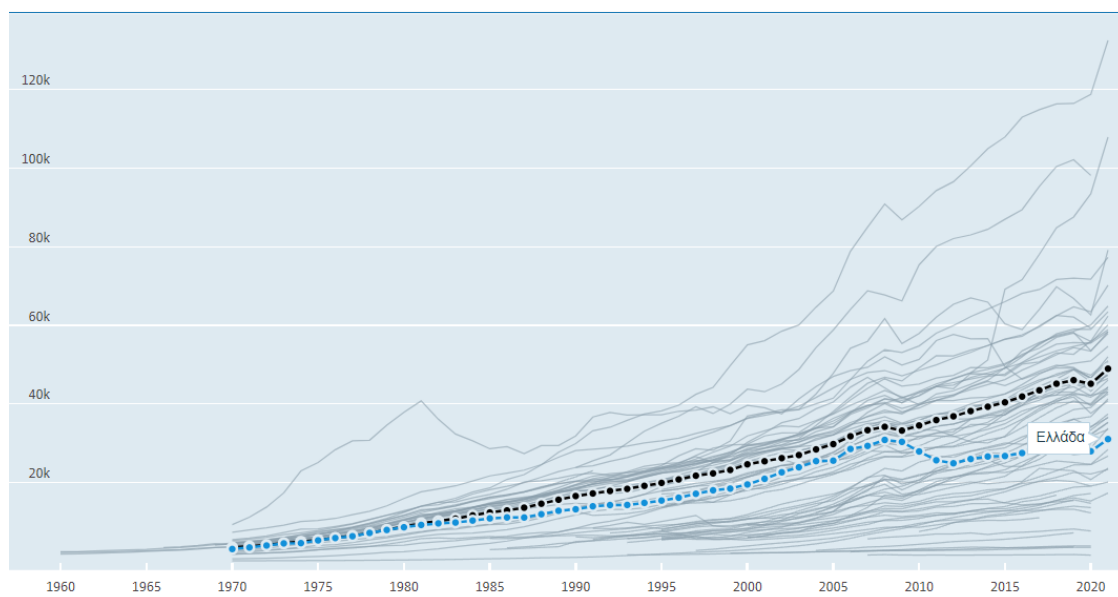
Η κατανάλωση αυξήθηκε πολύ σε σχέση με τη δεκαετία του 1970 ενώ οι επενδύσεις μειώθηκαν (Βαρουφάκης κ.α. 2011).

Πίνακας 3.1 : Δημόσιο Έλλειμα ως προς το Α.Ε.Π ανά χρονολογία

	1960- 1969	1970- 1979	1980- 1989	1990- 1999	2000- 2009
Δημόσιο έλλειμα ως % επί του Α.Ε.Π.	-0,6	1,2	8,1	8,4	5,9

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α, 2022

Γράφημα 3.2: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν στην Ελλάδα



Πηγή: OECD, 2022

Το 2009 το εξωτερικό χρέος της Ελλάδας έφτασε το 82,5% και ταυτίστηκε με το εξωτερικό δημόσιο χρέος καθώς ο εξωτερικός δανεισμός γίνονταν από την ελληνική κυβέρνηση και όχι από τον ιδιωτικό τομέα. Για όλη την προηγούμενη δεκαετία η Ελλάδα παρήγαγε λιγότερο από όσο καταλάβαινε. Επιπλέον λιγότερα κοινοτικά κονδύλια δέχτηκε η Ελλάδα λόγω την ένταξης νέων μελών στην Ε.Ε ενώ παράλληλα

υποχρεώθηκε να πληρώνει μεγαλύτερους τόκους για το αυξημένο εξωτερικό της χρέος. Οι αποταμιεύσεις της δεν επαρκούσαν για την αγορά ομολόγων, ενώ υπήρξαν μεγάλες επενδυτικές δαπάνες λόγω των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004 που διόγκωσαν περαιτέρω το εξωτερικό της χρέος (Βαρουφάκης κ.α. 2011). Το εξωτερικό χρέος δημιουργείται όταν πολίτες και επιχειρήσεις μιας χώρας δανείζονται από ξένους. Στην περίπτωση της Ελλάδας ο ιδιωτικός τομέας δεν δανείστηκε από το εξωτερικό γιατί οι αποταμιεύσεις των Ελλήνων ήταν αρκετές για την κάλυψη των δανείων προς τον ιδιωτικό τομέα. Αντί για αυτό, ο εξωτερικός δανεισμός πραγματοποιούνταν από την κυβέρνηση. Πράγματι, το εξωτερικό δημόσιο χρέος της Ελλάδας, το οποίο ορίζεται ως το τμήμα του εξωτερικού χρέους που συσσωρεύεται από την κυβέρνηση, ανήλθε στο 89% επί του Α.Ε.Π το 2009 (Βαγιανός, 2010). Στα τέλη του 2009 η Ελλάδα μπήκε σε μια μακρά περίοδο οικονομικής κρίσης ως αποτέλεσμα της διεθνούς οικονομικής κρίσης αλλά και της ανεξέλεγκτης οικονομικής σπατάλης. Η ελληνική οικονομία είχε το υψηλότερο δημόσιο έλλειμμα καθώς και το δεύτερο υψηλότερο χρέος στην Ε.Ε (Καραγιάννης, 2007).

3.4. Οι επιπτώσεις στην υγεία και ευημερία των πολιτών

Η Ελλάδα επηρεάστηκε περισσότερο από κάθε άλλη χώρα από την οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας. Τα αποτελέσματα δεν άργησαν να φανούν σε πολλούς τομείς της δημόσιας ζωής και ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας. Η υπογραφή των μνημονίων επέφερε τη λήψη μέτρων που αφορούσαν τα οικονομικά των υγειονομικών μονάδων καθώς και τον περιορισμό των διαθέσιμων πόρων. Όλα αυτά ήταν φυσικό να φέρουν μεγάλες αλλαγές στις υγειονομικές υπηρεσίες. Αρκεί να αναφερθεί ότι για το διάστημα 2001-2012 το κράτος μείωσε την επιχορήγηση στον τομέα της υγείας κατά 5,4 δις ευρώ. Ωστόσο δύο σημαντικά μέτρα εξυγίανσης υλοποιήθηκαν με μεγάλη αποτελεσματικότητα: α) η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και β) η εισαγωγή των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά (Νιάκας, 2014). Εκτός από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, πολύ ανησυχητικές κρίθηκαν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας του πληθυσμού και συγκεκριμένα στην υγεία του ατόμου. Προβλήματα όπως: ανεργία και κλονισμός ψυχικής υγείας, χαμηλή ποιότητα τροφίμων, υψηλή νοσηρότητα λοιμωδών και μη νοσημάτων, λοιμώξεων, αύξηση παραβατικής συμπεριφοράς, λήψη ναρκωτικών ουσιών, αύξηση καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, αυτοκτονίες

παρουσίασαν αύξηση τόσο στην Ελλάδα, την Ευρώπη, τις ΗΠΑ και σε όλο τον κόσμο. Παρακάτω εκτίθενται δεδομένα και αναλυτικά παραδείγματα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο άτομο (Αντώνογλου, 2013).

3.4.1. Δείκτες Υγείας πληθυσμού στην Ελλάδα - Ευρώπη

Οι δείκτες που αφορούν το προσδόκιμο ζωής και της παιδικής-βρεφικής θνησιμότητας δίνουν ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας των ατόμων μιας κοινωνίας σε σχέση με την οικονομική κρίση. Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση από το 1980 έως το 2010 έχει αυξηθεί κατά έξι χρόνια. Για τις χώρες της Ε.Ε το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση παρέμεινε σταθερό και για την τριετία 2008-2010 ήταν 75,3% για τους άνδρες και 81,7% τις γυναίκες ενώ μετά το πέρας της οικονομικής δυσχέρειας ο δείκτης παρουσιάζει βελτίωση. Έτσι το 2014 το προσδόκιμο επιβίωσης στις γυναίκες φτάνει το 77,9% ενώ στους άντρες το 83,7% (OECD, 2012; Eurostat, 2022). Παρόμοιες διακυμάνσεις παρατηρούνται και στον Ελλαδικό χώρο. Ενώ η χώρα διανύει οικονομική κρίση τα δεδομένα για το προσδόκιμο επιβίωσης πριν και μετά από αυτή είναι ενθαρρυντικά καθώς υπάρχει αύξηση σε αυτόν τον σημαντικό δείκτη (Human Developing Report, 2022). Ο δείκτης για τη παιδική θνησιμότητα παρόλες τις αντιξοότητες της οικονομικής κρίσης ακολουθεί καθοδική πορεία τόσο για την Ελλάδα όσο και για την Ευρώπη πριν και μετά από την κρίση (OECD, 2012). Ωστόσο ο δείκτης που παρουσιάζει κάμψη και αφορά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι ο δείκτης της γονιμότητας. Πιο συγκεκριμένα από 2,19 το 1961 μειώθηκε σε 1,4 το 1990 και 1,3 το 1998 (Μπαμπατσίκου, 2009). Τα επίπεδα αυτά παραμένουν σχεδόν ίδια με ελαφρώς πτωτική τάση την περίοδο της οικονομική κρίσης στην Ελλάδα. Αναλυτικότερα, το 2006 πριν την οικονομική κρίση, ο δείκτης είναι στο 1,4 , το 2009 φτάνει στο 1,5 και το 2012 βλέπουμε τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης με τον δείκτη να πέφτει στο 1,3 (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2018). Ο αντίστοιχος δείκτης της Ε.Ε το 2009, όπου χρονολογικά βρίσκεται η έναρξη της οικονομικής κρίσης, είναι στο 1,6 ενώ το 2012 στο 1,5 (Eurostat, 2020). Ο συνδυασμός των δύο παραπάνω δεικτών μας οδηγεί σε κάποια όχι και τόσο ενθαρρυντικά συμπεράσματα. Αν υποθέσουμε πως οι ηλικίες μια κοινωνίας τοποθετούνται σε μια πυραμίδα με τις μικρές ηλικίες στη βάση και τις μεγαλύτερες στην κορυφή της πυραμίδας τότε σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία παρατηρείται η αναστροφή της πυραμίδας. Οι μικρές ηλικίες βαίνουν μειούμενες και οι μεγάλες ηλικίες τείνουν αυξανόμενες. Η προοπτική αυτή θα

οδηγήσει σε μια κοινωνία που γερνάει χάνοντας τη δυναμική της και την ενεργητικότητά της (Μπαμπατσίκου, 2009).

Επιπλέον η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της σίγουρα επηρέασαν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αναπνευστικά, τις διατροφικές συνήθειες και το κάπνισμα, όπου θα αναλυθεί παρακάτω. Όπως περιγράφεται και στον παρακάτω πίνακα, υπάρχει στα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος κάποια σχετική αύξηση το έτος 2012. Η υπέρταση, τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι καρδιακές ανακοπές σε μεγάλο ποσοστό οφείλονται στο άγχος και στην ανασφάλεια για το μέλλον.

Πίνακας 3.2: Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος ανά χρονολογία.

	2008	2009	2010	2011	2012
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	107.979	108.316	109.084	111.099	116.668
Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	49.214	48.453	47.709	47.741	49.728

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2014

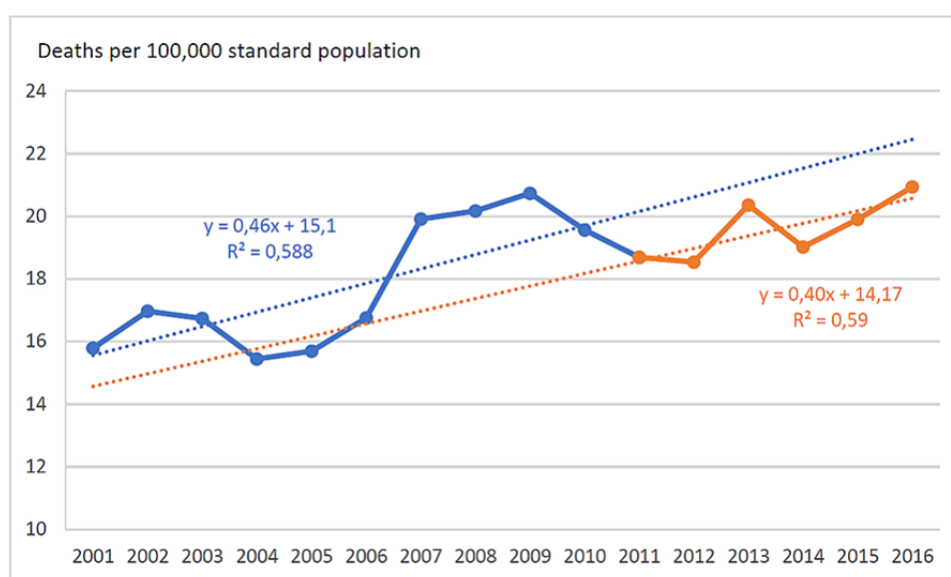
Επίσης έξαρση παρουσίασαν στην Ελλάδα τα αναπνευστικά προβλήματα στα οποία οφείλεται το 10% των συνολικών θανάτων το 2012 (Ο.Ε.С.Д, 2013). Η αύξηση της τιμής του πετρελαίου ανάγκασε πολλούς Έλληνες να χρησιμοποιούν στα τζάκια και τις σόμπες τους κακή καύσιμη ύλη, ακατάλληλη για καύση, όπως πλαστικά. Στην ατμόσφαιρα παρατηρήθηκε τότε το φαινόμενο της αιθαλομίχλης που με τη σειρά της προκάλεσε πνευμονοπάθειες (Χ.Α.Π), αλλεργικές παθήσεις, άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και τέλος καρκίνοι του πνεύμονα (Μιχοπούλου κ.α. 2015).

3.4.2. Λοιμώδη νοσήματα

Ένας ακόμα από τους τομείς της υγείας που επλήγησαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης ήταν τα λοιμώδη νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα ήδη από το 2008 σημειώθηκε αύξηση των κρουσμάτων του ιού HIV, της φυματίωσης, της ελονοσίας, του ιού του δυτικού Νείλου και νέων μορφών γρίπης (Μπελετσιώτη, 2018). Όπως

φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα την περίοδο 2001-2016 σημειώθηκαν στην Ελλάδα 30.575 θάνατοι λόγω μολυσματικών ασθενειών, εκ των οποίων το 44,0% την περίοδο 2011-2016. Οι θάνατοι από πνευμονία αποτελούν το 47,5% όλων των θανάτων. Η σηψαιμία και άλλες βακτηριακές ασθένειες αποτελούν το 37,2%, η σηψαιμία είναι η κυρίαρχη αιτία αυτής της ομάδας σε ποσοστό 98,5%. Επίσης, παρατηρούνται μεταβολές στη δυναμική των εν λόγω νοσημάτων. Για παράδειγμα, μετά το 2010 αυξήθηκαν τα περιστατικά φυματίωσης με ανοδικό ρυθμό στους Έλληνες (Ζηλίδης, 2021). Η παραπάνω αύξηση των θανάτων οφείλεται κυρίως σε λόγους που σχετίζονται με την αδυναμία οργάνωσης προληπτικών προγραμμάτων που σχετίζονται με τις λοιμώδεις αυτές ασθένειες. Ο τομέας της δημόσιας υγείας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης (2008-2012) παρουσίαζε μια εικόνα αποδιοργάνωσης εξαιτίας των μειωμένων κονδυλίων (Μπελετσιώτη, 2018).

Γράφημα 3.3 :Ετήσιο Τυποποιημένο Ποσοστό Θνησιμότητας Λοιμωδών Νοσημάτων, Ελλάδα, 2001-2016



Πηγή: Ζηλίδης, 2021

Διερευνώντας τα ποσοστά θνησιμότητας εξ αιτίας της οικονομικής κρίσης σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείτε πως τα ποσοστά θνησιμότητας από μολυσματικές ασθένειες αυξήθηκαν. Τέτοιες χώρες ήταν η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ουγγαρία και η Λιθουανία όπου τα ετήσια συνολικά και τυποποιημένα ποσοστά θανάτου (SDR) των

μολυσματικών ασθενειών παρέμειναν υψηλά και μετά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Σε χώρες όπως ήταν η Ισπανία και η Ιρλανδία το SDR παρουσίασε πτωτική τάση ενώ στην Πορτογαλία, την Πολωνία και την Εσθονία δεν καταγράφηκε σημαντική μεταβολή (Ζηλίδης, 2021).

Πίνακας 3.3 :Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας μολυσματικών ασθενειών σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση, 2005-2015

	Ιρλανδία	Πορτογαλία	Ισπανία	Ιταλία	Ελλάδα	Ουγγαρία	Πολωνία	Εσθονία	Λιθουανία
2005	44.8	(-)	25.2	15.3	9.5	11.8	26.4	19.1	32.3
2006	44.1	(-)	21.6	13.6	9.8	9.3	25.6	21.8	32.5
2007	28.1	42.5	22.6	14.1	11.6	9.9	24.9	19.4	35.1
2008	31.2	44.5	22.4	13.8	11.4	8.7	25.7	17.6	34.6
2009	31.2	43.8	20.0	14.1	11.7	9.0	26.3	20.2	28.5
2010	26.3	41.5	17.4	13.9	10.8	9.3	25.2	16.2	22.9
2011	23.3	39.3	17.8	15.9	10.4	10.4	26.2	17.7	24.8
2012	23.2	44.0	18.1	17.1	10.0	11.9	26.1	18.1	25.6
2013	21.1	40.1	16.2	16.5	12.1	11.9	28.8	20.0	31.1
2014	(-)	36.7	16.8	16.2	19.3	11.2	25.5	21.3	27.8
2015	(-)	(-)	18.7	19.4	20.0	11.7	29.0	18.8	30.8

Πηγή: Ζηλίδης, 2021

3.4.3. Διατροφικές συνήθειες - κάπνισμα σε Ελλάδα και Ευρώπη

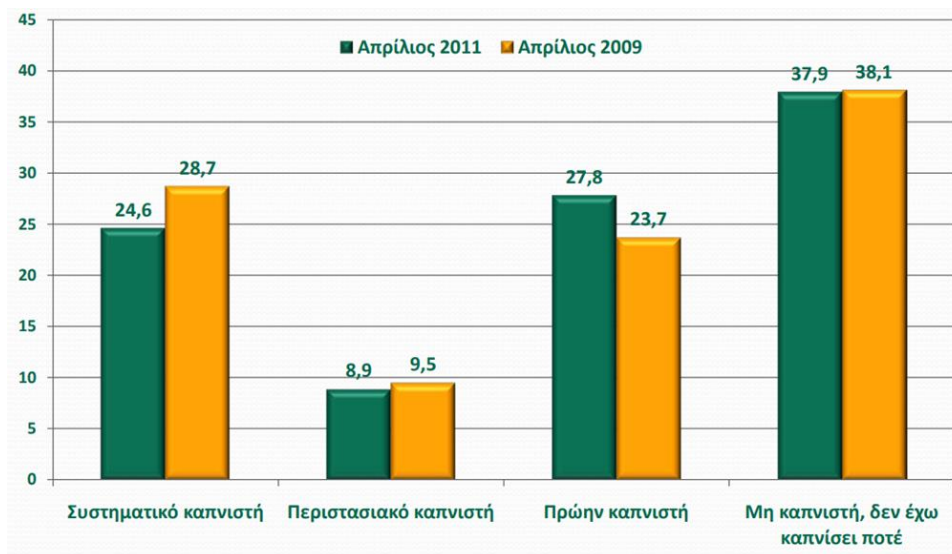
Όπως αναφέρθηκε, η διατροφή κάθε νοικοκυριού επηρεάστηκε την περίοδο της οικονομικής κρίσης καθώς απαιτείται ένα ύψος δαπάνης που διαφέρει μεν από νοικοκυριό σε νοικοκυριό ωστόσο δεν παύει να είναι μια ανελαστική δαπάνη. Πριν την περίοδο της κρίσης η δαπάνη για την διατροφή για κάθε νοικοκυριό στην Ελλάδα ήταν μεγαλύτερη εκτός από το ψωμί που παραμένει ακόμα και κατά την διάρκεια της κρίσης ο αναμφισβήτητος πρωταγωνιστής στο τραπέζι κάθε σπιτιού. Τα ψάρια κι αυτά εξακολουθούν να καταναλώνονται σε υψηλά επίπεδα αφού το 63% δηλώνει πως συνεχίζει να τα προτιμάει όπως και ένα χρόνο πριν. Ωστόσο το 33% των καταναλωτών ισχυρίζεται πως έχει μειώσει την κατανάλωση ψαριών κατά την περίοδο της κρίσης (Σεργεδάκης, 2009). Το κρέας κι αυτό έχει υποστεί μείωση στην κατανάλωση κατά την διάρκεια της κρίσης με το 34% των ερωτηθέντων να δηλώνει πως έχει μειώσει την κατανάλωση κρέατος. Σταθερή παραμένει η θέση των οσπρίων στην διατροφή (Λεβάντης, 2009). Όπως είναι φυσικό η οικονομική κρίση έπληξε περισσότερο τα κατώτερα οικονομικά στρώματα του πληθυσμού με το 22,7% να

δηλώνει πως στερείται διατροφής σε σχέση με το 4,2% των πιο ευκατάστατων στρωμάτων. Επίσης έρευνα του 2011 είχε δείξει ότι το 78% των νοικοκυριών αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες στην κάλυψη αναγκών, το 68,4% κάνει περικοπές στην κατανάλωση ειδών διατροφής, το 50% διαθέτει μόνο το 2,2% του εισοδήματός του για τρόφιμα, το 88% περιόρισε δαπάνες για εστιατόρια και το 13% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι το εισόδημά του δεν επαρκεί ούτε για την κάλυψη των αναγκών (Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη, 2022). Επιπροσθέτως και στην Ευρώπη η οικονομική κρίση έπληξε τον τομέα της διατροφής αφού σύμφωνα με τον Ερυθρό Σταυρό 43 εκατομμύρια πολίτες ζουν χωρίς επαρκή ποσότητα φαγητού. Η έρευνα επίσης συνεχίζει με την αναφορά πως 120 εκατομμύρια άνθρωποι κινδυνεύουν να βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας και πολλοί είναι αυτοί που προσπαθούν να επιβιώσουν με δυσκολία σε χώρες που αργά ανακάμπτουν οικονομικά. Οι 22 εθνικές επιτροπές του Ερυθρού Σταυρού σε όλη την Ευρώπη ύστερα από έρευνα καταλήγουν πως από την αρχή της οικονομικής κρίσης και έπειτα όλο και περισσότεροι άνθρωποι αποζητούν την βοήθειά του. Σε κάποιες χώρες η οικονομική κρίση οδήγησε σε επισιτιστική κρίση όπως έγινε στην Αϊτή, όταν αυξήθηκαν απότομα οι τιμές στα τρόφιμα στην παγκόσμια αγορά (Θεόδωρος, 2017, Erol, 2011).

Κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υιοθετούν την κακή συνήθεια του καπνίσματος, ενώ σύμφωνα με στοιχεία του 2009 τα 220 εκατομμύρια βρίσκονται στην Ευρώπη. Στον ανεπτυγμένο κόσμο το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία πρόωμης θνησιμότητας ενώ παράλληλα αυξάνει και τη θνησιμότητα από παθήσεις που προκαλεί, όπως η Στεφανιαία νόσος, εμφράγματα, Καρκίνος του πνεύμονα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π), αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, 2013).

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης οι καπνιστικές συνήθειες των Ελλήνων σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας ήταν αυξημένες πράγμα που δηλώνει το άγχος και το στρες για την παρούσα και μελλοντική οικονομική κατάσταση. Το ποσοστό των συστηματικών και των περιστασιακών καπνιστών ήταν αυξημένο το 2009 από εκείνο του 2011. Επίσης τα ποσοστά των ανθρώπων που δήλωναν πρώην καπνιστές ήταν χαμηλότερα που σημαίνει ότι οι οικονομικές συνθήκες δεν ευνοούσαν το κόψιμο του καπνίσματος αλλά δρούσε ως καταφυγή και παρηγοριά για πολλούς ανθρώπους (Υπουργείο Υγείας, 2011).

Γράφημα 3.4: Ελλάδα 2011, Καπνιστικές συνήθειες πολιτών



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2011

3.4.4. Χρήση ναρκωτικών ουσιών

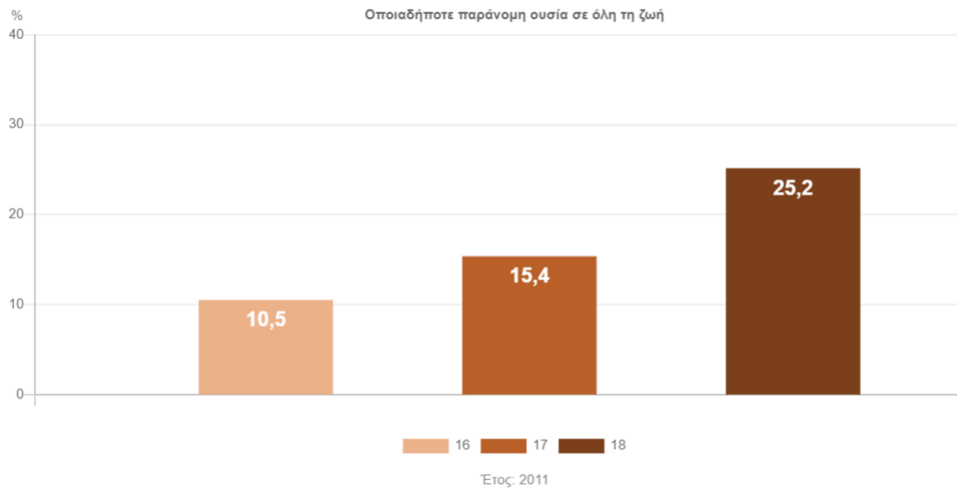
Εκτιμώντας τα στοιχεία χωρών που βίωσαν στο παρελθόν οικονομική κρίση παρατηρήθηκε πως σε τέτοιες περιόδους εντείνονται αισθητά φαινόμενα όπως είναι η κατάχρηση ουσιών, αλκοολισμός, κατάθλιψη, καρδιαγγειακά νοσήματα, προβλήματα υγείας σε παιδιά και εφήβους. Επίσης παρατηρήθηκε έξαρση της βίας και παραβατικών συμπεριφορών γενικότερα. Άτομα που βιώνουν έντονα τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης επηρεάζονται πολλαπλά και αδυνατούν να διαχειριστούν καταστάσεις κοινωνικής ανισότητας και παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επιπλέον η κατάσταση εντείνεται όταν υπάρχει μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα τα φαινόμενα να μην αντιμετωπίζονται έγκαιρα και να διογκώνονται. Από στοιχεία του ΚΕ.Θ.Ε.Α το 2010 καταγράφηκαν 6 στους 10 χρήστες που ήταν άνεργοι ενώ οι 2 στους 10 δεν είχαν μόνιμη εργασία αλλά περιστασιακή ή επισφαλή εργασία. Η οικονομική κρίση που ουσιαστικά μεταφράζεται σε πολύ χαμηλό ή καθόλου εισόδημα οδηγεί σε επιβάρυνση της ψυχικής και σωματικής υγείας των χρηστών με κύριο επακόλουθο την παραβατική συμπεριφορά και τελικά την περιθωριοποίησή τους. Το μέλλον φαντάζει δυσοίωνα και η ανασφάλεια σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο δυσκολεύουν τη κατάσταση ακόμα περισσότερο για αλλαγή του τρόπου ζωής των χρηστών. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων,

2011). Συνήθως καταφεύγουν στον αλκοολισμό ή στη συμμετοχή τους σε αντικοινωνικές ομάδες με παραβατική συμπεριφορά. Τα προβλήματα δεν περιορίζονται μόνο στο άτομα αλλά έχουν άμεσο αντίκτυπο στην οικογένεια και στην κοινωνία γενικότερα. Συνήθως άτομα που βιώνουν την ανεργία για μεγάλα διαστήματα έχουν αμφιθυμικά συναισθήματα προς την οικογένεια που εκφράζονται συνήθως με ευερεθιστότητα, συγκρούσεις, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και τάσεις φυγής (Φατούρου, 2010).

Μεγάλο πρόβλημα για τη χρήση ουσιών παρατηρείται και στους εφήβους τόσο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης όσο και πριν από αυτή. Από τα παρακάτω διαγράμματα συνάγονται τα εξής συμπεράσματα:

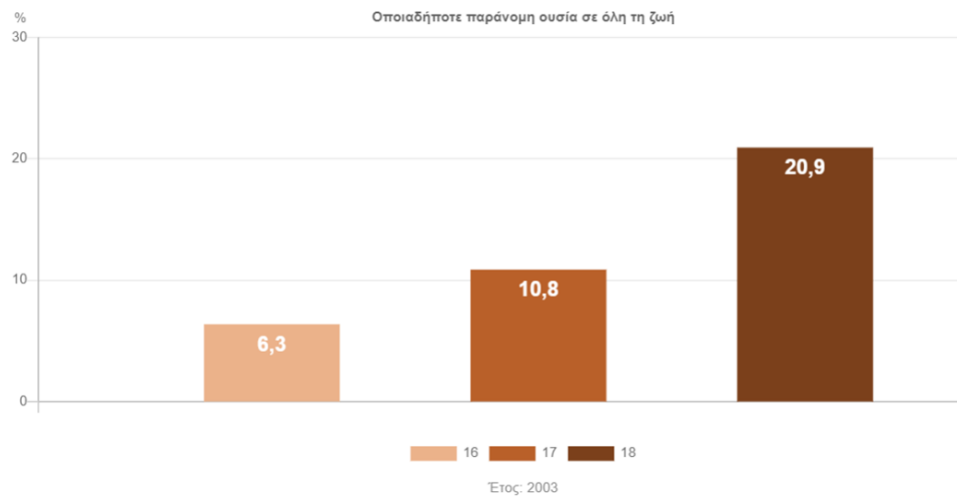
- Πριν την οικονομική κρίση έφηβοι στην ηλικία των 16 ετών είχαν κάνει χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας το 6,3%. Την περίοδο της οικονομικής κρίσης δηλαδή από το 2011 και μετά το ποσοστό ανεβαίνει στο 10,5%.
- Στην ηλικία των 17 ετών η χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας πριν την οικονομική κρίση ήταν 10,8% και ανέβηκε το 2011 στο 15,4%.
- Στην ηλικία των 18 ετών η χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας πριν την οικονομική κρίση ήταν 20,9% και ανέβηκε το 2011 στο 25,2% (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, 2022).

Γράφημα 3.5: Σύγκριση χρήσης ναρκωτικών σε άτομα ηλικίας 16-18 ετών τον καιρό πριν και κατά την κρίση στην Ελλάδα.



Πηγή: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, 2022

Γράφημα 3.6: Σύγκριση χρήσης ναρκωτικών σε άτομα ηλικίας 16-18 ετών τον καιρό πριν και κατά την κρίση στην Ελλάδα.



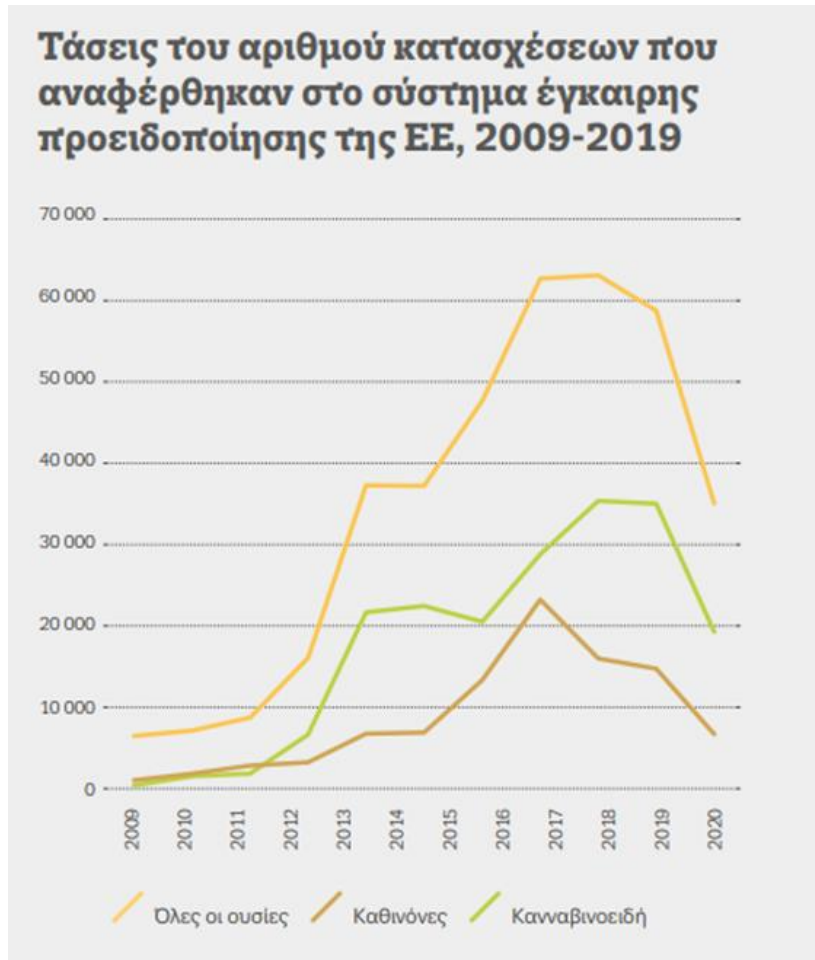
Πηγή: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, 2022

Τα ναρκωτικά είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που ολοένα και αυξάνει σε ποσοστά χρήσης για εκατομμύρια πολιτών της Ε.Ε. Οι συνέπειες είναι καταστροφικές για τους ίδιους τους χρήστες και τις οικογένειές τους σε πολλά επίπεδα.

- **Η δημόσια υγεία απειλείται** γιατί τα άτομα αυτά γίνονται φορείς μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως AIDS, ηπατίτιδα κα
- **Το ασφαλιστικό σύστημα επιβαρύνεται** γιατί καλείται να οργανώσει και να εφαρμόσει προγράμματα περίθαλψης για εξαρτημένα άτομα.
- **Η παραγωγικότητα της εργασίας μειώνεται** αφού άτομα που κάνουν χρήση ουσιών δεν είναι σε θέση να αποδώσουν όσο θα μπορούσαν στην εργασία τους αφενός και αφετέρου σπαταλούν την πιο παραγωγική τους ηλικία άδικα μένοντας ανενεργοί και φυσικά μη παραγωγικοί.
- **Η ασφάλεια απειλείται** σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο απειλείται γιατί ο κόσμος των ναρκωτικών είναι συνδεδεμένος με τη βία, το έγκλημα και τη διαφθορά. Η αγορά των παράνομων ναρκωτικών είναι πηγή εισοδήματος ομάδων οργανωμένου εγκλήματος στην Ε.Ε και η ετήσια λιανική αξία της υπολογίζεται σε τουλάχιστον 30 δισ. €.
- **Η εθνική σταθερότητα πλήττεται** τόσο στην Ε.Ε αλλά και σε άλλες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο αφού αργά και σταθερά το λαθρεμπόριο των ναρκωτικών αποσαθρώνει το κύτταρο της κοινωνίας που είναι η οικογένεια (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2022).

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης 2009 – 2010 οι ποσότητες των ναρκωτικών που αναφέρθηκαν στο σύστημα έγκυρης προειδοποίησης της Ε.Ε και κατασχέθηκαν ήταν αυξημένος. Αυτό φαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει πως τα δύο αυτά μεγέθη είναι ανάλογα. Όσο η οικονομική κρίση μένει και επηρεάζει αρνητικά την ζωή των ανθρώπων τόσο αυτοί «βρίσκουν καταφύγιο» στον ψεύτικο κόσμο των ουσιών. Τα ναρκωτικά υπόσχονται μια πλασματική φυγή από την πραγματικότητα ωστόσο υποσκάπτουν και αλλοιώνουν τον κοινωνικό ιστό (Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά Τάσεις και εξελίξεις, 2021).

Γράφημα 3.7: Τάσεις του αριθμού κατασχέσεων που αναφέρθηκαν στο σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης της Ε.Ε, 2009-2019.



Πηγή: Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά, τάσεις και εξελίξεις, 2021

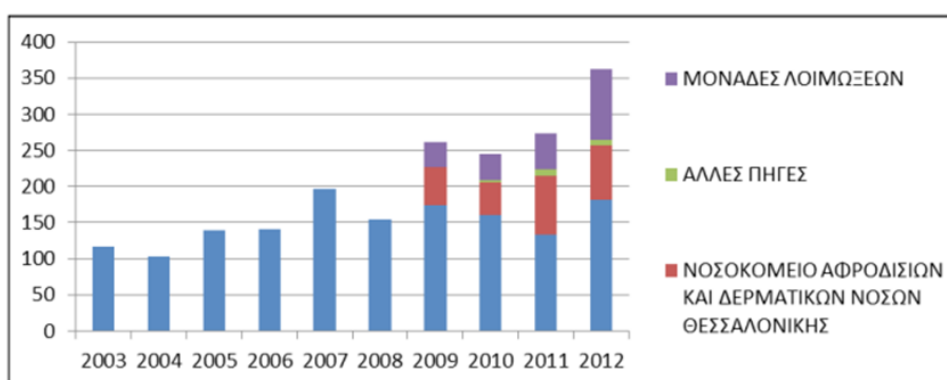
3.4.5. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις

Μεγάλη είναι η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (Σ.Μ.Λ.) την περίοδο της οικονομικής κρίσης ως αποτέλεσμα της αύξησης της πορνείας και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Η μείωση των εισοδημάτων και η αύξηση της ανεργίας οδήγησε σε τέτοιο οικονομικό αδιέξοδο ώστε υπήρξε στροφή στον επικίνδυνο χώρο της πορνείας. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2013) παρουσιάζει τα έτη 2009 & 2012 ως έτη επικίνδυνης σεξουαλικής δραστηριότητας. Άλλους πάλι το ψυχολογικό αδιέξοδο που αντιμετώπισαν στην περίοδο αυτή τους ώθησε στον κόσμο των ναρκωτικών ουσιών. Μεγαλύτερη αύξηση παρουσίασαν τα κρούσματα του υιού HIV το έτος 2011 και 2012 ανάμεσα σε χρήστες ενέσιμων

ναρκωτικών στην Ελλάδα. Το Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ανέφερε 241 και 522 νέες μολύνσεις HIV το 2011 και το 2012, αντίστοιχα, ενώ το έτος 2010 ήταν μόνο 15 μολύνσεις. Εδώ πρόκειται για μια 16πλάσια αύξηση του 2011 σε σχέση με το 2010 και σχεδόν διπλασιασμός των μολύνσεων το έτος 2012. Τα ποσοστά αυτά έκαναν στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών να αποτελούν τις περισσότερες νέες μολύνσεις στη χώρα (44,2%). (Σαφάρης & Τσούνης, 2014). Επιπλέον επίσημη έκθεση αναφέρει πως παρατηρήθηκε το φαινόμενο της αυτομόλυνσης. Ορισμένα άτομα προέβησαν στην πράξη αυτή προκειμένου να συμμετάσχουν σε ειδικά προγράμματα επιδομάτων και παράλληλη συμμετοχή τους σε προγράμματα απεξάρτησης με συνθετικά αποιεϊδή. Η λίστα συμμετοχής σε τέτοια προγράμματα ξεπερνούσε τα τρία χρόνια και αυτός ήταν και ο λόγος της ύστατης για τα άτομα αυτά λύσης της αυτομόλυνσης (Μπισκανάκης κ Χαραλάμπους, 2017).

Η σύφιλη είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Από τον παρακάτω πίνακα τα στοιχεία δείχνουν πως η αύξηση των πρώιμων κρουσμάτων σύφιλης ήταν μεγάλη από 270 το 2011 σε 360 κρούσματα το 2012 σύμφωνα με τα στοιχεία που έδωσαν το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματολογικών Νόσων Θεσσαλονίκης και άλλων μονάδων λοιμώξεων.

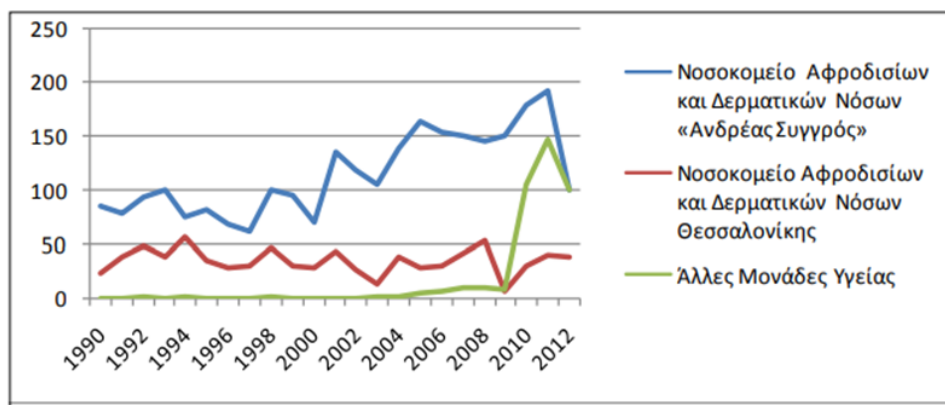
Γράφημα 3.8: Διαχρονικά δηλωθέντα κρούσματα πρώιμης σύφιλης ανά πηγή δήλωσης και έτος δήλωσης.



Πηγή: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2013

Άλλο ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που παρουσίασε αύξηση κρουσμάτων την χρονική περίοδο 2011 & 2012 και σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κρίση είναι η γονόρροια.

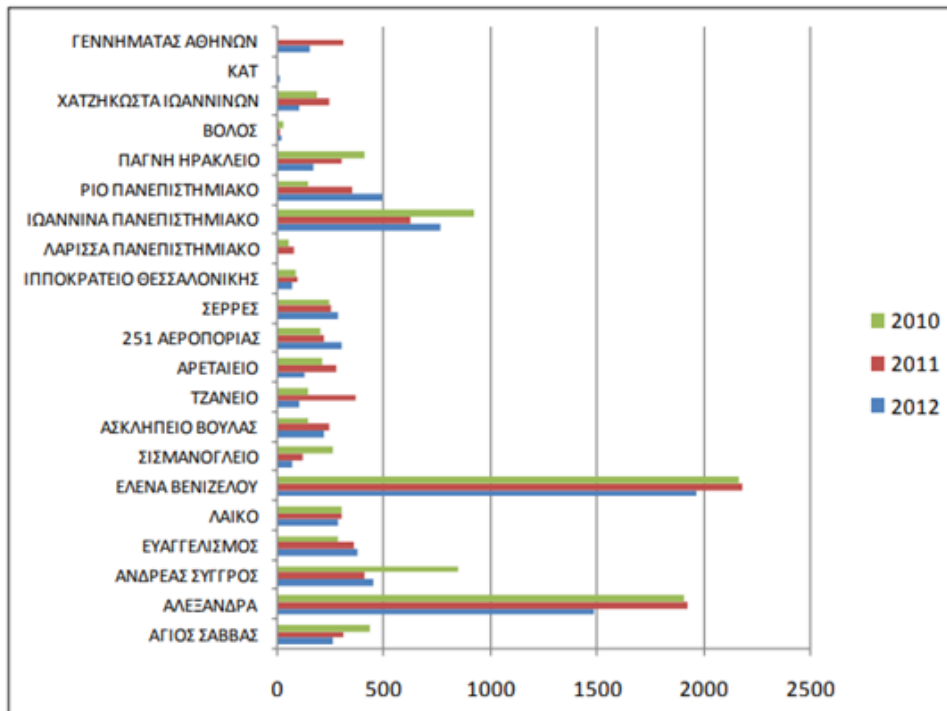
Γράφημα 3.9: Συγκεντρωτικά Δεδομένα ανά Μονάδα Υγείας που πραγματοποιεί τη Δήλωση ανά έτος Δήλωσης, 1990- 2012 για τη Γονόρροια.



Πηγή: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2013

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει την αύξηση των εξεταζόμενων για νοσήματα του γεννητικού συστήματος. Η αύξηση των εξεταζόμενων ατόμων κατά τα έτη 2010, 2011 & 2012 για τα συγκεκριμένα νοσήματα φανερώνει μια περίοδο επικίνδυνης σεξουαλικής δραστηριότητας ως επακόλουθο της οικονομικής κρίσης.

Γράφημα 3.10: Παρουσίαση συνολικού αριθμού εξετασμένων ανά νοσοκομείο ανά έτος για χλαμυδιακές λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος.

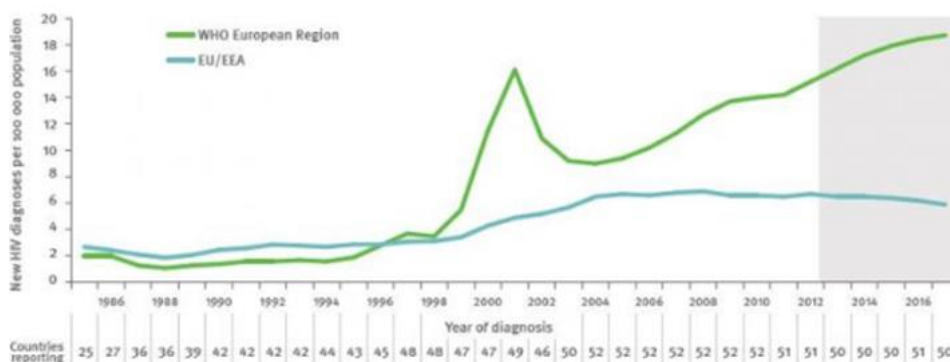


Πηγή: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2013

Κατά το έτος 2012 παρουσιάστηκαν για την Ε.Ε ποσοστά αύξησης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων για το διάστημα 2003-2012. Σε ότι αφορά τη νόσο των χλαμυδίων η έρευνα έγινε σε 26 κράτη μέλη με συνολικό ποσοστό κοινοποίησης 182 ανά 100.000 πληθυσμού. Ωστόσο η πραγματική επίπτωση των χλαμυδίων ενδέχεται να είναι υψηλότερη επειδή πολλές από τις διαγνώσεις δεν αναφέρθηκαν ή δεν πραγματοποιήθηκαν. Πολλές φορές τα συστήματα προσυμπτωματικού ελέγχου διαφέρουν στην εφαρμογή τους από χώρα σε χώρα καθώς επίσης και τα κριτήρια κάλυψης της νόσου είναι διαφορετικά για κάθε ομάδα ξεχωριστά. Σε τέσσερις μόνο χώρες (Δανία, Νορβηγία, Σουηδία, και Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρθηκε το 84% όλων των κρουσμάτων. Σε ποσοστό 68% των περιπτώσεων αυτών τα κρούσματα αφορούσαν νέους 15 έως 24 ετών και το 88 % των περιπτώσεων φέρεται να οφείλονταν σε ετεροφυλοφιλική μετάδοση. Για τις χώρες εκείνες που ανέφεραν σταθερά μεταξύ του 2003 και του 2012 τα ποσοστά αναφοράς για τη νόσο των χλαμυδίων αυξήθηκαν κατά 90% αφού από 182 ανά 100.000 πληθυσμού το 2003 αυξήθηκαν σε 345 ανά 100.000 το 2012. Για τη νόσο της γονόρροιας το 2012 αναφέρθηκαν 47.387 περιπτώσεις

γονόρροιας σε 29 κράτη μέλη της Ε.Ε/Ε.Ο.Χ, με συνολικό ποσοστό κοινοποίησης 15,3 ανά 100.000 πληθυσμού. Περισσότερο από το ένα τρίτο όλων των περιπτώσεων γονόρροιας το 2012 (38 %) αναφέρθηκαν σε άνδρες που έκαναν σεξ με άνδρες. Από το 2008, το συνολικό ποσοστό αυξήθηκε κατά 62 %, και οι τάσεις δείχνουν αύξηση για τα περισσότερα κράτη μέλη της Ε.Ε/Ε.Ο.Χ. Τα δεδομένα για τη σύφιλη για 30 κράτη μέλη της Ε.Ε/Ε.Ο.Χ το 2012 ανέφεραν 20.802 κρούσματα σύφιλης με συνολικό ποσοστό κοινοποίησης 5,1 ανά 100 000 πληθυσμού. Η σύφιλη αναφέρθηκε επίσης σχεδόν τέσσερις φορές πιο συχνά στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, με συνολικό ποσοστό 7,7 ανά 100.000 στους άνδρες και 1,7 στις γυναίκες. Μόνο το 15 % των περιπτώσεων που αναφέρθηκαν το 2012 αφορούσαν νέους μεταξύ 15 και 24 ετών. Ορισμένες χώρες ανέφεραν αυξητικές τάσεις μεταξύ 2008 και 2012 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014).

Γράφημα 3.11: Ποσοστό νέων διαγνώσεων HIV ανά 100.000 πληθυσμού, ανά έτος διάγνωσης και προσαρμοσμένο για καθυστέρηση αναφοράς, στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια Ε.Ε/Ε.Ο.Χ και ΠΟΥ, 1985-2017.

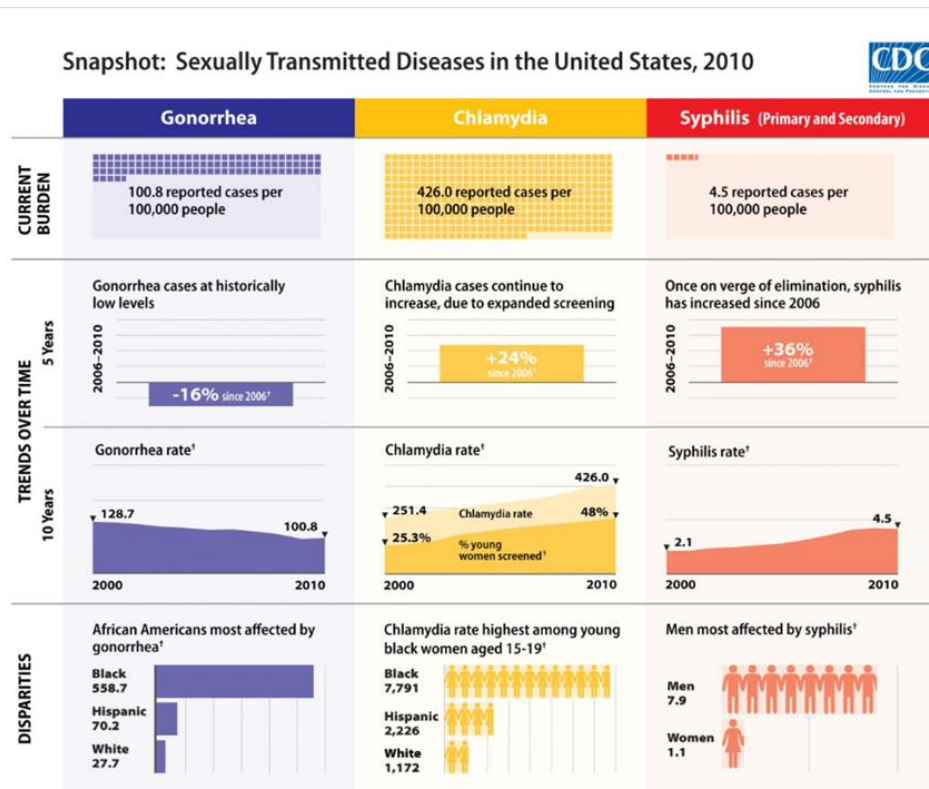


Πηγή: ECDC, 2018

Στις Η.Π.Α η επίπτωση του HIV έχει παραμείνει σχετικά σταθερή σε περίπου 50.000 μολύνσεις κάθε χρόνο από τα μέσα της δεκαετίας του 1993. Σύμφωνα με την νέα ανάλυση, υπήρξαν 53.200 μολύνσεις το 2007, 47.500 το 2008, 45.000 το 2009, και 47.500 το 2010 (CDC FACT SHEET, 2012). Σύμφωνα με το ΠΟΥ τα χλαμύδια, η γονόρροια (ή βλεννόρροια), η σύφιλη και οι τριχομονάδες αποτελούν τις πιο διαδεδομένες λοιμώξεις στις ηλικίες των 15 έως 24 ετών. Τα νοσήματα αυτά υπολογίζεται πως κάθε χρόνο προκαλούν 376 εκατομμύρια

νέα κρούσματα παγκοσμίως σύμφωνα με ανακοίνωση του οργανισμού ΟΗΕ για την υγεία, βασιζόμενος στα τελευταία στατιστικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν το 2012 (Rowley, 2016).

Εικόνα 3.1: Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στις ΗΠΑ



Πηγή: Centers of Disease control and Prevention, 2011

Στο παραπάνω διάγραμμα σχετικά με τη γονόρροια δεν παρατηρείται αύξηση στο συγκεκριμένο νόσημα σε αντίθεση με τα χλαμύδια και τη σύφιλη. Αντίστικα για τα χλαμύδια φαίνεται πως το 2000 το ποσοστό κοινοποίησης ήταν 251,4 ανά 100.000 άτομα και αυξήθηκε σε 426.0 ανά 100.000 άτομα το 2010 ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε η ανάγκη για έλεγχο της νόσου. Το 2000, το 25,3 τοις εκατό των νεαρών γυναικών εξετάστηκαν για χλαμύδια. Το ποσοστό αυξήθηκε στο 48% το 2010. Αναφορικά με τη σύφιλη από το διάγραμμα οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως τα περιστατικά της νόσου που ανακοινώθηκαν, έδειχναν πως οδηγούνταν προς εξάλειψη. Ωστόσο τα περιστατικά έχουν αυξηθεί κατά 36 τοις εκατό από το 2006 έως το 2010. Για το 2000 αναφέρθηκαν 2,1 περιπτώσεις σύφιλης ανά 100.000 ενώ το 2010 αυξήθηκαν σε 4,5

αναφερόμενες περιπτώσεις σύφιλης ανά 100.000 (Centers of Disease control and Prevention, 2011).

3.4.6.Ανεργία - ψυχική υγεία

Το επίπεδο ανεργίας που έχει μια χώρα εξαρτάται άμεσα από την οικονομική της κατάσταση. Η υλοποίηση προγραμμάτων που αυξάνουν την επιχειρηματικότητα και ανοίγουν νέες θέσεις εργασίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην μείωση της ανεργίας. Ωστόσο οι ιδιαίτερες συνθήκες που επικράτησαν τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες της Ευρώπης δημιούργησαν ανασταλτικούς παράγοντες στον τομέα του επιχειρείν. Πιο συγκεκριμένα υπήρξε περιορισμένη χρηματοδότηση στην στήριξη των επιχειρήσεων. Επιπλέον η λειτουργία του πολιτικού και κοινωνικού περιβάλλοντος όπου τα κενά στο θεσμικό πλαίσιο και στις πολιτικές σε ότι έχει να κάνει με τη φορολογία των νέων επιχειρήσεων έδρασαν ανασταλτικά. Η μείωση της επιχειρηματικότητας μοιραία οδήγησε σε αύξηση της ανεργίας (Ελληνική Δημοκρατία, 2019). Σε απόλυτα οικονομικούς όρους η ανεργία σχετίζεται άμεσα με τη μείωση του εισοδήματος που αυτό με τη σειρά του έχει επιπτώσεις δυσάρεστες για το άτομο και για την οικογένειά του. Από την άλλη πλευρά ο κρατικός προϋπολογισμός επιβαρύνεται επειδή παρέχει επιδόματα ανεργίας προκειμένου να βοηθήσει ανθρώπους που ενώ είναι σε θέση να προσφέρουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους βρίσκονται σε δυσμενή θέση χωρίς να το έχουν επιλέξει. Επιπλέον η οικονομική στενότητα οδηγεί τα άτομα σε άσχημες συνθήκες διαβίωσης και για να επιβιώσουν αναγκάζονται να κάνουν δουλειές άσχετες με τις γνώσεις τους. Η κατάσταση αυτή αδρανοποιεί το άτομο, το κάνει να αισθάνεται μειονεκτικά κλονίζοντας την αυτοεκτίμησή του. Υιοθετεί αισθήματα αδιαφορίας για την πολιτεία και τους θεσμούς της ενώ καλλιεργείται ένα κλίμα μίσους και αντιπάθειας στις διαπροσωπικές του σχέσεις ως αποτέλεσμα των αισθημάτων κοινωνικού αποκλεισμού και των ανισοτήτων που βιώνει (Παπαϊωάννου, 2012). Πλήθος ερευνών καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές και φυσικά των επιπτώσεών τους (Μπούρας κ.ά, 2011). Επίσημες έρευνες μαρτυρούν πως άτομα με οικονομικές δυσκολίες διατρέχουν τρεις φορές περισσότερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή ανεξάρτητα του εισοδήματός τους (Σουλιώτης κ.ά. 2018).

3.4.7. Ψυχική Υγεία και οικονομική κρίση

Το επίπεδο της ψυχικής υγείας των ανθρώπων είναι συνδεδεμένο και σχετίζεται άμεσα με τους κοινωνικούς παράγοντες. Επομένως η οικονομική κρίση επιδρά δυσμενώς στην ψυχική υγεία των πολιτών (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012). Επίσης μελέτη που έγινε στη Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ χρέους και κακής ψυχικής υγείας (Μπούρας, 2011). Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2007 μέχρι και σήμερα έχουν πλήξει την Ελλάδα αλλά και ολόκληρη την Ευρώπη σοβαρά προβλήματα. Η μείωση της οικονομικής δραστηριότητας ως αποτέλεσμα των μειωμένων επενδύσεων έχει αυξήσει ανησυχητικά τα επίπεδα της ανεργίας. Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος είναι μεγάλη και συνεχίζει με αυξανόμενο ρυθμό ο αριθμός των ανθρώπων που αναγκάζονται να ζουν στα όρια ή και κάτω από τα όρια της φτώχειας (Πουλόπουλος, 2012). Η επιστημονική κοινότητα κρούει τον κώδωνα του κινδύνου τονίζοντας πως το σύστημα υγείας θα πρέπει να κινηθεί άμεσα ώστε να καλύψει τις αυξημένες απαιτήσεις που δημιουργεί η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Στο περιοδικό *Lancet* αναφέρεται πως πρόκειται στο μέλλον οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αριθμός των αυτοκτονιών να αυξηθούν σημαντικά (Ευθυμίου κ.α. 2013). Ήδη τα δεδομένα που υπάρχουν χαρακτηρίζονται ανησυχητικά. Έρευνες κατέληξαν σε μια τραγική σχέση ανάμεσα στα ποσοστά της ανεργία και στον αριθμό αυτοκτονιών που σημειώθηκαν. Αναφέρθηκαν από ερευνητικά στοιχεία πως σε κάθε ποσοστιαία αύξηση της ανεργίας κατά μία μονάδα παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% για την Ευρώπη και 0,99% στις ΗΠΑ (Οικονόμου κ.α. 2018). Παράλληλα στην Ελλάδα έγινε για πρώτη φορά έρευνα όπου συμπεριλήφθηκε ερώτηση σχετικά με την ιδέα της αυτοκτονίας και της συχνότητάς που εμφανίζεται. Στις απαντήσεις που δόθηκαν διαπιστώθηκε πως δύο εβδομάδες πριν την διεξαγωγή της έρευνας σκέψεις του τύπου: «θα ήταν καλύτερα να μη ζω» ή «σκέφτηκα να κάνω κακό στον εαυτόν μου» έκανε το 3,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και πάνω (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2016). Αξίζει να σημειωθεί ένα θλιβερό ποσοστό όπου το 2012 ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε κατά 40% σε σχέση με το 2009 (Πετμετζίδου κ.α., 2015).

Ακόμα έγκυρες μελέτες έδειξαν πως πιθανότατα υπάρχει σύνδεση μεταξύ της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος της τελευταίας εικοσαετίας με τους ακόλουθους δείκτες ψυχικής υγείας: εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα και διαζύγια της τελευταίας δεκαετίας. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο

διάστημα Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 2010 από τη βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός (Ευθυμίου κ.α. 2013). Οι ερωτήσεις αποσκοπούσαν στην καταγραφή του επιπολασμού και ιδιαίτερα της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%). Οι 3 στους 10 είναι άνδρες (33,0%) και οι 7 γυναίκες (67,0%). ,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω πάσχει από αγχώδεις διαταραχές, το 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές και το 1,0% από ανοϊκή διαταραχή ή νόσο Alzheimer (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2016). Το 92,9% του συνολικού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω απάντησε με σαφήνεια (δεν έδωσε απαντήσεις δεν γνωρίζω/ δεν είμαι σίγουρος-η/ δεν απαντώ) σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας της ψυχικής υγείας. Από αυτούς, ποσοστό 61,7% απάντησε αρνητικά σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας, ενώ ποσοστό 38,3% δήλωσε ότι βίωσε ένα τουλάχιστον από τα «αρνητικά» συναισθήματα / καταστάσεις με συχνότητα: αρκετές ημέρες, περισσότερες από τις μισές ημέρες ή σχεδόν κάθε ημέρα, στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων πριν τη διενέργεια της έρευνας,. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πριν τη διενέργεια της έρευνας, ποσοστό 4,7% του πληθυσμού ηλικίας 15+ επισκέφθηκε ψυχίατρο ή ψυχολόγο για πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Το ποσοστό ανδρών και γυναικών που καταγράφηκαν είναι 3,3% και 6,0%, αντίστοιχα. Για την Ελλάδα οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία έγιναν αισθητά από το 2014 και μετά (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2016).

Σε παγκόσμιο επίπεδο όσο εμμένει η οικονομική κρίση οι προβλέψεις για την επιδείνωση των δεικτών ψυχικής υγείας είναι δυσοίωνες. Ενδεικτικά σε παγκόσμιο επίπεδο:

- Στο Ηνωμένο Βασίλειο ενδέχεται να τριπλασιαστούν τα ψυχωτικά επεισόδια, να διπλασιαστούν τα περιστατικά κατάχρησης αλκοόλ και αναμένεται ο τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Στην Ινδία αυξήθηκαν τα περιστατικά που χρειάζονταν ψυχολογική βοήθεια ως αποτέλεσμα των δυσκολιών της οικονομικής κρίσης.
- Στην Ιαπωνία πρόσφατες έρευνες έδειξαν αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών.
- Στη Χιλή παρατηρήθηκε άμεση σχέση μεταξύ της απότομης μείωσης του εισοδήματος με την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών. Εδώ θα πρέπει να

σημειωθεί πως η μείωση του εισοδήματος προηγήθηκε των συμπτωμάτων κατά έξι μήνες (Μπούρας, 2011).

3.5. Οι ελλείψεις του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) εγκαθιδρύθηκε το 1983. Αρχικά δημιούργησε μεγάλες προσδοκίες όσον αφορά την ποιότητα και το επίπεδο κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού. Από τότε έχουν περάσει 32 χρόνια και ο τομέας της υγείας συνεχίζει να απορροφά όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών του ΑΕ..Π (10,1% το 2004) (Σωτηριάδου κ.α., 2011). Έκτοτε παρατηρήθηκαν αρκετά προβλήματα όπως η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ελλιπής στελέχωση έμπειρου προσωπικού με αποτέλεσμα να πλήττεται η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρέχονται από διάφορους λειτουργούς υγείας. Τέτοιοι λειτουργοί αφορούν μεγάλες αλυσίδες ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων που στην βάση τους τελικά είναι μεγάλοι κερδοσκοπικοί οργανισμοί, γιατροί που διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, γενικοί γιατροί που δουλεύουν σε Κέντρα Υγείας, γιατροί των μονάδων του ΠΕΔΥ. Ωστόσο μια πιο προσεκτική έρευνα στις ουσιαστικές παροχές που προσφέρουν οι λειτουργοί αυτοί, καταλήγει στο συμπέρασμα πως η πραγματική Π.Φ.Υ δε παρέχεται τελικά πουθενά (Μπένος, 2015). Επιπλέον, παρουσιάστηκε υστέρηση στους ρυθμούς αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από χρόνια νοσήματα σε σχέση με άλλα συστήματα υγείας των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Κατά συνέπεια την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα τα πράγματα χειροτέρεψαν και το επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας αδυνατούσε να καλύψει το πλήθος των περιστατικών. Σε αυτήν την κατάσταση συνηγόρησε και το γεγονός ότι οι πολίτες δυσκολεύονταν να ζητήσουν τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα που αποτελούσε κι αυτός βασικό πάροχο υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο ούτε οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν δεν κατάφεραν να περιορίσουν το κόστος ούτε να διευρύνουν το επίπεδο πρόσβασης και κάλυψης των πολιτών (Χριστοδούλου, 2016).

Το 2010 η κρίση έχει κάνει πια αισθητή την παρουσία της και στην Ελλάδα με αποτέλεσμα τη δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων. Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας ξεπερνά κατά πολύ την προσφορά της και το φαινόμενο αυτό εντείνεται

περισσότερο και από την μείωση της ιδιωτικής δαπάνης. Αξίζει να σημειωθεί πως η ιδιωτική δαπάνη υγείας κάνει πολύ ευκολότερη την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα και με τη δυνατότητα πολλών επιλογών. Η συνεισφορά της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της ζήτησης και προσφοράς στις υπηρεσίες υγείας ήταν τόσο μεγάλη ώστε η κατάρρευση αυτού του μηχανισμού οδήγησε σε πλεονάζουσα ζήτηση και ανισορροπία του συστήματος. Κυρίως επλήγησαν τα ευπαθή στρώματα του πληθυσμού (φτωχοί, άνεργοι, χρόνια ασθενείς). Σημαντικές δυσκολίες παρουσιάζονται όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με το 60% του πληθυσμού να δηλώνει ότι αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα πρόσβασης. Επιπλέον η κατάσταση αυτή επιβαρύνει το υγειονομικό κόστος δεδομένου ότι η αντιμετώπιση δεν γίνεται έγκαιρα και επιπλέον δυσχεραίνει αρκετά και τον προϋπολογισμό για την υγεία. Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι η μεγάλη αύξηση της χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών δεν οφείλεται στην αύξηση της νοσηρότητας ή άλλων συναφών παραγόντων (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013).

3.6. Χαρακτηριστικά υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Μέχρι και σήμερα όπως ειπώθηκε και παραπάνω η περίθαλψη υγείας σήμερα είναι νοσοκομειοκεντρική. Στα νοσοκομεία όλης της χώρας και κυρίως της πρωτεύουσας δέχονται καθημερινά εκατοντάδες περιστατικά. Πολλά από αυτά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν διαφορετικά χωρίς να επιβαρύνονται οι νοσοκομειακές μονάδες και ο προϋπολογισμός υγείας. Η παραπάνω κατάσταση οδηγεί στο συμπέρασμα πως αυτός ο κορεσμός της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας τελικά τον καθιστά αναποτελεσματικό, ενώ ταυτόχρονα χάνονται πολύτιμοι οικονομικοί και λειτουργικοί πόροι. Ακόμα εξαιτίας της γραφειοκρατίας και όλων των παραπάνω το σύστημά της Π.Φ.Υ συνεχίζει να είναι δαιδαλώδες και μη λειτουργικό. Αντίθετα μια μικρή ηλιαχτίδα αρχίζει να φαίνεται όταν μπαίνει σε ισχύ και χρήση το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Μέσα στον φαύλο κύκλο της οικονομικό κοινωνικής κρίσης, πολλά προβλήματα δημιουργήθηκαν στην υγεία των ανθρώπων που έχριζαν άμεσης φροντίδας. Επιπλέον η μείωση των μισθών και η επακόλουθη αύξηση της ανεργίας αύξησε κατά πολύ την μερίδα των ανθρώπων που είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ δεδομένου ότι έμειναν ανασφάλιστοι. Τέλος οι πολιτικές λιτότητας που ακολούθηθηκαν και στον τομέα της υγείας, επηρέασαν αρνητικά τις

υπηρεσίες υγείας προς μια συνεχή αποδιοργάνωση (Μπένος, 2015). Οι φορείς που συνεργάζονται στην Π.Φ.Υ όσο και οι σχέσεις τους με άλλους φορείς που εμπλέκονται, παρουσιάζουν μια ατελή και αποσπασματική μεταξύ τους διασύνδεση. Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά οι κυριότερες αδυναμίες σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο της Π.Φ.Υ.

Σε οργανωτικό επίπεδο:

- α)** Η κατανομή των πόρων στην Π.Φ.Υ δεν γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, ώστε κάπου να είναι περισσότεροι χωρίς απαραίτητα να χρειάζονται και αλλού να παρατηρούνται ελλείψεις.
- β)** Το προσωπικό που υπάγεται στις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ ανά τη χώρα συνήθως δεν είναι σωστά κατανομημένο και συχνά παρατηρούνται ελλείψεις ή υπερσυγκέντρωση προσωπικού εκεί που δεν χρειάζεται.
- γ)** Ο συντονισμός των περιστατικών παίζει βασικό ρόλο, ωστόσο παρατηρούνται δυσκολίες με αποτέλεσμα να πλήττεται η οργανωτική διαδικασία.
- δ)** Ο κατακερματισμός της χρηματοδοτικής διαδικασίας επιβαρύνει επίσης το οργανωτικό κομμάτι της Π.Φ.Υ.
- ε)** Η απουσία των οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς δυσχεραίνει την οργάνωση των περιστατικών στην εκάστοτε δομή (Αθανασάκης κ.α., 2013).

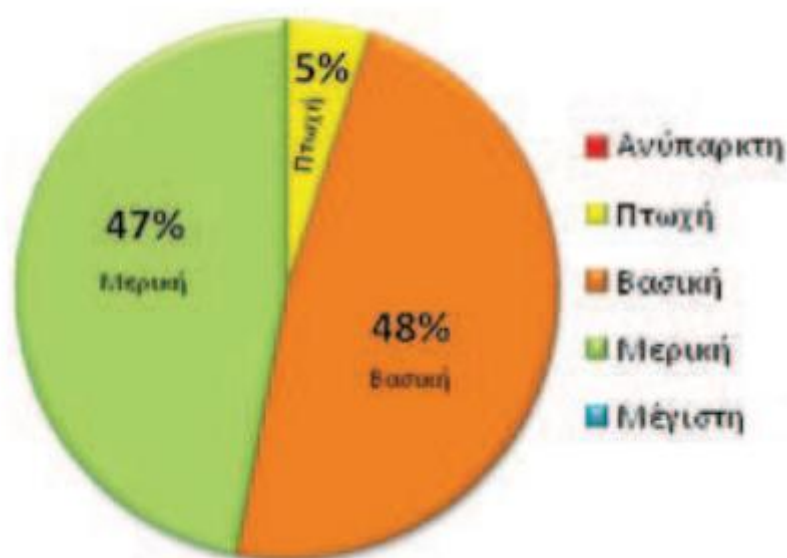
Όλα τα παραπάνω συντέλεσαν ώστε η διαλειτουργικότητα της Π.Φ.Υ να αντιμετωπίζει τα παρακάτω προβλήματα:

- α)** παρατηρείται ανισοκατανομή δομών Π.Φ.Υ σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές. Σε κάποιες απ' αυτές υπάρχει έλλειψη δομών και σε άλλες υπερσυγκέντρωση.
- β)** Η απουσία κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού στελέχωσης των μονάδων Π.Φ.Υ δυσχεραίνει τη λειτουργία της.
- γ)** Υπάρχει απουσία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης. Επίσης λείπει η καταγραφή των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού.
- δ)** η αδυναμία διαθεσιμότητας των δομών στο χρόνο που ζητούνται (Αθανασάκης κ.α., 2013).

3.7. Αξιολόγηση λειτουργικής διασύνδεσης στα συστήματα υπηρεσιών υγείας

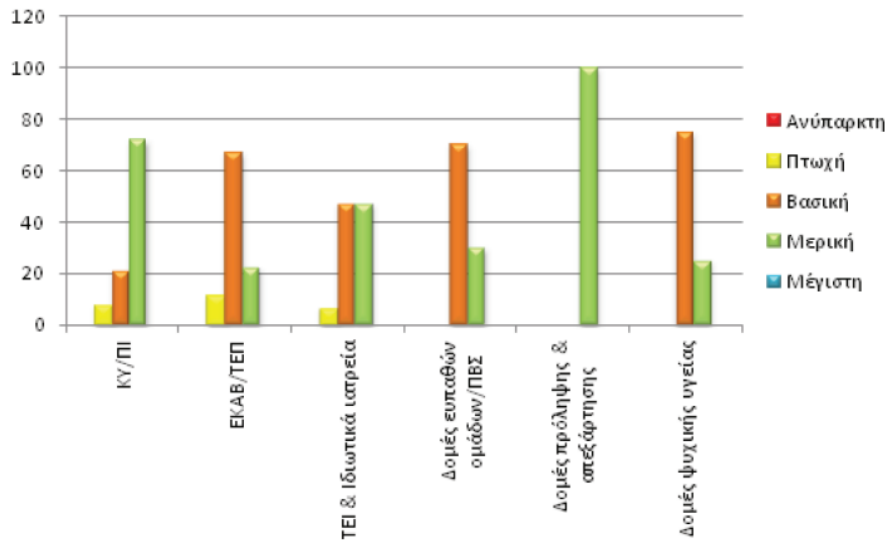
Τα τελευταία χρόνια έπειτα κι από πιέσεις διαφόρων κοινωνικών και οικονομικών συγκυριών κατέστη επιτακτική η ανάγκη της λειτουργικής διασύνδεσης στα συστήματα υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 2016 σχετικά με τη διασύνδεση των δομών της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα η παρακάτω πίτα παρουσιάζει τα αποτελέσματα. Η πλειονότητα των δομών κυμαίνονταν μεταξύ βασικής (48%) και μερικής (47%) λειτουργικής διασύνδεσης. Μόλις το 5% των δομών αποτιμήθηκε με πτωχή διασύνδεση (Καραγιάννη, 2017).

Γράφημα 3.12: Συνολική αποτίμηση επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



Πηγή: Καραγιάννη, 2017

Γράφημα 3.13: Αποτίμηση επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης ανά τύπο δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας



Πηγή: Καραγιάννη, 2017

Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη παρατηρήθηκε δυσκολία στη λειτουργικότητα τόσο μεταξύ των διαφορετικών δομών υγείας όσο και μεταξύ των διαστάσεων της Π.Φ.Υ. Οι δομές της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα βρίσκονται σε επίπεδα πτωχής ή βασικής μεταξύ τους διασύνδεσης. (Καραγιάννη, 2017). Οι επιπτώσεις αυτές συνέβαλαν στην ανάδειξη προβλημάτων στον τομέα της Π.Φ.Υ που ήδη προϋπήρχα με κυριότερο το πρόβλημα της απουσίας καταρτισμένου προσωπικού (Ματθαίος & Φίλιππος-Ριχάρδος, 2016). Κρίνεται απαραίτητη η λήψη μέτρων για την βελτίωση λειτουργικότητας των υπηρεσιών των δομών αλλά και της μεταξύ τους λειτουργικής διασύνδεσης. Πιο συγκεκριμένα τα δυναμικά χαρακτηριστικά των δομών όπως είναι η πληροφοριακή συνέχεια, η ισότητα πρόσβασης, η ποιότητα διάγνωσης και θεραπείας στην Π.Φ.Υ και η διασύνδεση των υπηρεσιών των δομών με επαγγελματίες δημόσιας υγείας θα πρέπει να αναβαθμιστούν ώστε να είναι σε θέση να λειτουργούν πιο αποδοτικά. Η μειωμένη διάθεση πόρων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης έρχεται να κάνει ακόμα πιο δυσλειτουργική την όλη κατάσταση (Καραγιάννη, 2017).

3.8. Δράσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην οικονομική κρίση

Είναι γνωστό πως κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης η χώρα βρισκόταν κάτω από αυστηρή δημοσιονομική επιτήρηση με κύριο στόχο την περιστολή της δαπάνης για την δημόσια υγεία. Ωστόσο κατά την περίοδο αυτή υπήρξε και μια πρόκληση για την επίλυση δύσκολων και παρατεταμένων προβλημάτων πάνω σε θέματα οργάνωσης και λειτουργικότητας του υγειονομικού τομέα (Αθανασάκης κ.α., 2013). Όλες οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα για την εξυγίανση του συστήματος υγείας κατά την περίοδο των μνημονίων φανερώνει μια αύξηση της επιρροής της Ε.Ε στο ελληνικό σύστημα υγείας (Παπαϊωάννου, 2017). Παρόλο που αρχικά όλες οι μνημονικές πολιτικές είχαν σκοπό το κοινωνικό σχηματισμό στο τέλος κατέληξαν στον χώρο της υγείας. Κάποιες από τις κινήσεις της Π.Φ.Υ για να εξυγιάνει το σύστημα είναι οι παρακάτω:

- Η ενοποίηση των πολυιατρείων του Ι.Κ.Α και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων υπό τον φορέα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, μετέπειτα Π.Ε.Δ.Υ, με το προσωπικό να βρίσκεται σε καθεστώς μόνιμης απασχόλησης.
- Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεσμοθετείται με βάση τη δραστική ουσία, και όχι την εμπορική ονομασία, την υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10
- Δίνεται πλέον η δυνατότητα χρήσης γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων και επιπλέον παρέχεται η δυνατότητα επιλογής για αγορά του πρωτότυπου σκευάσματος με αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου.
- Η θεσμοθέτηση του clawback (επιστροφή) και του rebate (έκπτωση), δηλαδή η, με αναδρομική ισχύ από το 1991, επιστροφή δαπανών που υπερέβαιναν ένα όριο με ταυτόχρονη οριζόντια περικοπή επί της αμοιβής των δαπανών (Χριστοδούλου, 2016).

3.8.1. Οργανωτική ανασυγκρότηση

Επιπροσθέτως, λαμβάνονται επιπλέον μέτρα ανασυγκρότησης και οργάνωσης:

- Διαμορφώνεται ένα ενιαίο δημόσιο σύστημα Π.Φ.Υ με την υπαγωγή όλων των δημοσίων δομών Π.Φ.Υ στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ
- Θεσμική και οργανωτική διάκριση δύο κλάδων Ε.Ο.Π.Υ.Υ (παροχή-αγορά) με τη σύσταση αντίστοιχων Γενικών Διευθύνσεων εντός του Οργανισμού

- Καθιέρωση Δικτύου Αναφοράς Μονάδων Π.Φ.Υ που εξασφαλίζει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα
- Εισαγωγή σφαιρικών προϋπολογισμών σε επίπεδο περιφερειακής ενότητας
- Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού στους στόχους της Π.Φ.Υ
- Αναβάθμιση και Λειτουργία του θεσμού του Οικογενειακών Γιατρών. Αναφορά με διατήρηση της ελεύθερης επιλογής και της ανοικτής πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας
- Σύσταση Μονάδας Ανάλυσης και Τεκμηρίωσης στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ για ιατρικά και οικονομικά θέματα
- Αναζήτηση πρόσθετων εργαλείων για τη διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ |
- Λειτουργική ανασυγκρότηση
- Λειτουργική ενοποίηση όλων των υπαρχουσών δομών και μονάδων Π.Φ.Υ
- Διάθεση πόρων ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ευθύνης στο πλαίσιο των σφαιρικών προϋπολογισμών
- Διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω των διαδικασιών πιστοποίησης και με ενίσχυση του κλινικού ελέγχου
- Αξιοποίηση της κτιριακής υποδομής Ε.Ο.Π.Υ.Υ
- Ανάπτυξη των πληροφοριακών υποδομών
- Καθιέρωση ηλεκτρονικής κάρτας υγείας για τη διευκόλυνση του ταξιδιού των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας
- Αντιπροσωπευτική διοίκηση με τη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων, των χρηστών και των παρόχων (Αθανασάκης κ.α., 2013).

Μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που πρωτοστάτησε για την βελτίωση της Π.Φ.Υ είναι ο νόμος 4486/17. Κύριοι στόχοι της μεταρρύθμισης του νόμου 4486/17 σύμφωνα με την Έκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων (2017) είναι:

- Εφαρμογή στρατηγικών αναμόρφωσης του συστήματος δημόσιων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Η δωρεάν, καθολική, ισότιμη χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ να αποτελεί δικαίωμα των πολιτών.

- Μέσα από την ηλεκτρονική διακυβέρνηση της Π.Φ.Υ να διασφαλιστεί μια διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση.
- Η άμεση οικονομική προστασία του πληθυσμού μέσα από μια ορθολογιστική διαχείριση των δαπανών υγείας.
- Δυνατότητα κοινωνικού ελέγχου και λογοδοσίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Προφύλαξη και προάσπιση των προσωπικών δεδομένων των ανθρώπων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας.

3.9. Η οικονομική κρίση σε άλλες χώρες

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία του πληθυσμού, στιγμάτισε και χαρακτήρισε σε έντονο βαθμό την Ελλάδα. Ωστόσο, η Ελλάδα δεν αποτέλεσε την μοναδική χώρα που υπέστη τις επιπτώσεις της οικονομικής δυσχέρειας, καθώς η οικονομική κρίση «άγγιξε» και επηρέασε και ποικίλες άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Στη συνέχεια αναφέροντα ενδεικτικά παραδείγματα από τις χώρες Ισπανία, Ιρλανδία και Πορτογαλία, οι οποίες βίωσαν την οικονομική κρίση, με αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, να έχει επίπτωση στην υγεία του πληθυσμού αλλά και στο υγειονομικό τους σύστημα. Πολλά από τα στοιχεία που αναφέρονται παρακάτω προέρχονται από την ηλεκτρονική πηγή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τίτλο «Οικονομική κρίση, συστήματα υγείας και υγεία στην Ευρώπη» (WHO, 2015), στην οποία αναφέρονται λεπτομερώς οι περιπτώσεις ποικίλων χωρών στην Ευρώπη που βίωσαν οικονομική και κατ' επέκταση υγειονομική κρίση. Άλλωστε, η πηγή αναφέρει στο εισαγωγικό σημείωμα «αυτό το βιβλίο χαρτογραφεί τις απαντήσεις των πολιτικών υγείας στη χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση στην Ευρώπη, ανά χώρα, ώστε οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, οι ερευνητές και άλλοι, να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τα εθνικά πλαίσια, που τους απασχολούν ιδιαίτερα ».

3.9.1. Ισπανία

Έως το 2018 η Ισπανία κατείχε μια πολύ ισχυρή οικονομική θέση στην Ευρώπη με σημαντικό πλεόνασμα. Τα έσοδα της χώρας προέρχονταν κυρίως από την γενική φορολογία. Το κράτος της Ισπανίας είναι διαιρεμένο σε 17 δήμους που διοικούνται με αυτονομία (Αντωνίου, 2021). Όταν ξέσπασε η κρίση στις αρχές του 2008 προέκυψαν

σοβαρά προβλήματα στην οικονομία της χώρας αφού η ισοτιμία Α.Ε.Π προς χρέος έπεσε κάτω του 40%. Από τα κυριότερα προβλήματα ήταν η «φούσκα» στον στεγαστικό τομέα. Οι διαστάσεις που πήρε η «φούσκα» στον τραπεζικό τομέα ήταν τεράστιες. Ο στεγαστικός τομέας χρειαζόταν άμεση χρηματοδότηση και επειδή δεν υπήρχαν διαθέσιμα κεφάλαια πραγματοποιήθηκε δανεισμός από κυρίως γερμανικές τράπεζες. Η επεκτατική οικονομική πολιτική της Ισπανίας πριν την κρίση την κατέστησαν μη προετοιμασμένη στην αύξηση των spreads του δημοσίου χρέους, όταν ξέσπασε η κρίση. Αυτό σε συνδυασμό με την διόγκωση της στεγαστικής φούσκας έφεραν τη σοβαρή οικονομική κρίση στην ισπανική οικονομία. Από το 2010 έως το 2012 η Ισπανία δυσκολεύτηκε να χρηματοδοτήσει το δημόσιο χρέος της. Έτσι η επόμενη συντηρητική κυβέρνηση που διαδέχτηκε την σοσιαλιστική ζήτησε οικονομική στήριξη από τις υπόλοιπες χώρες-μέλη της Ε.Ε. Στην Ισπανία δόθηκε ένα πακέτο βοήθειας αποκλειστικά και μόνο για τον τραπεζικό τομέα 40 δις ευρώ και όχι συνολικό πακέτο στήριξης της οικονομίας, όπως στην περίπτωση της Ελλάδας και της Πορτογαλίας (Οικονομικό Φόρουμ Δελφών IV, 2019). Όσον αφορά τον τομέα της υγείας πως όλες οι χώρες του Νότου και η Ισπανία μείωσε το ποσοστό που δαπανούσε για την υγεία. Ο χαμηλός αριθμός των γεννήσεων σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό προσδόκιμου ζωής οδηγεί στην ύπαρξη ενός γερασμένου πληθυσμού με υψηλές υγειονομικές ανάγκες. Το Υπουργείο Υγείας Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας παρεμβαίνει με στρατηγικές σε συγκεκριμένα πεδία. Από το 2008–2018 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ακολούθησε μια σταθερά ανοδική πορεία, από τα 81,5 στα 83,4 έτη. Το 2008 οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανέρχονταν στα 1.957 \$ κατά κεφαλήν και το 2016 έφθασαν στα 2.207 \$ (Αντωνίου, 2021).

3.9.2. Ιρλανδία

Η οικονομία της Ιρλανδίας υπέστη μια ιδιαίτερα σοβαρή χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση. Οι βασικές εγχώριες αιτίες της κρίσης σχετίζονταν με την ευθραυστότητα του τραπεζικού συστήματος, τις προκυκλικές κρατικές δαπάνες, το ανισορροπημένο φορολογικό χαρτοφυλάκιο, αλλά και την χαλαρή κρατική εποπτεία και ρύθμιση. Παράλληλα, ως απάντηση, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά περίπου 9% από την κορύφωσή τους, ενώ οι δημόσιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης έμειναν σχεδόν άθικτες κατά την διάρκεια της ύφεσης, σε σύγκριση με

άλλους τομείς. Αυτό οφείλονταν κυρίως στην πίεση για διαχείριση του κόστους εξαιτίας των αλλαγών στις δημογραφικές τάσεις (αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων κ.α), αλλά και της αύξησης του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών. Όσον αφορά την επίπτωση στην υγεία του Ιρλανδικού πληθυσμού, τα επίπεδα της φτώχειας, όπως είναι αναμενόμενο έχουν αυξηθεί από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Δεδομένης της αιτιώδους σχέσης μεταξύ της φτώχειας και της κακής υγείας, είναι αναπόφευκτο ότι η αύξηση της φτώχειας θα επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού, αν και αυτό δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο στις περισσότερες στατιστικές για την υγεία. Το γεγονός αυτό πιθανότατα να οφείλεται στην καθυστέρηση δημοσίευσης στατιστικών μελετών, εξαιτίας των μειωμένων χρημάτων που μπορούν να διατεθούν στην έρευνα. Ακόμα, υπήρξε μια σταθερή αύξηση στις κλήσεις σε υπηρεσίες υποστήριξης ψυχικής υγείας. Πολλοί αρμόδιοι οργανισμοί ψυχικής υγείας συνδέουν άμεσα την αυξημένη ζήτηση για τις υπηρεσίες τους με την ευρύτερη οικονομική κρίση. Τέλος, έμμεσο θετικό γεγονός αποτελεί ότι η κατανάλωση καπνού μειώνεται σταθερά στην Ιρλανδία από το 2000, ενώ και η κατανάλωση αλκοόλ άρχισε να μειώνεται με την έναρξη της οικονομικής κρίσης. (WHO, 2015)

3.9.3. Πορτογαλία

«Τον Νοέμβριο του 2010 έγινε φανερό ότι η κρίση δεν περιοριζόταν στην Ελλάδα, αλλά εξαπλωνόταν. Άρχισα να πείθομαι όλο και περισσότερο ότι η Πορτογαλία θα χρειαζόταν σύντομα να ακολουθήσει την Ιρλανδία, ζητώντας υποστήριξη».

Fernando Teixeira dos Santos

Υπουργός Οικονομικών Πορτογαλία (Ιούλιος 2005 – Ιούνιος 2011)

(European Stability Mechanism, 2020)

Η οικονομική κρίση στην Πορτογαλία προήλθε από μία πολύπλοκη αλληλεπίδραση εξωτερικών και εσωτερικών παραγόντων. Ενώ η κυβέρνηση εφάρμοσε μια σειρά από μέτρα λιτότητας πριν από το 2011, η υιοθέτηση ενός τριετούς «Προγράμματος Οικονομικής και Δημοσιονομικής Προσαρμογής» (ο αντίστοιχος όρος της Πορτογαλίας είναι “AP”) στα μέσα του 2011, που διαπραγματεύτηκε με την Τρόικα, έφερε τις πιο σοβαρές κοινωνικοοικονομικές αλλαγές. Το κομμάτι του AP που

αφορούσε την υγεία περιείχε μια σειρά από μέτρα που είχαν μελετηθεί πριν ξεκινήσει η κρίση. Τα μέτρα αυτά εστίαζαν κυρίως στη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, τον επαναπροσδιορισμό της χρήσης των πόρων υγείας και την αύξηση των εσόδων μέσω μηχανισμών, όπως την χρέωση των χρηστών. Ωστόσο, το AP δεν εξέτασε τις πιθανές επιπτώσεις της λιτότητας στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Μία από τις σημαντικότερες παραλείψεις του AP, ήταν η έλλειψη έγκαιρης αξιολόγησης των επιπτώσεων που θα είχε στην υγεία η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας. Υπό άλλες συνθήκες, με καλύτερη παρακολούθηση και καλύτερο σχεδιασμό, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα μπορούσαν να είχαν σχεδιάσει κατάλληλα μέτρα για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία. Με βάση τα περιορισμένα στοιχεία που ήταν διαθέσιμα μέχρι τα μέσα του 2013, φαίνεται ότι η κρίση είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, ενώ υπήρξε και το φαινόμενο της μείωσης της αναζήτησης για υγειονομική περίθαλψη, συμπεριφορά ιδιαίτερα έντονη μεταξύ ευάλωτων ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την ψυχική υγεία, υπήρξε περίπου 30% αύξηση στις περιπτώσεις κατάθλιψης μεταξύ 2011 και 2012 σύμφωνα με κλινικά αρχεία (WHO, 2015). Ακόμα, μεταξύ 2011 και 2012, σημειώθηκε αύξηση 7,6% στις πωλήσεις αντικαταθλιπτικών και σταθεροποιητών διάθεσης και αύξηση 1,5% στις πωλήσεις αγχολυτικών, ηρεμιστικών και υπνωτικών φαρμάκων στην περιπατητική αγορά (Infarmed, 2013). Επιπλέον, ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε μεταξύ 2009 και 2010. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός της Πορτογαλίας φαίνεται πως είχε χειρότερη υγεία σε σύγκριση με του ηλικιωμένους σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας και του επαγγελματίες, είναι αναμενόμενο ότι επηρεάστηκαν από την οικονομική δυσχέρεια της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, οι περικοπές στις απολαβές των επαγγελματιών υγείας από το 2010 οδήγησε ένα ποσοστό στη μετανάστευση, άλλους σε πρόωρη συνταξιοδότηση, αλλά και σε μετάθεση από τον ιδιωτικό τομέα στο δημόσιο. Τέλος, ακόμα και ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επηρεάστηκε από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Πορτογαλία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσαν οι ελάχιστες υποδομές της Π.Φ.Υ, κυρίως τις δομές οικογενειακής υγείας, αφού την περίοδο αυτή κάλυπταν μόνο ένα 50% του πληθυσμού. (WHO, 2015)

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, προκύπτει ότι η Π.Φ.Υ συνδέεται άρρηκτα με την οικονομική κατάσταση μιας χώρας. Όσο ευημερεί οικονομικά μία χώρα, τόσο ευημερεί και ο πληθυσμός της και παράλληλα τόσο πιο ισχυρό το υγειονομικό της σύστημα, ενώ ισχύει και το αντίθετο. Το σύστημα της Π.Φ.Υ κρίνεται, σύμφωνα με τις τοποθετήσεις εμπειρογνομώνων, ότι εξακολουθεί και έχει περιθώρια βελτίωσης. Ωστόσο, φαίνεται ότι έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εξυγίανση του υγειονομικού συστήματος. Σε περίοδο οικονομικής (και όχι μόνο) κρίσης, η Π.Φ.Υ συνδράμει στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του πληθυσμού.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αθανασάκης, Κ. (2013). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση.

Αντωνίου, Π., Σουλιώτης, Κ., & Σαρίδη, Μ. (2021). Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 38(5). <https://www.mednet.gr/archives/2021-5/pdf/588.pdf>

Αντόνογλου, Δ. (2013). Η Οικονομική κρίση βλάπτει σοβαρά την υγεία. https://www.astynomia.gr/file/2013/07/276oikonomikh_krish.pdf

Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν., Μεγήρ, Κ. (2010). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία. http://users.uoi.gr/kammas/Meghir_et_al_2010.pdf

Βαρουφάκης, Γ., Πατώκος, Τ., Τσερκέζης, Λ., & Κουτσοπέτρος, Χ. (2011). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, 31-46.

Γαβρίλη, Α. (2019). «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ): Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ Τ.ΟΜ.Υ ΤΗΣ 1ΗΣ ΥΠΕ». Αθήνα. Ανάκτηση από <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2876234/theFile>

Δαρδαβέσης, Θ. Ι. (2008). Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981). Ιατρικό Βήμα. Ανάκτηση από https://www.iatrikionline.gr/IB_115/7.pdf

Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. (2010). Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο με μια ματιά. <https://www.imf.org/external/lang/greek/np/exr/facts/glanceg.htm>

Δοξιάδης Σ. (2014). Σκέψεις γύρω από την Γενική Ιατρική και όχι μόνο. <http://argiriou.blogspot.com/2014/12/blog-post.html>

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. (2013). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως “Πύλη Εισόδου” των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία. <https://www.ispatras.gr/wp-content/uploads/2013/10/%CE%97-%CE%A0%CE%A6%CE%A5-%CF%89%CF%82-%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85-%CE%9A%CE%A5%CE%A1%CE%99%CE%9F%CE%A0.pdf>

- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, (2013), Παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος, Κάπνισμα: Μια σοβαρή ασθένεια. https://eody.gov.gr/wpcontent/uploads/2019/01/pagkosmia_imer_a_kata_toy_kapnismatos_2013.pdf
- Έκθεση Αξιολόγησης Συνεπειών Ρυθμίσεων. (2017). Σχέδιο Νόμου: Μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, Υπουργείο Υγείας. <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb8ea6-aebdc768f4f7/10151307.pdf>
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Αιτίες θανάτων έτους 2012. <https://www.statistics.gr/documents/20181/a805a2e1-1d1f-4be8-a200-587d29d0c6d8>
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2019). Δελτίο Τύπου, ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2017-2018. <https://www.statistics.gr/>
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2018). Δημογραφικοί δείκτες. Δείκτης Ολικής Γονιμότητας (1950 – 2018). <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/DKT75/>
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2018). ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ του ΠΕΔΥ: Έτος 2016. <https://www.statistics.gr/>
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2016). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2014. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2014>
- Ελληνική Δημοκρατία. (2019). Ενδιάμεση Διαχειριστική Αρχή Περιφέρειας Ηπείρου, Επικαιροποίηση Μελέτης «Διάγνωση των αναγκών της Αγοράς Εργασίας της περιφέρειας ηπείρου». https://peproe.gr/images/meleti_epikairotitas.pdf
- Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη. (2022). Πόσο επηρεάζει η οικονομική κρίση τη διατροφή μας. <https://www.elodi.org/%CF%80%CF%8C%CF%83%CE%BF%CE%B5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CE%AC%CE%B6%CE%B5%CE%B9-%CE%B7-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%B7-%CE%B4/>
- Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. (2022, Απρίλιος 8). Κοινή επιστολή ΠΦΣ-ΠΠΣ-ΕΟΟ προς τον Υπουργό Υγείας για την έξωση των υγειονομικών εκπροσώπων από το Δ.Σ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Ανάκτηση από Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία :

<https://www.eoo.gr/koini-epistoli-pfs-pis-eeo-pros-ton-ypourgo-ygeias-gia-tin-exosi-ton-ygeionomikon-ekprosopon-apo-to-ds-eopyy/>

Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ. (2022, Απρίλιος 18). ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΣ ΜΕΛΗ ΕΝ.Ι- Ε.Ο.Π.Υ.Υ 14/4/2022. Ανάκτηση από Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ.: <https://eni-eopyy.gr/?p=3390>

Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ. (2022, Μαΐου 23). ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ Θίγει την αξιοπρέπεια του ιατρού ο νέος νόμος για την Π.Φ.Υ “Γιατρός για όλους” . Ανάκτηση από Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ.: <https://eni-eopyy.gr/?p=3406>

Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ. (2022, Ιούνιος 20). ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ Μεταρρύθμιση Π.Φ.Υ χωρίς κείμενο σύμβασης προσωπικού ιατρού ;. Ανάκτηση από Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ.: <https://eni-eopyy.gr/?p=3408>

Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ. (2022, Απρίλιος 11). ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ Καταχρηστικές διατάξεις στο νέο νομοσχέδιο για την Π.Φ.Υ. Ανάκτηση από Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ.: <https://eni-eopyy.gr/?p=3386>

Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ. (2022, Νοέμβριος 20). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Αναγγελία κατάργησης συνταγογράφησης εμβολίων γρίπης: Ταφόπλακα στο ρόλο του προσωπικού ιατρού. Ανάκτηση από Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ.: <https://eni-eopyy.gr/?p=3413>

Ένωση Ιατρών Ε.Ο.Π.Π.Υ. Επισφραγίζεται η τραγελαφική αποτυχία της μεταρρύθμισης στην Π.Φ.Υ. (2018). Δελτίο Τύπου. <https://eni-eopyy.gr/?p=3031>

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακριβείας. (2022). Visual Data, Δεδομένα Έρευνας ESPAD-GR. <https://www.epipsi.gr/>

Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασμπανια, Ε., Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;. <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>

Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά Τάσεις και εξελίξεις. (2021). Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Ταξικομανίας. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_EL_0906.pdf

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο. Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (2022). Πολιτική της Ε.Ε για τα ναρκωτικά. <https://www.consilium.europa.eu/el/policies/eu-drugs-policy/>

- ΕΦΚΑ. (2017). Προαιρετική Συνέχιση της Ασφάλισης ν. 4387/2016 Μη Μισθωτών, Ελεύθερων Επαγγελματιών-Αυτοαπασχολούμενων, Αγροτών. Ανάκτηση από <https://www.efka.gov.gr/el/proairetike-synechise-tes-asphalises-n-43872016-memisthotoneleytheron-epaggelmation>
- Ζηλίδης, Χ., Παπαγιάννης, Δ., Κυριακοπούλου, Ζ. (2021). Η οικονομική κρίση επηρέασε τη θνησιμότητα λόγω μολυσματικών ασθενειών. Τάσεις θνησιμότητας από λοιμώδεις νόσους στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση. <https://www.cureus.com/articles/52852-did-economic-crisis-affect-mortality-due-to-infectious-diseases-trends-of-infectious-diseases-mortality-in-greece-before-and-after-economic-crisis>
- Ηλιάδης, Χ., & Ουζουνάκης, Π. (2021). ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ. ΕΥΡΩΠΗ VS ΕΛΛΑΔΑ. *Perioperative Nursing*, 10(1). doi:10.5281/zenodo.5501803
- Θεόδωρος, Κ. (2017). Η Ελληνική Αγορά Εργασίας μετά την Κρίση του 2008: Απορρύθμιση, Αναθέσμιση και Αποκέντρωση. *Κοινωνική Πολιτική*, 7, 43–52. <https://doi.org/10.12681/sp.14168>
- Ιατρικός Σύλλογος Πατρών. (2022). Ο ΙΣΠ αντιτίθεται σε καίριες διατάξεις του Νομοσχεδίου για την Π.Φ.Υ. Ανάκτηση από Ιατρικός Σύλλογος Πατρών: <https://www.ispatras.gr/%ce%b5%ce%bd%ce%b7%ce%bc%ce%ad%cf%81%cf%89%cf%83%ce%b7/%ce%b9%cf%83%cf%80/o-%ce%b9%cf%83%cf%80-%ce%b1%ce%bd%cf%84%ce%b9%cf%84%ce%af%ce%b8%ce%b5%cf%84%ce%b1%ce%b9-%cf%83%ce%b5-%ce%ba%ce%b1%ce%af%cf%81%ce%b9%ce%b5%cf%82-%ce%b4%ce%b9%>
- Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα, Β. Ε., Τριγώνη, Μ., Κούτης, Α., Πιτέλου, Ε., & Λιονής, Χ. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *Archives of Hellenic Medicine/Archeia Ellenikes Iatrikes*, 34(3). <http://srv54.mednet.gr/archives/2017-3/pdf/343.pdf>
- Καραγιάννης, Δ., Καραγιάννης, Ι., Καραγιάννη, Α. (2007) Συστάσεις-Μετατάξεις-Μετατροπές - Συγχωνεύσεις-Απορροφήσεις-Λύσεις και Εκκαθαρίσεις Επιχειρήσεων στην Πράξη, 4η Έκδοση, Θεσσαλονίκη.

- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (2013). Απολογισμός δράσεων. https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/apologismos_2013.pdf
- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. (2011). Οικονομική κρίση και εξαρτήσεις Το έργο και η στρατηγική του ΚΕΘΕΑ. <https://www.kethea.gr/wp-content/uploads/2018/07/Oikonomikh-krish-kai-exarthseis.pdf>
- Κολλίντζας, Γ., Ψαλιδόπουλος, Μ., Καραμούζης, Ν., Χαρδούβελης, Γ. (2009). Eurobank Research. Οικονομία κ Αγορές. Η κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές. <https://www.eurobank.gr/Uploads/Reports/EconomyMarketsIV8.pdf>
- Κουρέα - Κρεμαστινού, Τ. (2010). ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ. Αθήνα: ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ.
- Κρίνα, Ι. (2017). Διοίκηση και δομή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας στην Ελλάδα: Ένα μοντέλο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ανάκτηση από <http://okeanis.lib.teipir.gr/xmlui/handle/123456789/3497?show=full&locale-attribute=en>
- Λεβάντης, Ε. (2009). Το δίκαιον των κρατών , 5η έκδοση, εκδόσεις Σάκκουλας Α., Αθήνα/Κομοτηνή.
- Μαλλιάρου, Μ. & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική Κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού. <https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585830896152232428DecCLJyjsqsHSnlu12RRP78585754478574806769.pdf>
- Ματθαίος, Π., & Φίλιππος-Ριχάρδος, Δ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. <https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585857069314557177ruKq5ITjaAUDtZMyeEeb2Bd48585921390099866596.pdf>
- Μιχοπούλου, Μ., Παππά, Μ., Ηλίας, Π. Α., & Μαλλιάρου, Μ. (2015). Η αξιολόγηση της σφύρας του ελληνικού πληθυσμού και οι παπάρχοντερ επιβάρυνση τηρ στα πλαίσια τηρ οικονομικήρ κπίσηρ και λιτότητα. https://www.researchgate.net/profile/Maria-Malliarou/publication/279955076_Health_assessment_of_the_Greek_population_and_factors_contributing_on_its'_burden_in_the_context_of_the_economic_downturn_and_austerity/links/559fa1fe08ae362b69000b57/Health-assessment-of-the-Greek-population-and-factors-contributing-on-its-burden-in-the-context-of-the-economic-downturn-and-austerity.pdf

- Μπαμπατσιόκου. (2009). Διαχρονική και δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού, Το βήμα του Ασκήπιού. <https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/85858293433000456500MUOofSIOiLiHW e4X0CROdkHo8585756224863579215.pdf>
- Μπελετσιώτη, Χ., Παπαδόπουλος, Α., & Νιάκας, Δ. (2018). Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35(5). https://www.researchgate.net/profile/DimitrisNiakas/publication/328413134_The_impact_of_the_financial_crisis_on_health_and_health_care_in_Greece/links/5bcc417e299bf17a1c6499c9/The-impact-of-the-financial-crisis-on-health-and-health-care-in-Greece.pdf
- Μπένος, (2015), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Παρελθόν, Παρόν & Μέλλον. http://ld.ucdc.uoc.gr/images/HMERIDA_ATHINA/eisigiseis/2.BENOS.pdf
- Μπισκανάκη, Ε., Χαραλάμπους, Γ. (2017). Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ- ΤΟΜΟΣ 16, ΤΕΥΧΟΣ 4. https://www.researchgate.net/publication/346926762_TO_BEMA_TOU_ASKLEPIO_U-TOMOS_16_TEUCHOS_4_H_katastase_tes_ygeias_sten_Ellada_kata_ten_periodo_tes_oikonomikes_krises
- Μπιτσώρη, Ζ., & Μπαλάσκα, Δ. (2016). ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥΣ. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 5(2). doi:10.5281/zenodo.55971
- Μπούρας, Γ., & Λύκουρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. <http://www.hioniasvoli.gr/assets/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF-1.pdf>
- Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση-Διατροφή, 5(1), 3-7. https://scholar.google.gr/scholarhl=el&as_sdt=0%2C5&q=%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%B7+%CE%BA%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%B7+%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%89%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%83+%CF%83%CF%84%CE%

- ΟΟΣΑ. (2022). Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>
- Οικονομικό Φόρουμ Δελφών IV. (2019). Απολογισμός 2019. https://site.delphiforum.gr/sites/default/files/def2019_annual_report_1.pdf
- Οικονόμου, Μ., Παπασλάνης, Θ., Χαρίτση, Μ., Διέτη, Ε., & Σουλιώτης, Κ. (2018). Αυτοκτονικότητα και οικονομική ύφεση: διεθνή και Ελληνικά δεδομένα. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35. <https://www.mednet.gr/archives/2018-sup/pdf/27.pdf>
- Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων. Ανάκτηση από <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf>
- Παπαϊωάννου, Ι. (2012). Η ανεργία τα τελευταία 10 χρόνια στην Ελλάδα. Σύγκριση με άλλες χώρες. <http://oceanis.lib.teipir.gr/xmlui/handle/123456789/1543>
- Παπαϊωάννου, Μ. (2017). Ευρωπαϊκή ενοποίηση και μεταρρύθμιση στο ελληνικό σύστημα υγείας: η κρίση ως πολιτικός καταλύτης εξορθολογισμού. [Ευρωπαϊκή ενοποίηση και μεταρρύθμιση στο ελληνικό σύστημα υγείας: η κρίση ως πολιτικός καταλύτης εξορθολογισμού \(ouc.ac.cy\)](http://www.ouc.ac.cy)
- Πετζεμίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεπέτζογλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π. (2015). Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, Μελέτες (Studies) / 35, Ινστιτούτο Εργασίας. <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf>
- Πέτσας, Σ. (2009). Παγκόσμια οικονομική κρίση: Οι αιτίες και η αντιμετώπισή της. Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής (ΕΛΙΑΜΕΠ). <http://blogs.eliamep.gr/petsas/pagkosmia-ikonomiki-krisi-i-eties-ke-i-antimetopistis-2/>
- Πιερράκος, Γ. (2008). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Τοπική Κοινωνία. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Πουλόπουλος, Χ. (2014). Αλληλεγγύη και Ψευδοαλληλεγγύη στην περίοδο της κρίσης.
- Σαφάρης, Π., Τσούνης, Α. (2014). Επιβάρυνση χρέους της Ελλάδας και HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(14\)70017-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(14)70017-9/fulltext)

- Σεργεδάκης, Κ. (2009), Νέοι και κρίση, Περιοδικό Epsilon 7, Τεύχος 556.
- Σημαντήρης, Ε. Σ. (2010). «Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ., ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΥΣ Ν. 2889/2001 & 3329/2005». Ανάκτηση από <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/7758?show=full>
- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35. <http://mail.mednet.gr/archives/2018-sup/pdf/9.pdf>
- Σταθάκος, Ε. (2020). «Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) έως σήμερα. Ιστορική αναδρομή με έμφαση την περίοδο 2010-2019 και την ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ)». Ανάκτηση από <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/46575>
- Σταχτέας, Π., Σταχτέας, Χ. (2021). Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιστημονικά Χρονικά – Τόμος 26 88ος, Τεύχος 1, 2021. http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p21-1-7.pdf
- Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2011.
- Υπουργείο Υγείας. (2011). Έρευνα για το κάπνισμα. https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/01/ereuna_kapnisma.pdf
- Υπουργείο Υγείας. (2017). Δικτυακός Τόπος Διαβουλεύσεων, Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Άρθρο 16 – Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εγγραφή και διαδικασία παραπομπών. <http://www.opengov.gr/yyka/?c=5552>
- Υπουργείο Υγείας. (2020). Πρόληψη Προστασία και Προαγωγή της Υγείας – Ανάπτυξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας . (2017). ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. Ανάκτηση από Υπουργείο Υγείας : http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2017/04/sxedio_nomou_metarrithm_ygeias.pdf
- Υπουργείο Υγείας. (2021). Τι είναι οι ΤΟΜΥ;. Ανάκτηση 2022, από Υπουργείο Υγείας: <https://tomy.moh.gov.gr/help.aspx>

- Υπουργείο Υγείας. (2022). N.4238_2014_Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. Ανάκτηση από <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10453-n-4238-prwtobathmio-ethniko-diktyo-ygeias-p-e-d-y-allagh-skopoy-e-o-p-y-y-kai-loipes-diatakseis>
- Υπουργείο Υγείας. (2022, Μάιος 31). N.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. Ανάκτηση από Υπουργείο Υγείας: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10511-n-4931-2022-giatros-gia-oloyis-isotimh-kai-poiotikh-prosbash-stis-yphresies-toy-ethnikoy-organismoy-paroxhs-yphresiwn-ygeias-ka>
- Φατούρου, Μ. (2010). Εργασία και ανεργία: ψυχολογικές επιπτώσεις. Εγκέφαλος, 47(4), 176-180. <http://www.encephalos.gr/full/47-4-04g.htm>
- ΦΕΚ: Α 115/07.08.2017 . Νόμος 4486/2017 .Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας - Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10452-n-4486-metarrythmish-ths-prwtobathmias-frontidas-ygeias-epeigoyses-rythmiseis-armodiothtas-ypourgeiou-ygeias-kai-alles-diatakseis>
- ΦΕΚ - 25/Α/9-2-2007. (2007). Νόμος 3527/2007 : Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. Ανάκτηση από <https://elinyae.gr/ethniki-nomothesia/n-35272007-fek-25a-922007>
- ΦΕΚ - 30/Α/10-2-2003 . (2003). Νόμος 3106/2003 : Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις.
- ΦΕΚ - 37/Α/2-3-2001. (2001). Νόμος 2889/2001 : Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις. Ανάκτηση από <http://elib.aade.gr/elib/view?d=/gr/act/2001/2889>
- ΦΕΚ - 38/Α/28-3-2017. (2017). Ανάκτηση από [https://tomy.moh.gov.gr/Files/%CE%9D.4461%20\(2017\).pdf](https://tomy.moh.gov.gr/Files/%CE%9D.4461%20(2017).pdf)
- ΦΕΚ - 81/Α/4-4-2005. (2005). Νόμος 3329/2005 : Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις .

- ΦΕΚ - 87Α/7-6-2010. (2010). Νόμος 3852/2010 : Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης. Ανάκτηση από <https://www.apdattikis.gov.gr/apokentromeni-dioikisi-attikis/%CE%B2%CE%B1%CF%83%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1/%CE%BD%CF%8C%CE%BC%CE%BF%CF%82-38522010/>
- ΦΕΚ - Α-165/21-8-1997. (1997). Νόμος 2519/1997 : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.
- ΦΕΚ-34/Α/16-3-1994. (1994). Νόμος 2194/1994 : Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις (Ε.Σ.Υ).
- Χριστοδούλου, Π. (2016). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η επαγγελία της αδύνατης μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. [112-FINAL-19-23.pdf \(epe.edu.gr\)](#)

Ξένη Βιβλιογραφία:

- Behera, BK, P. R. (2021). Primary health-care goal and principles. Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development. doi:10.1016/B978-0-323-90446-9.00008-3.
- Care. American Journal of Public Health (AJPH), σσ. 1864-1874. doi:10.2105/AJPH.94.11.1864
- CDC FACT SHEET. (2012). New HIV Infections in the United States. <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/2012/hiv-infections-2007-2010.pdf>
- Centers of Disease control and Prevention. (2011). Sexually Transmitted Diseases in the United States 2020. [CDC - STD Fact Sheets](#)

- Cueto, M. (2004, November 1). The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health
- ECDC. (2018). Rate of New HIV Diagnoses WHO European Region <https://www.eurekalert.org/multimedia/874046>
- Erol, M., Apak, S., Atmaca, M., Öztürk, S.(2011). Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study. Published by Elsevier, Procedia Social and Behavioral Sciences. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811016144>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). Sexually transmitted infections in Europe 2012, Surveillance report. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sexually-transmitted-infections-europe-2012>
- European Commission. (2009). «Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses». European Economy, Brussels. σελ.1-87, Tab. Graph. Bibliogr https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/external_publishers/ex_pub3_en.htm
- European Stability Mechanism. (2020). *The crisis spreads to Portugal: a second call for aid.* Ανάκτηση από European Stability Mechanism: <https://www.esm.europa.eu/publications/safeguarding-euro/crisis-spreads-portugal-second-call-aid>
- Eurostat. (2020). Data Browser. Total fertility rate. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table>
- Eurostat. (2022). Statistics Explained. Mortality and life expectancy statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics
- Figueras, J, R. R. (2005). Purchasing to improve health systems performance. Ope University Press.
- Gong YL, C. L. (1982, September). The role of barefoot doctors. Am J Public Health. doi:10.2105/ajph.72.9_suppl.59
- Human Developing Report. (2022). HUMAN DEVELOPMENT INSIGHTS. Access and explore human development data for 191 countries and territories worldwide. <https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks>

- Infarmed. (2013). *Monthly analysis of the pharmaceutical market*. Ανάκτηση από Infarmed: <https://www.infarmed.pt/>
- Kosny, A. M. (2011). The Role of Health Care Providers in Long Term and Complicated Workers' Compensation Claims. *Journal of Occupational Rehabilitation*. doi:doi.org/10.1007/s10926-011-9307-3
- Kroneman, M. (2016). Paying General Practitioners in Europe. Ανάκτηση από NIVEL: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-paying-gp-in%20europe.pdf>
- Litsios, S. (2015). *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Ανάκτηση 2022, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>
- Loudon, I. (2008, February 1). The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *British Journal of General Practice*, σσ. 128–130. doi:10.3399/bjgp08X277113
- OECD. (2012). *Health at a Glance: Europe 2012* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en
- OECD. (2013). GLOSSARY OF STATISTICS TERMS. COLLATERALISED DEBT OBLIGATIONS (CDOS). <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6053>
- OECD. (2022). VALUE-BASED PROVIDERS' PAYMENT MODELS: UNDERSTANDING WHERE AND UNDER WHICH CONDITION THEY WORK. Ανάκτηση από OECD: https://www.g20hub.org/files/OECD_HUB_final%20report_BUNDLED%20PAYMENTS.pdf
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013 OECD INDICATORS*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Plan Of Business. (2020). *Financial and Accounting Advisors. Χρηματοοικονομική μόχλευση και η σημασία της στην κερδοφορία της Οικονομικής οντότητας*. <https://www.planofbusiness.eu/%CF%83%CF%87%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CE%BC%CE%B5-%CE%B5%CE%BC%CE%AC%CF%82>
- Rowley, J., Vander Hoorn, S., Korenromp, E., Low, N., Unemo, M., Abu-Raddad, L. J. and Chico, R. (2019). “Global and regional estimates of the prevalence and incidence of

- four curable sexually transmitted infections in 2016". Bull World Health Organ. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31384073/>
- Sandy Caimcross, H. P. (1997). Vertical health programmes. The Lancet. doi:10.1016/S0140-6736(97)90079-9
- Silberstein S. (2022). What Is a Credit Default Swap (CDS), and How Does It Work?.
- Sripa, P. (2019, March 26). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. British Journal of General Practice, σσ. e294–e303. doi:10.3399/bjgp19X702209
- Theodore M. Brown, E. F. (2019). The World Health Organization: A History. Cambridge University Press. Ανάκτηση από <https://books.google.gr/books?id=kG2MDwAAQBAJ&pg=PA174&lpg=PA174&dq=%E2%80%9CThe+Work+of+WHO+in+1972:+Annual+Report+of+the+Director+General+to+the+World+Health+Assembly,+%E2%80%9D+in+WHO+Official+Records+205,+1973,+Geneva,+WHO+Library.&source=bl&ots=5Cfuuz>
- The World Bank. (2009). The Financial Crisis: Charting a Global Recovery <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2009/06/22/the-financial-crisis-charting-a-global-recovery>
- Tulchinsky, T. H. (2018). Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. Case Studies in Public Health. doi:10.1016/B978-0-12-804571-8.00031-7
- Wallace, L. (2013). A view of health care around the world. Annals of Family Medicine. doi:10.1370/afm.1484
- WHO. (1975). Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries. Ανάκτηση 2022, από World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40076/9241560487.pdf>
- WHO. (2008). *The World Health Report 2008*. Ανάκτηση από World Health Organization: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789241563734_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO. (2010). Declaration of Alma-Ata. Ανάκτηση από World Health Organization: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf
- WHO. (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe*. Ανάκτηση από World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174010>

- WHO. (2019). Report of the Global conference on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ανάκτηση από World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-global-conference-on-primary-health-care-from-alma-ata-towards-universal-health-coverage-and-the-sustainable-development-goals>
- WHO. (2022). Primary health care. Ανάκτηση από World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- WHO. (2022). Primary health care. Ανάκτηση από World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
- World Bank. (2014). Mortality rate, under-5years (per 1,000) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>
- World Bank. International Monetary Fund. (2009). Global Monitoring Report, A Development Emergency. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2625>