



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Εθνική Στρατηγική Υγείας
και Δράσεις του Τομέα Υγείας
στο ΕΣΠΑ 2021 – 2027

Πίνακας Περιεχομένων

1. Επιτελική Σύνοψη	9
2. Εισαγωγή	13
2.1 Ο ρόλος των Ευρωπαϊκών Πολιτικών Υγείας στη διαμόρφωση της Στρατηγικής Υγείας για την περίοδο 2021 - 2027	13
2.2 Συστάσεις εκθέσεων Ευρωπαϊκού Εξάμηνου	17
2.3 Οι Αναγκαίοι Όροι και οι Προϋποθέσεις για την εκπλήρωσή τους	20
3. Υφιστάμενη Κατάσταση του Τομέα Υγείας	23
3.1 Εισαγωγή	23
3.2 Βασικοί Δείκτες Υγείας	26
3.3 Δαπάνες Συστήματος Υγείας	32
3.4 Κατανομή Πόρων στην Υγεία	36
3.5 Διακυβέρνηση του συστήματος Υγείας	44
3.6 Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Υγείας (Unmet Health Needs)	47
3.7 Άλλοι Κρίσιμοι Παράγοντες υφιστάμενης κατάστασης	49
3.8 Σύνοψη Βασικών Συμπερασμάτων ως προς την υφιστάμενη κατάσταση	50
4. Η Εθνική Στρατηγική του τομέα Υγείας & το ΕΣΠΑ 2021-2027	52
4.1 Όραμα	52
4.2 Οι Πολιτικές στον Τομέα Υγείας 2021 – 2027	53
4.2.1 Η πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη Μακροχρόνια Φροντίδα	53
4.2.2 Η πολιτική για την Ψυχική Υγεία	60
4.2.3 Η πολιτική για τη Δημόσια Υγεία	62
4.2.4 Η πολιτική για τις Εξαρτήσεις	69
4.2.5 Η πολιτική για την Ψηφιακή Υγεία	72
4.2.6 Η Διασυνωριακή Πολιτική του τομέα Υγείας	76
4.3 Οι Στρατηγικοί Στόχοι, Άξονες και Δράσεις του Τομέα Υγείας	78
4.3.1. Καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε ολιστικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (ΣΣ 1)	79
4.3.2 Ένα ανθρωποκεντρικό, αποδοτικό, ευέλικτο και εξωστρεφές σύστημα υγείας μέσω σύγχρονης διακυβέρνησης (ΣΣ 2)	83

4.3.3 Αποτελεσματικότητα, βιωσιμότητα, ανθεκτικότητα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας (ΣΣ 3)	85
4.3.4 Ανάπτυξη Ανθρώπινου Κεφαλαίου (ΣΣ 4)	89
4.4 Αντιστοίχιση Στρατηγικών Προτεραιοτήτων με Υπο-Κριτήρια Αναγκαίων Όρων και Στόχους Πολιτικής του ΕΣΠΑ στην ΠΠ 2021 – 2027	90
4.5 Μηχανισμός Υλοποίησης Στρατηγικής	95
4.6 Αξιολόγηση Παλαιών και Σχεδιασμός Προτεινόμενων Δεικτών Πολιτικής Υγείας	96
4.6.1 Αξιολόγηση Δεικτών ΠΠ 2014 – 2020	97
4.6.2 Προτεινόμενοι Δείκτες ΠΠ 2021 – 2027	100
4.7 Προτεινόμενες Μελλοντικές Δράσεις	101
5. Χρηματοδότηση της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2014-2020	102

Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 1. Κατά κεφαλή ΑΕΠ (Ελλάδα & ΕΕ-28)	24
Πίνακας 2: Ποσοστό Ανεργίας στην Ελλάδα (%)	25
Πίνακας 3. Κατανομή πληθυσμού με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος, 2013-2020	30
Πίνακας 4. Μονάδες ΠΦΥ ανά Περιφέρεια	54
Πίνακας 5. Άξονες ΣΣ 1: «Καθολική και Ισότιμη Πρόσβαση σε ολιστικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας»	80
Πίνακας 6. Άξονες ΣΣ 2: «Ένα ανθρωποκεντρικό, αποδοτικό, ευέλικτο και εξωστρεφές σύστημα υγείας μέσω σύγχρονης διακυβέρνησης»	84
Πίνακας 7. Άξονες ΣΣ 3: «Αποτελεσματικότητα, Βιωσιμότητα και Ανθεκτικότητα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας»	86
Πίνακας 8. Άξονας ΣΣ 4: «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Κεφαλαίου»	89
Πίνακας 9 Προτεινόμενος προϋπολογισμός δράσεων Τομέα Υγείας	102
Πίνακας 10 Διαθέσιμοι πόροι με όρους κοινοτικής συνδρομής έργων Υγείας των ΠΕΠ για το ΕΠ 2021-2027 σε δράσεις ΕΚΤ	103
Πίνακας 11 Διαθέσιμοι πόροι με όρους κοινοτικής συνδρομής έργων Υγείας των ΠΕΠ για το ΕΠ 2021-2027 σε δράσεις ΕΤΠΑ	104

Πίνακας Σχημάτων

Σχήμα 1. Θάνατοι λόγω της πανδημίας CoViD-19 ανά 1.000.000 κατοίκους	23
Σχήμα 2. Ποσοστό του πληθυσμού υπό φτώχεια ή υπό τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού	25
Σχήμα 3. Προσδόκιμο ζωής (έτη) κατά τη γέννηση - Ελλάδα & μ.ο. χωρών ΟΟΣΑ	26
Σχήμα 4. Ελλάδα - Γεννήσεις & θάνατοι για τα έτη 1932 – 2020	27
Σχήμα 5. Πρόβλεψη πληθυσμού Ελλάδας & Ποσοστό πληθυσμού 65 ετών και άνω	27
Σχήμα 6. Ποσοστό εξάρτησης πληθυσμού	28
Σχήμα 7. Προβλεπόμενη μέγιστη ηλικία στην εργασία που διατηρεί σταθερό το μέγεθος του ενεργού πληθυσμού, για το έτος 2040	28
Σχήμα 8. Γεννήσεις ανά γυναίκα ανά περιφέρεια, 2008-2010	29
Σχήμα 9. Ελλάδα - Αιτίες θανάτου	29
Σχήμα 10. Ελλάδα - Πληθυσμός με χρόνια προβλήματα υγείας	30

Σχήμα 11. Ετήσιες εκπομπές μικροσωματιδίων PM2.5 ανά κάτοικο	31
Σχήμα 12. Ετήσια μέση συγκέντρωση μικροσωματιδίων PM2.5	31
Σχήμα 13. Μεταβολή της κατά κεφαλή δαπάνης για την υγεία	32
Σχήμα 14. Δαπάνη δημοσίου ως % του ΑΕΠ για φαρμακευτικά και αναλώσιμα σκευάσματα	33
Σχήμα 15. Κατανομή ποσοστιαίας δαπάνης ανά πηγή χρηματοδότησης	34
Σχήμα 16. Ακάλυπτη ανάγκη ιατρικής εξέτασης ανά κατηγορία εισοδήματος,	35
Σχήμα 17. Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων	36
Σχήμα 18. Αριθμός Ειδικευόμενων Ιατρών ανά 1000 κατοίκους	37
Σχήμα 19. Τομείς Εξειδίκευσης Εξασκούμενων Ιατρών	37
Σχήμα 20. Η αναλογία των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα	38
Σχήμα 21. Αριθμός Μονάδων Αξονικών Τομογράφων ανά 100.000 κατοίκους	40
Σχήμα 22. Αριθμός Μονάδων Μαγνητικών Τομογράφων ανά 100.000 κατοίκους	40
Σχήμα 23. Εξετάσεις Μαγνητικής, Αξονικής Τομογραφίας και Εκπομπής Ποζιτρονίων Τομογραφίας	41
Σχήμα 24. Κατανάλωση Αντιβιοτικών Φαρμάκων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα ανά 1.000 κατοίκους	41
Σχήμα 25. Ποσοστό Νοσηλευόμενων Ασθενών με τουλάχιστον μια ανθεκτική λοίμωξη	42
Σχήμα 26. Ποσοστό Μαστογραφίας σε γυναίκες ηλικίας 50-69 στα τελευταία δύο έτη	43
Σχήμα 27. Αυτό-αναφερόμενος έλεγχος- ποσοστό ατόμων ηλικίας 50-74 ετών που έχουν υποβληθεί σε προ-συμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους	44
Σχήμα 28. Συνεισφορά στη Φαρμακευτική Δαπάνη ανά Φορέα (Δημόσια Δαπάνη, Συνεισφορά Βιομηχανίας, Πληρωμές Ασθενών)	46
Σχήμα 29. Αναφορά ακάλυπτων αναγκών ιατρικής εξέτασης και θεραπείας λόγω υψηλού κόστους ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο	48
Σχήμα 30. Αναφορά ακάλυπτων αναγκών ιατρικής εξέτασης και θεραπείας λόγω υψηλού κόστους ανά μορφωτικό επίπεδο	48

Πίνακας Συντομογραφιών

CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Κέντρο Πρόσληψης και Ελέγχου Νόσων)
OoP	Out-of-pocket
RRF	Recovery and Resilience Facility (Μηχανισμός Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας)
SDGs	Sustainable Development Goals (Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης)
SMA	Spiral Muscular Atrophy (Νωτιαία Μυϊκή Ατροφία)
UHC	Universal Health Coverage
WHO	World Health Organization
A.O	Αναγκαίοι Όροι
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΒοΣ	Βοήθεια στο Σπίτι
ΔΑΔ	Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές
ΔΥ	Δημόσια Υγεία
ΕΑΣ	Εθνική Αρχή Συντονισμού
ΕΔΕΠΥ	Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ του Υπουργείου Υγείας
ΕΔΙΤ	Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΑΠΥ	Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας
ΕΚΔΥ	Έκτακτη Κατάσταση Δημόσιας Υγείας
ΕΚΤ	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Ηλεκτρονικού Περιεχομένου
ΕΚΤ+	Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠ-ΜΔΤ	Επιχειρησιακό Πρόγραμμα- Μεταρρύθμιση Δημοσίου Τομέα
ΕΠΠΕΝ	Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών
ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ	Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για άτομα με σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα
ΕΣΑΑ	Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΤΠΑ	Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
Κ.Υ.	Κέντρο Υγείας
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΕΤΕΚΝΥ	Κέντρο Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών

ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
Κοι.Σ.Εν.	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Ένταξης
ΚοιΣΠΕ	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης
ΚΟΜΥ	Κινητές Ομάδες Υγείας
Μ.Ε.Θ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία
ΟΔΚ	Ομογενής Διαγνωστική Κατηγορία (Diagnostics Related Group-DRGs)
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΧΠΥ	Ομάδα Χάραξης Πολιτικής Υγείας
ΠΑΑΥΠΑ	Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περιθαλψης Αλλοδαπού
ΠΔΕ	Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας
ΠΕΔΙΤΟΨΥ	Περιφερειακή Διεύθυνση Τομέων Ψυχικής Υγείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΠ	Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα
ΠΚ	Πολυδύναμο Κέντρο
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠ	Προγραμματική Περίοδος
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΔΙΤ	Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα
ΣΠ	Στόχος Πολιτικής
ΣΣ	Στρατηγικοί Στόχοι
ΤΑΑ	Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΟΜΥ	Τοπική Ομάδα Υγείας
ΤΟΨΥ	Τομείς Ψυχικής Υγείας
ΤΠΕ	Τεχνολογία Πληροφορικής κα Επικοινωνιών
ΤΣ	Ταμείο Συνοχής
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΧΕΧ	Χώρος Εποπτευόμενης Χρήσης

1. Επιτελική Σύνοψη

Στη νέα Προγραμματική Περίοδο (ΠΠ), η Υγεία έχει επιβαρυνθεί από την κρίση της πανδημίας CoViD-19, η οποία ακολούθησε τη δεκαετή οικονομική κρίση και την αυστηρή δημοσιονομική προσαρμογή στον τομέα της Υγείας. Στην παρούσα μελέτη αναπτύσσονται η **Εθνική Στρατηγική και οι Δράσεις του τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2021 – 2027** ως επικαιροποίηση της αντίστοιχης στρατηγικής που είχε αναπτυχθεί από την Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ του Υπουργείου Υγείας (ΕΔΕΥΠΥ) το 2016, ενώ αποτελεί λογική συνέχεια της Αποτίμησης και Αξιολόγησης του Στρατηγικού Σχεδίου του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014 – 2020 και επιμέρους σημείων αυτού που ανέπτυξε ο σύμβουλος της ΕΔΕΥΠΥ. Το εν λόγω κείμενο δρα συμπληρωματικά των προηγούμενων και συνοπολογίζει τις βελτιώσεις που προτάθηκαν αναφορικά με την προηγούμενη ΠΠ και σχεδιάζει μία στρατηγική με μελλοντικές βλέψεις η οποία είναι ευθυγραμμισμένη με ευρωπαϊκούς στόχους, ενώ λαμβάνει υπόψη και διδάγματα του παρελθόντος για την επιτάχυνση μέτρων πολιτικής με στόχο την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας των πολιτών.

Σκοπός του παρόντος κειμένου είναι η αποτύπωση της στρατηγικής και η διαμόρφωση προτάσεων σχεδίων δράσεων και δράσεων προσαρμοσμένων στους παράγοντες που επηρεάζουν την υφιστάμενη κατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας. Από την αξιολόγηση του Στρατηγικού Σχεδίου της προηγούμενης ΠΠ προέκυψαν κάποιοι βασικοί παράγοντες οι οποίοι πρέπει να αντιμετωπιστούν προσεκτικά προκειμένου να διαμορφωθεί ένα νέο πλαίσιο για τα έργα της επερχόμενης ΠΠ και να ξεπεραστούν ειδικότερα τρεις αγκυλώσεις του παρελθόντος (βλ. τα παρακάτω σημεία α-γ): α) Έπειτα από ανάλυση των δεδομένων από τα έργα της ΠΠ 2014-2020 προέκυψαν αδυναμίες που πρέπει να αντιμετωπιστούν από την αρχιτεκτονική του ΕΣΠΑ όσον αφορά την τεχνική βοήθεια που παρέχεται στις επιτελικές Δομές για την εκτέλεση των έργων, η οποία απουσιάζει και χρήζει περαιτέρω ενίσχυσης προκειμένου να διασφαλιστεί η ολοκληρωμένη υλοποίηση των έργων, β) Συμπληρωματικά, στο παρελθόν απουσίαζαν δράσεις σχεδιασμού δημοσιότητας και επικοινωνίας, γεγονός που μειώνει την απήχηση των δράσεων και δεν ενημερώνει επαρκώς τους πιθανούς λήπτες των υπηρεσιών υγείας γι' αυτές, γ) Σημαντικότερο σημείο που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι την προηγούμενη ΠΠ σημειώθηκε κατακερματισμός της διαχείρισης της εφαρμογής των πολιτικών σε διάφορους τομείς με σημαντικότερο αυτόν της Ψυχικής Υγείας, στον οποίο λόγω της ένταξης και διαχείρισης των εν λόγω έργων από τα επιμέρους Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (ΠΕΠ), παρουσιάστηκαν φαινόμενα διαφορετικού χρονισμού των δράσεων, δυσχεραίνοντας την εφαρμογή μίας ενιαίας στρατηγικής σε εθνικό επίπεδο. Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι παρόλα αυτά, κάποιες εθνικής εμβέλειας πολιτικές υγείας οι οποίες χρηματοδοτήθηκαν μέσα από ένα επιχειρησιακό πρόγραμμα με ενιαία διαχείριση και δη το ΕΠ-ΜΔΤ, υλοποιήθηκαν με επιτυχία - χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ΤΟΜΥ και οι Κινητές Ομάδες ΕΟΔΥ.

Η παρούσα στρατηγική έχει καταρτιστεί μεσούσης της παγκόσμιας πανδημίας CoViD-19, η οποία αποτελεί ένα οικουμενικό πρόβλημα το οποίο πλήττει όλες τις χώρες διεθνώς, χωρίς εξαιρέσεις, ενώ έχει επιφέρει απρόβλεπτες πιέσεις στα συστήματα υγείας καθώς και στο ανθρώπινο δυναμικό των συστημάτων υγείας. Ωστόσο διαφάνηκε ότι επηρεάστηκαν λιγότερο χώρες οι οποίες συνδυάζουν ταυτόχρονα ένα οργανωμένο κοινωνικό κράτος με σύστημα υγείας το οποίο προσφέρει καθολική πρόσβαση, αποτελεσματικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και επιδημιολογικής επιτήρησης, μικρότερες οικονομικές, γεωγραφικές και κοινωνικές ανισότητες και ανταπόκριση της Πολιτείας στις πιεστικές ανάγκες της πανδημίας με άμεση λήψη αναγκαίων μέτρων. Λόγου χάρη μία από τις χώρες που έχει διαχειριστεί με επιτυχία την πανδημία CoViD-19

είναι η Νέα Ζηλανδία, χώρα της οποίας το εθνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από καθολική υγειονομική κάλυψη μέσω ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας που χρηματοδοτείται κυρίως από το δημόσιο τομέα και διαχειρίζεται περιφερειακά (Πηγή: Lowy Institute). Τα παραπάνω υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης των υπηρεσιών επιδημιολογικής επιτήρησης και ενδυνάμωσης του μηχανισμού διαχείρισης κρίσεων Δημόσιας Υγείας και στη χώρα μας.

Επιπλέον, η σχεδιαζόμενη στρατηγική λαμβάνει υπόψη πολλαπλές Διεθνείς και Ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες οι οποίες αναπτύχθηκαν και ως απάντηση της πανδημίας CoViD-19 και καθορίζουν τη στρατηγική υγείας της Ένωσης - όπως το **EU4Health**, το **Next Generation EU** (το οποίο δίνει έμφαση σε δράσεις ανθεκτικότητας και μετριασμού μελλοντικών εξάρσεων / υγειονομικών κρίσεων). Λαμβάνονται υπόψη πρωτοβουλίες όπως το **Child Guarantee** που αφορά τη δημιουργία μίας Ευρωπαϊκής Εγγύησης με σκοπό να διασφαλίσει ότι κάθε παιδί που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού έχει ανοιχτή πρόσβαση σε βασικά δικαιώματα όπως η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση αλλά και η **προώθηση της υγιούς και ενεργούς γήρανσης του πληθυσμού**. Κατευθυντήριες οδηγίες όπως αυτές των Ηνωμένων Εθνών σχετικά με τους **Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDGs)**, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) ειδικότερα όσον αφορά τις αρχές του **Universal Health Coverage (UHC)** καθώς και του **EU Digital Compass** το οποίο δίνει προτεραιότητα στην ψηφιοποίηση όλων των τομέων πολιτικής – συμπεριλαμβανομένου αυτού της υγείας, έχουν επίσης ληφθεί υπόψη.

Εν γένει, οδηγό για τη νέα Στρατηγική αποτελεί ο **Στόχος 4 της Πολιτικής Συνοχής της ΕΕ** για την περίοδο 2021-2027, ο οποίος εστιάζει στην υγεία και αναφέρεται σε **μια πιο κοινωνική Ευρώπη που στηρίζει την ποιοτική απασχόληση, την εκπαίδευση, τις δεξιότητες, την κοινωνική ένταξη και την ίση πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας**.

Η ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης του εθνικού συστήματος υγείας ανέδειξε **πολλαπλά σημεία** τα οποία χρήζουν βελτίωσης προκειμένου να ολοκληρωθούν ορισμένες εκ των δράσεων από την προηγούμενη ΠΠ αλλά και να ενισχυθούν συμπληρωματικά μέσω της νέας Στρατηγικής. Πρωταρχικά, η πανδημία έδρασε καταλυτικά ως «επιταχυντής» ψηφιοποίησης πολλών πράξεων ως ένα αναγκαίο μέτρο για την κοινωνική αποστασιοποίηση, ενώ εστράφη η προσοχή του συστήματος υγείας στην προάσπιση της υγείας του πληθυσμού αλλά και την άμεση ενίσχυση των υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού για την αντιμετώπιση της κρίσης. Η χώρα μας κατάφερε να αντιμετωπίσει με επιτυχία το πρώτο κύμα της πανδημίας και μέσω διαρθρωτικών κινήσεων πέτυχε να ενισχύσει σημαντικά το σύστημα υγείας τόσο σε κλίνες Μ.Ε.Θ όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό. Πολλαπλές δράσεις αντιμετώπισης όπως οι κινητές μονάδες του ΕΟΔΥ ενεργοποιήθηκαν άμεσα και επιτέλεσαν το έργο τους με μεγάλη επιτυχία, οι εμβολιασμοί δρομολογήθηκαν με γοργούς ρυθμούς μέσω της διασύνδεσης των ραντεβού και της υπηρεσίας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα ενισχύθηκαν σημαντικά με επικουρικό προσωπικό. Παράλληλα από όσους θα νοσήσουν από τον ιό SARS-CoV-2, τη μεγαλύτερη πιθανότητα σοβαρών επιπτώσεων ή/και θανάτου παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, οι πάσχοντες από σοβαρά υποκείμενα νοσήματα και οι κοινωνικά ευάλωτοι άνθρωποι και πληθυσμιακές ομάδες. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί πως η πανδημία είναι περίπου τρεις φορές πιο φονική από την εποχιακή γρίπη παρόλα αυτά, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος παραμένουν τα κυρίαρχα νοσήματα. Είναι ενδεικτικό πως από τους 120.000 θανάτους που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας, περίπου 45.000 θάνατοι οφείλονται στα καρδιαγγειακά και περίπου 30.000 στον καρκίνο. Συμπληρωματικά, γηγενή χαρακτηριστικά προβλήματα όπως η γήρανση του πληθυσμού και η

παράλληλη νοσηρότητα από χρόνιες παθήσεις εκτιμάται ότι θα επιβαρύνουν σημαντικά το σύστημα υγείας μελλοντικά και το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης βραχυπρόθεσμα προκειμένου να υποστηριχθεί ο πληθυσμός που ανήκει στις ηλικιακές ομάδες των 65 και άνω. Διεθνώς, ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων κινδυνεύει να πεθάνει από την «παραμέληση» άλλων, εξίσου σοβαρών της πανδημίας νόσων καθώς τα συστήματα υγείας των χωρών και ιδιαίτερα οι δημόσιες και δωρεάν υπηρεσίες υγείας τείνουν από το Μάρτιο του 2020 να ασχολούνται σχεδόν αποκλειστικά με την αντιμετώπιση της πανδημίας, δημιουργώντας ακόμα και μεγάλες λίστες αναμονής στον προγραμματισμό χειρουργείων. Επιπρόσθετα, προβλέπεται αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στην επόμενη δεκαετία λόγω καρδιαγγειακών νόσων, καρκίνου, μεταβολικού συνδρόμου και άλλων σοβαρών νόσων, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών.

Παράλληλα, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από υπέρμετρες ιδίες/ άμεσες πληρωμές (Out-of-Pocket Expenses) στις οποίες προβαίνουν κατά βάση η πλειοψηφία των ασθενών. Η νέα στρατηγική διατηρεί τον ακρογωνιαίο λίθο της παλαιάς και διασφαλίζει μέσω ανθρωποκεντρικού σχεδιασμού την καθολική πρόσβαση και τη μείωση των ανισοτήτων προκειμένου να εξασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και να εξαλειφθούν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες (unmet health needs). Τονίζεται ότι ήδη κατά την προηγούμενη ΠΠ, η καθολική υγειονομική κάλυψη εδραιώθηκε με τον νόμο 4368/2016, βάσει του οποίου καθιερώθηκε η μηδενική συμμετοχή σε φάρμακα υψηλού κόστους και το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις, ενώ τέθηκαν οι βάσεις για την έναρξη των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα.

Τέλος, μία πρόκληση και ένας σημαντικός παράγοντας που παρεμποδίζει την εφαρμογή του σχεδιασμού της ΠΦΥ και ειδικότερα των Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (ΤΟΜΥ, ΚΟΜΥ), αποτελεί η έλλειψη γενικών ιατρών αλλά και νοσηλευτών στη χώρα μας, με υπερπροσφορά των εξειδικευμένων ειδικοτήτων. Προς ενίσχυση της ΠΦΥ, η παρούσα στρατηγική εστιάζει και σε δράσεις αντιμετώπισης των προκλήσεων της διοίκησης (προσέγκυση, εκπαίδευση, ανάπτυξη) του ανθρώπινου δυναμικού.

Η νέα Στρατηγική του Τομέα Υγείας όπως σχεδιάστηκε, στοχεύει στην αντιμετώπιση των προκλήσεων του τομέα και για την ΠΠ 2021 – 2027 απαρτίζεται από **4 Στρατηγικούς Στόχους (ΣΣ), 19 Άξονες και 86 Δράσεις**. Ο **1^{ος} Στρατηγικός Στόχος** αφορά στην εξασφάλιση της **καθολικής πρόσβασης** σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και στην **εξάλειψη των εμποδίων πρόσβασης** μέσω ενίσχυσης της ΠΦΥ, σχεδιασμού της πολιτικής για την Ψυχική Υγεία και την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων καθώς και την αναβάθμιση της ετοιμότητας και ανταποκρισιμότητας του ΕΣΥ. Ο **2^{ος} Στρατηγικός Στόχος** αναφέρεται στο σχεδιασμό ενός συστήματος με **ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα** το οποίο θα διέπεται από ορθότερη και διαφανή διακυβέρνηση, θα χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια, θα αξιοποιεί τα δεδομένα που θα συλλέγει καθώς και τα προϊόντα έρευνας που παράγει και θα δημιουργεί δικλίδες ασφαλείας απέναντι σε επερχόμενες εξάρσεις. Ο **3^{ος} Στρατηγικός Στόχος** αφορά στην **αποτελεσματικότητα, βιωσιμότητα και ανθεκτικότητα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας** μέσω της βελτίωσης της ετοιμότητας των πολιτών έναντι κινδύνων για την υγεία και την ενσωμάτωση του προσυμπτωματικού ελέγχου στον πυρήνα του ΕΣΥ. Ο **4^{ος} Στρατηγικός Στόχος** στοχεύει στην **ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου** του εθνικού συστήματος υγείας μέσω και στοχευμένων επενδύσεων σε υποδομές και εξοπλισμό για την ενίσχυσή του.

Δεδομένης της ενισχυμένης παροχής χρηματοδότησης για προγράμματα υγείας τα επόμενα χρόνια (~€2,5 δισ.), τόσο μέσω του ΕΣΠΑ όσο και μέσω του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (ΤΑΑ), προκύπτουν ανάγκες για τη σαφή οριοθέτηση των δράσεων. Λαμβάνοντας υπόψη τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, τον κατακερματισμό διαχείρισης εθνικών πρωτοβουλιών και μέτρων πολιτικής στην εφαρμογή τους που χαρακτήριζε την προηγούμενη ΠΠ, την ανάγκη ενσωμάτωσης της υγείας σε όλες τις πολιτικές (**Health in all Policies**) αλλά και το πολύπλοκο οικοσύστημα υγείας που οδηγεί σε πολλαπλούς εμπλεκόμενους να συμμετέχουν στο σχεδιασμό και υλοποίηση των δράσεων, δημιουργείται η ανάγκη για ένα ενιαίο **Μηχανισμό Υλοποίησης Στρατηγικής**, ο οποίος θα εντάσσεται στο Υπουργείο Υγείας και θα αναλάβει έναν εποπτικό ρόλο, συντονίζοντας τις επιμέρους λειτουργίες και τους εμπλεκόμενους φορείς με σαφείς προτεραιότητες και μεριμνώντας για την αποφυγή επικαλύψεων ανάμεσα στις επιμέρους συγχρηματοδοτούμενες δράσεις (ΕΣΠΑ, ΤΑΑ). Απώτερος στόχος του Μηχανισμού Υλοποίησης Στρατηγικής θα είναι η απρόσκοπτη υλοποίηση της παρούσας στρατηγικής, καθώς η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τομείς πολιτικής οποιασδήποτε σύγχρονης κοινωνίας με άμεση επίπτωση τόσο στην ποιότητα ζωής των πολιτών όσο και στην οικονομική ανάπτυξη μίας χώρας.

2. Εισαγωγή

Η κατάσταση της υγείας των μεμονωμένων πολιτών, των οικογενειών, των κοινοτήτων και κατ' επέκταση συλλογικά ολόκληρου του πληθυσμού αποτελεί κύριο παράγοντα για την οικονομική ευημερία και την κοινωνική εξέλιξη μίας χώρας. Οι επενδύσεις στον τομέα της Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τη βελτίωση των οικονομικών του τομέα υγείας, με απώτερες προεκτάσεις και στην ευρύτερη οικονομική ανάπτυξη. Η διασφάλιση της υγείας ωθεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής, στην αξιοποίηση ευκαιριών οικονομικής ανάπτυξης και υψηλών επιπέδων παραγωγικότητας. Η πνευματική και σωματική ευεξία αποτελούν προϋπόθεση για υψηλή παραγωγικότητα σε ατομικό επίπεδο, ενώ συνολικά η βελτιωμένη υγεία του πληθυσμού δύναται να ενισχύσει την κοινωνική ευημερία και την μακροοικονομική σταθερότητα μίας χώρας. Οι επαρκείς επενδύσεις στον τομέα της Υγείας μπορούν να θωρακίσουν τη βιωσιμότητα ενός συστήματος υγείας, επηρεάζοντας θετικά κατά αυτόν τον τρόπο τη συνολική ανταγωνιστικότητα μίας χώρας. Το παραπάνω τονίστηκε και από την Επίτροπο Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων της ΕΕ κα Στέλλα Κυριακίδου, μιλώντας στη Σύνοδο των Υπουργών Υγείας των G20 όπου ανέφερε χαρακτηριστικά πως «*οι δαπάνες για την υγεία είναι επένδυση για το μέλλον και όχι κόστος*», προσθέτοντας πως είναι σημαντικό τα συστήματα υγείας να επενδύσουν στο ανθρώπινο δυναμικό τους και να αντιμετωπίσουν τις ελλείψεις σε καλά εκπαιδευμένους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Σημ: ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι παγκοσμίως θα χρειαστούν έως 18 εκατομμύρια περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έως το 2030, κυρίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος), με γνώμονα την εξάλειψη ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα με ειδικό σχεδιασμό για τις ευάλωτες ομάδες και την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η ίδια επισήμανε πως η πρόληψη, η ετοιμότητα και η αντιμετώπιση της πανδημίας πρέπει να συνεχίσουν να αποτελούν παγκόσμια προτεραιότητα για τις χώρες G20.

Επιπρόσθετα, ελκυστικές για τη μετεγκατάσταση πολιτών από τα αστικά κέντρα στην περιφέρεια αλλά ακόμα και η προσέλκυση ταλέντου από το εξωτερικό (π.χ. ψηφιακοί νομάδες) είναι οι περιοχές οι οποίες προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, καθιστώντας την υγεία ως ένα καθοριστικό παράγοντα επιλογής του τόπου κατοικίας.

Συμπερασματικά, ο κλάδος της υγείας αποτελεί ένα πολυδιάστατο, δυναμικό οικοσύστημα το οποίο επηρεάζει σημαντικά την οικονομική ανάπτυξη μίας χώρας και χρήζει προσεκτικού σχεδιασμού και επαρκούς χρηματοδότησης προκειμένου να διασφαλιστεί η υγεία του πληθυσμού και να αξιοποιηθούν οι ευκαιρίες οικονομικής ανάπτυξης.

2.1 Ο ρόλος των Ευρωπαϊκών Πολιτικών Υγείας στη διαμόρφωση της Στρατηγικής Υγείας για την περίοδο 2021 - 2027

Η προώθηση της υγείας και η πρόληψη ασθενειών με σκοπό την αποφυγή της νοσηλείας ατόμων σε νοσοκομεία αποτελεί κύριο παράγοντα για τη **βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας** και τη **βελτίωση της ποιότητας ζωής** στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Για τις σύγχρονες ευρωπαϊκές κοινωνίες είναι ξεκάθαρο πως ο στρατηγικός σχεδιασμός της Πολιτικής για την Υγεία χρήζει της ταυτόχρονης συνεργασίας όλων των αρμόδιων θεσμών και φορέων για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την αποφυγή κινδύνων για τη σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία αλλά και την πρόληψη της ασθένειας με την ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών της. Ο πολυμερισμός των δράσεων από πολλούς φορείς, αποτελεί μία από τις κύριες κατευθύνσεις των σύγχρονων πολιτικών Υγείας. Ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας της

προάσπισης της υγείας και ο σύνθετος σχεδιασμός ενός συστήματος στο οποίο επιδρούν όλες οι πολιτικές απαιτεί ενιαίο διατομεακό σχεδιασμό. Τα τελευταία έτη έχει αναδειχθεί η ύπαρξη μίας κοινωνικής διαβάθμισης στην υγεία (Social gradient in health) που διατρέχει ολόκληρο το κοινωνικοοικονομικό φάσμα. Η κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία σημαίνει ότι οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία δεν αποτελούν «προνόμιο» μόνο των ευάλωτων / ευπαθών πολιτών και ομάδων του πληθυσμού αλλά επηρεάζουν τον καθένα, φυσικά με μεγαλύτερη ένταση και βαρύτερες συνέπειες να πλήττουν τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Συνεπώς, η εστίαση αποκλειστικά στους πιο μειονεκτούντες πολίτες και πιο μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού δεν θα μειώσει επαρκώς τις ανισότητες στην υγεία. Για να μειωθεί, δε, η έντονη κοινωνική διαβάθμιση και οι ανισότητες στην υγεία, αντί της επικέντρωσης της παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες, έχει προταθεί η λογική της **Αναλογικής Καθολικότητας (Proportionate Universalism)**¹ των παρεμβάσεων, σύμφωνα με την οποία «οι δράσεις πρέπει να είναι καθολικές αλλά με κλίμακα και ένταση ανάλογη με το επίπεδο των μειονεκτημάτων (της «ευαλωτότητας»)). Δεδομένης της πολυπλοκότητας της διατήρησης της υγείας, η υιοθέτηση της αρχής «Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές» (**Health in All policies όπως διατυπώνεται από το Π.Ο.Υ.** κρίνεται επιτακτική προκειμένου να προσεγγιστεί ολιστικά ο σχεδιασμός των πολιτικών. Σε άμεση σχέση με την ενσωμάτωση της υγείας σε όλες τις πολιτικές, βρίσκεται η εμπειρία που προέκυψε από τη διαχείριση της πανδημίας CoViD-19 αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα μίας πολύπλευρης προσέγγισης με γνώμονα τη διατήρηση της υγείας σε όλα τα επίπεδα. Η πανδημία ανέδειξε την αναγκαιότητα για την υιοθέτηση της συγκεκριμένης πρακτικής λόγω της εμφάνισης πολλαπλών αδυναμιών στα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Η οριζόντια, συνεργατική διαχείριση της υγείας του πληθυσμού είναι πλέον αναγκαία και αναδείχθηκε ως παράγοντας επιτυχίας σε χώρες στις οποίες ήταν ήδη δομημένη.

Η πανδημία ανέδειξε την αναγκαιότητα για την ενίσχυση, αναβάθμιση και προετοιμασία των συστημάτων υγείας για ανθεκτικότητα σε μελλοντικές κρίσεις. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έκρινε απαραίτητο τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας (resilience) σε περιόδους κρίσης. Για τους παραπάνω λόγους δημιουργήθηκαν νέα προγράμματα / χρηματοδοτικά εργαλεία με πληθώρα οικονομικών πόρων να διατίθενται για τη βελτίωση των συστημάτων τα οποία σχεδιάστηκαν εκ νέου με έμφαση στο μετριασμό μελλοντικών εξάρσεων.

Το πρόγραμμα **EU4Health** αποτελεί ένα νέο πρόγραμμα που έχει τώρα σημαντικά μεγαλύτερο προϋπολογισμό από αυτόν του προηγούμενου προγράμματος υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και αποτελεί τη φιλόδοξη απάντηση της ΕΕ έναντι της πανδημίας. Η πανδημία έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ασθενείς, το ιατρικό προσωπικό και τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη και για αυτό το σκοπό το νέο πρόγραμμα EU4Health περιλαμβάνει θέματα αντιμετώπισης της τρέχουσας κρίσης αλλά εστιάζει και στη βελτίωση της ανθεκτικότητας των εθνικών συστημάτων υγείας των χωρών της ΕΕ. Παρά τη σημαντική ανάπτυξή του, το πρόγραμμα EU4Health αντιπροσωπεύει μόνο ένα μέρος της χρηματοδότησης που διατίθεται σε επίπεδο ΕΕ που θα μπορούσε ενδεχομένως να εφαρμοστεί για επενδύσεις στην υγεία και την ευημερία και για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας σε ολόκληρη την ΕΕ. Το πρόγραμμα θα παράσχει χρηματοδότηση €9,4 δισ. σε κράτη μέλη, σε οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας και σε ΜΚΟ, προκειμένου να ενισχύσει τα συστήματα υγείας, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν επιδημίες, καθώς και μακροπρόθεσμες προκλήσεις. Σύμφωνα με το σχετικό κανονισμό, το πρόγραμμα θα επικεντρωθεί και στον ψηφιακό μετασχηματισμό των συστημάτων υγείας, με έμφαση την πρόληψη νόσων και την εξατομικευμένη υγεία και

¹ Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review). Institute of Health Equity. 30 May 2018

περίθαλψη καθώς και στη χρήση ψηφιακών εργαλείων για την ενδυνάμωση των πολιτών αλλά και την περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή, τηρουμένων των κανόνων προστασίας δεδομένων. Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων δημιουργώντας επάρκεια ιατρικών προμηθειών και εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας που μπορούν να κινητοποιηθούν για την αντιμετώπιση κρίσεων σε όλη την ΕΕ. Το πρόγραμμα επίσης θα υλοποιήσει τη διάθεση φαρμάκων και ιατρικών συσκευών με προσιτό και οικονομικό τρόπο ενώ θα προωθεί τη συνετή και αποτελεσματική χρήση των αντιβιοτικών καθώς και την προώθηση της έρευνας και της καινοτομίας με τρόπους φιλικούς για το περιβάλλον (green manufacturing).

Ο μακροπρόθεσμος προϋπολογισμός της ΕΕ, σε συνδυασμό με το **NextGenerationEU**, το προσωρινό μέσο που έχει σχεδιαστεί για την ενίσχυση της ανάκαμψης της Ευρώπης, θα είναι το μεγαλύτερο πακέτο τόνωσης που χρηματοδοτήθηκε ποτέ μέσω του προϋπολογισμού της ΕΕ. Συνολικά €1,8 τρισ. (σε τιμές 2018) θα βοηθήσουν στην ανοικοδόμηση μίας Ευρώπης μετά την πανδημία CoViD-19. Θα αναπτυχθεί μία πιο πράσινη, πιο ψηφιακή και πιο ανθεκτική Ευρώπη. Σύμφωνα με την πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, βάσει του Πολυετούς Δημοσιονομικού Πλαισίου, στη χώρα μας κατανέμονται €19,2 δισ. για το 2021-2027 έναντι €17,8 δισ. για το 2014-2020, δηλαδή, αύξηση των πόρων από την Πολιτική Συνοχής κατά €1,4 δισ. (+8%), σε σχέση με την τρέχουσα δημοσιονομική περίοδο. Το **Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο+ (ΕΚΤ+)** θα χρηματοδοτήσει €5,2 δισ. μαζί με το **Ταμείο Συνοχής (ΤΣ)**, το οποίο θα χρηματοδοτήσει €3,6 δισ., αποσκοπούν στην υποστήριξη ευάλωτων ομάδων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ενώ το **Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ)**, το οποίο θα χορηγήσει €10,2 δισ. αποσκοπεί στη βελτίωση των περιφερειακών υποδομών υγείας. Το ΕΚΤ+ περιλαμβάνει πιο συγκεκριμένους, σχετιζόμενους με την υγεία στόχους, όπως: ενεργή και υγιή γήρανση, ψηφιοποίηση και εγγραμματοσύνη, πρόσβαση σε ποιοτικές, βιώσιμες, αποτελεσματικές και προσιτές υπηρεσίες και την αποτελεσματικότητα και ανθεκτικότητα της Υγείας, της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Επιπλέον στη χώρα θα διατεθούν συνολικοί πόροι ύψους ~€31 δισ. (~€18 δισ. σε επιχορηγήσεις και ~€12,7 δισ. σε δάνεια) από το **Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας**, το οποίο μεταξύ άλλων υπό τον άξονα «3.3: Ενίσχυση της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας του συστήματος υγείας» θα χρηματοδοτήσει επενδύσεις και μεταρρυθμίσεις σχετιζόμενες με το χώρο της υγείας ύψους €1,5 δισ.

Επιπλέον πρέπει να αναφερθεί το πρόγραμμα **Digital Compass** το οποίο θέτει στόχους για την επίτευξη του οράματος της ΕΕ για το ψηφιακό μέλλον μέχρι το 2030. Χρησιμοποιεί τα τέσσερα σημεία της «πυξίδας» για να προσδιορίσει τους κύριους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν κατά την επόμενη δεκαετία: ένας ψηφιακά ειδικευμένος πληθυσμός και ψηφιακά επαγγελματίες υψηλής εξειδίκευσης, ασφαλείς και ουσιαστικές ψηφιακές υποδομές, ψηφιακός μετασχηματισμός επιχειρήσεων και ψηφιοποίηση του δημόσιου τομέα.

Οι **11 θεματικοί στόχοι της στρατηγικής ΕΕ2020** και κατ' επέκταση της προγραμματικής περιόδου 2014-2020 ενοποιούνται πλέον σε 5 Στόχους Πολιτικής (ΣΠ) για την περίοδο 2021-2027, ενώ αντίστοιχα οι 60 επενδυτικές προτεραιότητες μειώνονται σε 30 ειδικούς στόχους. Οι επενδύσεις όλων των παραπάνω ταμείων θα στηριχθούν επάνω στους παρακάτω ΣΠ:

1. Μία **έξυπνότερη Ευρώπη** μέσω της προώθησης του καινοτόμου και έξυπνου οικονομικού μετασχηματισμού
2. Μία **πιο πράσινη Ευρώπη** με χαμηλές εκπομπές άνθρακα μέσω της προώθησης της μετάβασης σε καθαρές μορφές ενέργειας, των πράσινων και μπλε

επενδύσεων, της κυκλικής οικονομίας, της προσαρμογής στην κλιματική αλλαγή, της πρόληψης και της διαχείρισης κινδύνων

3. Μία **πιο διασυνδεδεμένη Ευρώπη** μέσω της ενίσχυσης της κινητικότητας και των περιφερειακών διασυνδέσεων ΤΠΕ
4. Μία **πιο κοινωνική Ευρώπη** μέσω της υλοποίησης του ευρωπαϊκού πυλώνα κοινωνικών δικαιωμάτων
5. Μία **Ευρώπη πιο κοντά στους πολίτες της**, μέσω της προώθησης της βιώσιμης και ολοκληρωμένης ανάπτυξης των αστικών, αγροτικών και παράκτιων περιοχών, καθώς και μέσω της στήριξης τοπικών πρωτοβουλιών

Η πλειονότητα των παρεμβάσεων που σχεδιάζονται για τον τομέα της Υγείας εντάσσονται κυρίως στο **Στόχο Πολιτικής 4**. Σύμφωνα με το 1ο άτυπο Σχέδιο του ΕΣΠΑ 2021-2027, κεντρικό στόχο για την ελληνική οικονομία στο πλαίσιο του ΣΠ 4 αποτελεί **«μια πιο κοινωνική Ελλάδα μέσω της επένδυσης στο ανθρώπινο δυναμικό και της διασφάλισης ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες και αγαθά»**.

Ο ΣΠ 4, ο κατ' εξοχήν στόχος που σχετίζεται με δράσεις υγείας, υποστηρίζεται από τα ταμεία ΕΚΤ+ και ΕΤΠΑ και οι προτεραιότητες μεταξύ άλλων είναι οι εξής:

- ο εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στην Υγεία, με την ανάπτυξη υποδομών, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης,
- ο ενίσχυση της ίσης και έγκαιρης πρόσβασης σε ποιοτικές, βιώσιμες και οικονομικά προσιτές υπηρεσίες,
- ο εκσυγχρονισμός των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης της πρόσβασης στην κοινωνική προστασία
- ο και η βελτίωση της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων Υγείας και των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας

Συγκεκριμένες δράσεις αποτελούν η εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού στις αποκεντρωμένες μονάδες υγείας όπως επίσης και ο ψηφιακός μετασχηματισμός του συστήματος και οι νέες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Κάτω από την προτεραιότητα 4.iv στο ΕΤΠΑ συγκεντρώνεται η στόχευση για εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με την ανάπτυξη υποδομών συμπεριλαμβανομένης της ΠΦΥ, όπου προβλέπεται η καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Η ενίσχυση της πρόσβασης (accessibility) όλου του πληθυσμού σε μονάδες υγείας προκειμένου να διασφαλιστεί συλλογικά η κατάσταση της υγείας του και να προβλεφθούν μελλοντικές κρίσεις (population health management) αποτελούν κεντρικές γραμμές. Προκειμένου να υλοποιηθεί η καθολική κάλυψη, κύρια προϋπόθεση είναι η τοποθέτηση της ΠΦΥ στο επίκεντρο του δικτύου υγείας στην κοινότητα, με έμφαση στην πρόληψη και στο συνεχές της φροντίδας. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός με την παράλληλη αναβάθμιση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας προσφέρει εκσυγχρονισμένες υπηρεσίες σε ένα αποδοτικότερο σύστημα με επίκεντρο τον ασθενή και προϋπόθεση την έγκαιρη πρόληψη της ασθένειας προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες και να αποσυμφορηθεί το σύστημα. Η τρέχουσα υγειονομική κρίση έδειξε το δρόμο σχεδιασμού για ένα πιο ανθεκτικό σύστημα με την παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας, όπου αυτή είναι υλοποιήσιμη ώστε να εξασφαλιστεί η προάσπιση της δημόσιας υγείας.

Ο ΣΠ 3 υποστηρίζεται από τα ταμεία ΕΤΠΑ και ΤΣ και περιλαμβάνει δράσεις που θα υποστηρίξουν την ανάπτυξη δικτύων τηλεϊατρικής σε νησιωτικές περιφέρειες και ορεινές απόκεντρες περιοχές συμβάλλοντας περαιτέρω στην ενίσχυση της ισότιμης και έγκαιρης

πρόσβασης σε ποιοτικές, υψηλής εξειδίκευσης υπηρεσίες υγείας και τη μείωση των όποιων γεωγραφικών ανισοτήτων.

Ο ΣΠ 1 υποστηρίζεται από το ΕΤΠΑ και είναι ιδιαίτερης σημασίας σε επιχειρήσεις της χώρας στον τομέα της φαρμακοβιομηχανίας οι οποίες διεξάγουν έρευνες και μελέτες για νέα προϊόντα και διαδικασίες. Υποστηρίζει ένα σύστημα υγείας το οποίο πρέπει να αναβαθμίσει εξοπλισμό, διαδικασίες και τις δεξιότητες του προσωπικού μετατρέποντας μονάδες υγείας σε «έξυπνους» οργανισμούς.

Ο ΣΠ 5 υποστηρίζεται από το ΕΤΠΑ και αφορά στην ενίσχυση της συνεργασίας των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης με το Υπουργείο Υγείας σε πολλά επίπεδα όπως στην αναβάθμιση ή κατασκευή νέων υποδομών για εγκατάσταση Κ.Υ., ή άλλων δομών με παροχή κινήτρων για εγκατάσταση ιατρών, συμμετοχή σε προγράμματα ενημέρωσης, στη συν-διοργάνωση δράσεων προαγωγής της υγείας σε κοινοτικό επίπεδο και στην παροχή δυνατοτήτων διαχείρισης της υγείας του πληθυσμού.

Ο ΣΠ 2 υποστηρίζεται από τα ταμεία ΕΤΠΑ και ΤΣ και το σύνολο των επενδύσεων προς μία πιο πράσινη Ευρώπη συμβάλλουν και στην προστασία της δημόσιας υγείας. Αναφέρεται μεταξύ άλλων σε διατομεακή συνεργασία για το πόσιμο νερό, τη διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων, την εκπαίδευση και ενδυνάμωση των πολιτών και των κοινοτήτων για την προστασία τους από περιβαλλοντικούς κινδύνους. Ο ίδιος ΣΠ συνδέεται με δράσεις ενεργειακής αναβάθμισης μονάδων υγείας.

Οι παραπάνω ευρωπαϊκοί στόχοι σε συνδυασμό με τις συστάσεις όσον αφορά τις απαραίτητες παρεμβάσεις για τον τομέα της Υγείας που προκύπτουν από τις εκθέσεις Ευρωπαϊκού Εξαμήνου, προσχεδιάζουν τις προτεινόμενες δράσεις για τη νέα προγραμματική περίοδο.

2.2 Συστάσεις εκθέσεων Ευρωπαϊκού Εξαμήνου

Στις Ευρωπαϊκές Εκθέσεις Εξαμήνου για την Ελλάδα, εντοπίστηκαν πολλαπλές υστερήσεις στον τομέα της Υγείας, οι οποίες οδήγησαν σε αναποτελεσματικές δαπάνες καθώς και σε υψηλά ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες. Λόγω των επίμονων αδυναμιών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ορίζονται συγκεκριμένες συστάσεις για την υλοποίηση δράσεων με στόχο την κάλυψη των εντοπισμένων ανεκπλήρωτων αναγκών. Οι συγκεκριμένες συστάσεις για την υλοποίηση δράσεων, συν-διαμορφώνουν τη στρατηγική πολιτικής του τομέα της Υγείας ως προς τα έργα που χρήζουν υλοποίησης για τα επόμενα χρόνια. Στο πλαίσιο της αναδιαμορφωμένης στρατηγικής της Υγείας, σημαντική σύσταση προς την Ελλάδα αποτελούσε η ανάγκη ενίσχυσης των δομών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ άλλων.

Πριν από την κρίση που επέφερε η πανδημία, η Ελλάδα παρουσίασε πρόοδο στις αναληφθείσες δεσμεύσεις της προς την Ευρωπαϊκή Ένωση, με ρυθμό ελαφρώς πιο αργό από τον προβλεπόμενο, αναφορικά με την περαιτέρω αναδιάρθρωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και την ανάπτυξη νέων μοντέλων υπηρεσιών (family and community based services). Με την υποστήριξη του ΕΚΤ, 127 Τοπικές Ομάδες Υγείας (TOMY) δημιουργήθηκαν σε όλη την επικράτεια. Αυτή η υλοποίηση αντιπροσωπεύει μια σημαντική πρόοδο που απαιτούσε μία κρίσιμη και ιδιαίτερα περίπλοκη παρέμβαση, δεδομένου ότι τις Τοπικές Ομάδες Υγείας στελεχώνουν Οικογενειακοί Ιατροί (Παθολόγοι, Γενικοί Ιατροί και Παιδίατροι), Κοινωνικοί Λειτουργοί Επισκέπτες Υγείας και Νοσηλευτές προσφέροντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής στην τοπική κοινότητα (στις 31/12/2019 στις TOMY απασχολούνταν 317 Οικογενειακοί Ιατροί παρέχοντας κάλυψη σε 650.250 κατοίκους). Η Ελλάδα συνέχισε τις προσπάθειές της για περαιτέρω ανάπτυξη Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των

Κέντρων Υγείας σε ολόκληρη τη χώρα, και αντιμετώπισε την ανάγκη πρόσληψης επιπλέον οικογενειακών γιατρών. Το 2019, η Ελλάδα είχε σημειώσει σημαντική πρόοδο στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης της ΠΦΥ, η οποία υποστηρίζεται επί του παρόντος από κονδύλια της ΕΕ. Το σύστημα των Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (TOMY, KOMY) μπορεί να βελτιώσει την αποδοτικότητα και να εξοικονομήσει χρήματα, μειώνοντας την υπερβολική εξάρτηση από δαπανηρές νοσοκομειακές υπηρεσίες, εξουδετερώνοντας την επίδραση της ζήτησης που προκαλείται από την προσφορά, μειώνοντας τις εισαγωγές στο νοσοκομείο που μπορούν να αποφευχθούν και περιορίζοντας την αδικαιολόγητη χρήση υπηρεσιών φροντίδας έκτακτης ανάγκης. Εκτός από τη δημιουργία μίας σημαντικής μερίδας των πρωτοβάθμιων κέντρων υγειονομικής περίθαλψης επιτεύχθηκε και η ολοκλήρωση σημαντικών μέτρων για την εξασφάλιση κεντρικών προμηθειών υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα ορίστηκε η Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) ως κύριος «αγοραστής», με στόχο την επίτευξη συγκέντρωσης 30% (2020) και 40% (έως τα μέσα 2022) αντίστοιχα, των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών σε κεντρικές συμβάσεις. Ο ορισμός της ΕΚΑΠΥ αποσκοπεί στην αύξηση της αποδοτικότητας σε σχέση με το κόστος, στην ενίσχυση της τεχνικής εμπειρογνομωσύνης και στην αντιμετώπιση του ζητήματος της διαφθοράς και της σπατάλης.

Ο χαμηλός αριθμός γενικών ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με το φαινόμενο της αύξησης του προσδόκιμου ζωής αποτελεί μεγάλη πρόκληση για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Οι προσπάθειες για την πρόσληψη οικογενειακών γιατρών σχεδιάστηκε να πραγματοποιηθεί τον Μάρτιο του 2019, ενώ οι αρμόδιες αρχές ήδη διεξήγαγαν περαιτέρω διαπραγματεύσεις με ιδιωτικούς οικογενειακούς γιατρούς που θα συμπεριληφθούν στον ΕΟΠΥΥ. Με βάση τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σημαντικό στόχο αποτέλεσε η αύξηση του πληθυσμού που είναι εγγεγραμμένος σε οικογενειακό ιατρό στις Μονάδες ΠΦΥ, ωστόσο επετεύχθη αξιοσημείωτη πρόοδος καθώς οι αριθμοί εγγεγραμμένων πολιτών διπλασιάστηκαν από τον Νοέμβριο του 2018. Αναφορικά με τις παρεμβατικές δράσεις για τον έλεγχο της υπερβολικής φαρμακευτικής δαπάνης, η Ελλάδα στοχεύει, βάσει Ευρωπαϊκών πρωτοβουλιών, να ολοκληρώσει την πλήρη αντιστάθμιση και τη συλλογή του clawback για το προηγούμενο ημερολογιακό έτος, έως τον Ιούνιο κάθε έτους. Πλέον βάσει του Ν. 4633 / 2019 δίνεται η δυνατότητα σε φαρμακευτικές εταιρίες να συμψηφίσουν το clawback με τις δαπάνες τους για Έρευνα & Ανάπτυξη (€50εκατ. του clawback του 2019 θα συμψηφιστεί το 2020, €100εκατ. του clawback του 2020 θα συμψηφιστεί το 2021).

Το 2020, η Ελλάδα ενίσχυσε την ετοιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης της πανδημίας καθώς έλαβε εγκαίρως μέτρα. Η ικανότητα εργαστηριακών δοκιμών ενισχύθηκε σύμφωνα με Ευρωπαϊκά πρότυπα, παράλληλα με την επέκταση του δικτύου σημείων δειγματοληψίας. Όσον αφορά το προσωπικό, πραγματοποιήθηκαν 6.000 νέες προσλήψεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του ιού SARS-CoV-2, συμπεριλαμβανομένων ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και άλλου προσωπικού. Επίσης, συμπληρώθηκαν περίπου 1.400 θέσεις μόνιμων ιατρών, οι οποίες θα υποστηρίζονταν από μια πρόσθετη πρόσληψη περισσότερων από 1.200 υγειονομικών, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκόμων και άλλων ειδικοτήτων. Συμβαδίζοντας με δράσεις και πρότυπα της ΕΕ, παράλληλα με την αύξηση του υγειονομικού προσωπικού, οι φυσικές υποδομές των μονάδων ιατρικής περίθαλψης ενισχύθηκαν σημαντικά. Στις αρχές του Οκτωβρίου του 2020, 941 μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ) βρίσκονταν σε λειτουργία, εκ των οποίων 272 ορίστηκαν αποκλειστικά για τη θεραπεία ασθενών που νοσοούν από τον ιό SARS-CoV-2, με στόχο την επίτευξη του μέσου όρου της ΕΕ των 1.200 έως το τέλος του έτους 2020. Σημειώνεται ότι πλέον λειτουργούν 1.400 Μ.Ε.Θ. στη χώρα (Πηγή: ΕΟΔΥ – Μάρτιος 2021) και ο συγκεκριμένος στόχος

υλοποιήθηκε μετά από μια σημαντική ενίσχυση του ΕΣΥ από δημόσιους πόρους αλλά και ιδιώτες δωρητές σε συνδυασμό με τις προσλήψεις επικουρικού προσωπικού, νέου εξοπλισμού αλλά και μετασχηματισμού συμβατικών κλινών σε κλίνες CoViD-19.

Επιπρόσθετα, με τη στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι αρμόδιες Ελληνικές αρχές δεσμεύτηκαν να ολοκληρώσουν ένα νέο νομικό πλαίσιο στο οποίο θα εφαρμοστεί πλήρως και η λειτουργία του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και παράλληλα θα εφαρμοστούν ενισχυτικές δράσεις για την πρόσβαση ευάλωτων ασθενών στην ιατρική περίθαλψη. Παρά τις πρωτόγνωρες συνθήκες έκτακτης ανάγκης που επέφερε η πανδημία, η ανάπτυξη ενός κεντρικού συστήματος προμηθειών για δαπάνες υγείας συνέχισε να υλοποιείται. Οι αρχές προχωρούν προς την κατεύθυνση της υλοποίησης αυτού του στόχου, με ενδιάμεσο στόχο 30% των δαπανών να προμηθεύεται κεντρικά έως το πρώτο τρίμηνο του 2021, στόχος ο οποίος και επετεύχθη. Οι Ελληνικές αρχές συμφώνησαν επίσης να επανεκκινήσουν το παρατηρητήριο τιμών από τον Ιανουάριο του 2021 και να εγκρίνουν το νέο νομικό καθεστώς της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας έως το τέλος του 2020.

Οι μεταρρυθμίσεις που αναφέρονται στις συστάσεις της ΕΕ, είχαν εντατικοποιηθεί τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο προκλήσεις όπως ο κατακερματισμός των παροχών, η καθολική κάλυψη, οι υπερβολικές φαρμακευτικές δαπάνες, οι αναποτελεσματικές προμήθειες και η βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα ακόμα οφείλουν να αντιμετωπιστούν. Π.χ. ο εξορθολογισμός των δαπανών δεν έχει ακόμα επιτευχθεί στον απαραίτητο βαθμό καθώς το 1/3 των δαπανών για την υγεία βαραίνουν τα νοικοκυριά, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ. Η ίση πρόσβαση στη φροντίδα υγείας εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα εν έτει 2021. Παρά την επιδίωξη για καθολική κάλυψη – μέσω της επέκτασης της πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες υγείας σε ανασφάλιστους πολίτες και σε άλλες ευάλωτες κατηγορίες - το 2018, η Ελλάδα είχε ακόμα ένα από τα υψηλότερα επίπεδα αυτό-αναφερόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών για υπηρεσίες υγείας στην ΕΕ.

Ενώ το clawback παρέμεινε υψηλά το 2020, παράλληλα λήφθηκαν μέτρα για τη βελτίωση της είσπραξης του. Οι αρχές υιοθέτησαν νομοθετικά πλαίσια για να επιτρέψουν τη συλλογή του clawback το 2019 για τα φαρμακευτικά προϊόντα και να ξεκινήσουν τη συλλογή του clawback των παρόχων υπηρεσιών υγείας για τα έτη 2018 και 2019. Οι αρχές λαμβάνουν σταδιακά μέτρα για την αντιμετώπιση της υπερκατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας που οφείλονται στην υπερπροσφορά που επιβαρύνει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και αυξάνει την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της θέσπισης πρόσθετων θεραπευτικών πρωτοκόλλων και της ενίσχυσης της έμφασης στη διαπραγμάτευση τιμών. Τα χρονοδιαγράμματα για την ολοκλήρωση της συλλογής του clawback στο πλαίσιο των προτεινόμενων σχεδίων είναι σημαντικά μεγαλύτερα από αυτά που είχαν προβλεφθεί αρχικά, γεγονός που ενδεχομένως να οφείλεται σε προκλήσεις που συνδέονται με την πανδημία.

Το Φεβρουάριο του 2021, η Ελλάδα βάσει δεσμεύσεων προς την Ευρωπαϊκή Ένωση, πέτυχε το στόχο του 30% για την κεντρική προμήθεια δαπανών για υγειονομική περίθαλψη, λαμβάνοντας ταυτόχρονα μέτρα για την επιτάχυνση της είσπραξης του clawback. Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ενός ηλεκτρονικού ιατρικού μητρώου για την ενίσχυση της αποδοτικότητας της χρήσης των υπάρχουσών ηλεκτρονικών εφαρμογών και την ενημέρωση συμφωνημένων προτύπων ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων σε δημόσια (και ιδιωτικά) ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί κύρια προτεραιότητα. Σε συνέχεια της αναβάθμισης της ηλεκτρονικής υγείας, οι τεχνικές προδιαγραφές για την ενημέρωση του ιατρικού φακέλου με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων έχουν ολοκληρωθεί και δύνανται να υλοποιηθούν στο άμεσο μέλλον.

Στα πλαίσια του μηχανισμού Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (RRF), η Ευρωπαϊκή Ένωση, έχει προτείνει κάποιες επιπρόσθετες δράσεις/πρωτοβουλίες για την περαιτέρω αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό του Συστήματος Υγείας. Συγκεκριμένα, μία πρόταση αποτελεί η επέκταση της εφαρμογής του έργου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (2η φάση), για να συμπεριλάβει θεραπευτικά πρωτοκόλλα, ερωτήματα τεχνητής νοημοσύνης, διασύνδεση με πληροφοριακά συστήματα, ενεργοποίηση του ηλεκτρονικού αιτήματος και πρόσβαση σε φάρμακα για όλους τους εξωτερικούς ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Για την ενίσχυση του Συστήματος Υγείας απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ενός εθνικού στρατηγικού πλαισίου πολιτικής για την υγεία και η χαρτογράφηση των αναγκών υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (ΜΦΥ) καθώς και των διαθέσιμων ανθρωπίνων και τεχνικών πόρων. Τέλος, με ευρωπαϊκή υποστήριξη τίθεται αναγκαία η περαιτέρω λήψη μέτρων για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας, της βιωσιμότητας, της προσβασιμότητας και της προσιτής τιμής των υπηρεσιών υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης, καθώς και της προώθησης των υπηρεσιών που αναπτύσσονται στο επίπεδο της κοινότητας.

Όλα τα παραπάνω λαμβάνονται υπόψη ως κατευθυντήριες γραμμές για το πλαίσιο Εθνικής Στρατηγικής Υγείας για την ΠΠ 2021-2027. Η Ελλάδα έχει ήδη σημειώσει σημαντική βελτίωση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά εξακολουθεί και υπάρχει σημαντικό περιθώριο ανάπτυξης. Τα εν λόγω περιθώρια βελτίωσης προκύπτουν και από την ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα που παρουσιάζεται σε επόμενες ενότητες.

2.3 Οι Αναγκαίοι Όροι και οι Προϋποθέσεις για την εκπλήρωσή τους

Για κάθε Στόχο Πολιτικής (ΣΠ) ορίζονται συγκεκριμένοι αναγκαίοι πρόσφοροι όροι οι οποίοι καθορίζουν το πλαίσιο και τις προϋποθέσεις εφαρμογής των εκάστοτε ΣΠ. Οι θεματικοί Αναγκαίοι Όροι (Α.Ο.) ή αλλιώς **«Strategic Policy Framework for Health and Long Term Care»** έχουν εφαρμογή στα προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το ΕΤΠΑ, το ΕΚΤ και το ΤΣ. Η εκπλήρωση των αναγκών όρων συνδέεται άμεσα με την εισροή των κοινοτικών πόρων στη χώρα και την δυνατότητα υποβολής αιτημάτων πληρωμής των κρατών προς την ΕΕ για συγχρηματοδοτούμενα έργα. Συνεπώς, τα έργα που εξαρτώνται από τους αναγκαίους όρους θα υλοποιούνται με αξιοποίηση εθνικών πόρων μέχρι να ικανοποιηθούν επισήμως οι απαιτήσεις που αποτυπώνονται στα επιμέρους υπό-κριτήρια εκπλήρωσης τους, και που οφείλουν να υποστηρίζονται με ανάλογη τεκμηρίωση μέσα από τα κείμενα επιβεβαίωσης της εκπλήρωσης των όρων.

Ως **αναγκαίος όρος 4.6**, για τη χρηματοδότηση των δράσεων Υγείας **απαιτείται από την ΕΕ η «Υπαρξη ενός εθνικού στρατηγικού πλαισίου πολιτικής για την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα»** που περιλαμβάνει τα παρακάτω υπό-κριτήρια που πρέπει να επιτυγχάνονται στην έναρξη και να ισχύουν στη συνέχεια της ΠΠ 2021-2027:

1. Χαρτογράφηση των αναγκών υγείας και των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας (long-term care needs) και με όρους του ιατρικού και λοιπού προσωπικού (και αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού), για να διασφαλισθούν διατηρήσιμα και συντονισμένα μέτρα πολιτικής (*Mapping of health and long-term care needs, including in terms of medical and care staff, to ensure sustainable and coordinated measures*).
2. Μέτρα που θα διασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας αποδοτικές, διατηρήσιμες, προσβάσιμες, προσιτές, υπηρεσίες υγείας που θα συμπεριλαμβάνουν ειδικότερη στόχευση/εστίαση σε άτομα που αποκλείστηκαν από το σύστημα υγείας και όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση. (*2. Measures to*

ensure the efficiency, sustainability, accessibility and affordability of health and long-term care services, including a specific focus on individuals excluded from the health and long-term care systems, including those who are the hardest to reach).

3. Μέτρα που προωθούν υπηρεσίες με βάση την κοινότητα και την οικογένεια, μέσω του από-ιδρυματισμού, συμπεριλαμβάνοντας την πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα και λοιπές υπηρεσίες στην κοινότητα (3. Measures to promote community and family-based services through de-institutionalization).

Όσον αφορά το πρώτο υπο-κριτήριο, η διευκρίνιση του πεδίου της «χαρτογράφησης» σε επίπεδο υποδομών, υπηρεσιών, υγειονομικού προσωπικού και φορέων και στη συνέχεια ο προσδιορισμός και των αναγκών εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού είναι ένα κύριο εναρκτήριο σημείο για την εκπλήρωση του Α.Ο.. Ενέργειες για τη χαρτογράφηση του ανθρωπίνου δυναμικού υγείας βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη στη χώρα και μέσω αυτών θα εξειδικευτεί και η στρατηγική πολιτικής σχετικά με την κάλυψη των ανεκπλήρωτων αναγκών σε επίπεδο προσωπικού και προσφερόμενων υπηρεσιών. Το σύστημα ΒΙ του ΥΥ βρίσκεται ήδη σε θέση να εκδώσει αναφορές για τις υποδομές και δομές υπηρεσιών Υγείας, για το ανθρωπινό δυναμικό στις Δημόσιες Μονάδες Υγείας, στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Σε σύντομο χρονικό διάστημα προβλέπεται να πραγματοποιηθεί επικαιροποίηση στη χαρτογράφηση των υποδομών και προσωπικού της ΠΦΥ στο σύνολο των περιφερειών, λαμβάνοντας υπόψη και τους πόρους των Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας. Μέσω της εφαρμογής Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, καθίσταται δυνατή και η χαρτογράφηση του ιατρικού προσωπικού του ιδιωτικού τομέα. Αναφορικά με τη χαρτογράφηση σε επίπεδο εξοπλισμού, ο ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός Υψηλής Κεφαλαιακής Αξίας των Δημόσιων Δομών δύναται να παρακολουθείται μέσω ενός αρχείου του Τμήματος Βιοϊατρικής του Υπουργείου το οποίο δύναται να ενισχυθεί περαιτέρω.

Τα επί μέρους υπο-κριτήρια 2 και 3, εκπληρώνονται με πληρότητα και σαφήνεια, τόσο μέσα από την επίσημα εκφρασμένη αποστολή του Υπουργείου Υγείας – ως αρμόδιος Φορέας Πολιτικής – όσο και από τα μέτρα και τις πολιτικές που σχεδιάστηκαν και υλοποιούνται προς την ολοκλήρωση του σκοπού και των στόχων, που περιβάλλουν το όραμα της αποστολής του Π.Δ. 121/2017 (ΦΕΚ Α 148/09.10.2017). Ειδικότερα, το ΥΥ μέσω ενός ευρέος νομοθετικού πλαισίου, έχει ήδη διασφαλίσει την εφαρμογή πολιτικών και μέτρων που έχουν στόχο την ενίσχυση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας με καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε αποτελεσματικές, βιώσιμες και οικονομικά προσιτές υπηρεσίες, και με ειδική μέριμνα στον ευάλωτο πληθυσμό, όπως αυτός διαμορφώνεται από το βάρος της ασθένειας και την ανάγκη του για μακροχρόνια φροντίδα, την οικονομική υστέρηση, τη διαβίωση σε απομακρυσμένες και δύσβατες περιοχές, τη γήρανση του πληθυσμού και τη μετακίνηση λόγω πολεμικών συρράξεων και άλλων κρίσεων. Με το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο ενισχύονται και προάγονται:

- Η καθολική και ισότιμη πρόσβαση με ειδική μέριμνα στον ευάλωτο πληθυσμό
- Η ολοκλήρωση της Μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ, (συμπληρωματικές διατάξεις)
- Η ενίσχυση της μακροχρόνιας φροντίδας
- Η ενίσχυση του Μηχανισμού Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Επαγρύπνησης
- Η ενίσχυση του συστήματος Διαχείρισης Κρίσεων Δημόσιας Υγείας
- Η διασύνδεση Υπηρεσιών ΠΦΥ με Δημόσια Υγεία

Μια σειρά από νομοθετικές πρωτοβουλίες του ΥΥ που προωθήθηκαν την τελευταία πενταετία, εισάγουν εθνικές πολιτικές συμβατές με τα απαιτούμενα κριτήρια του ΑΟ. Ειδικότερα, με το Ν.4368/2016, εισάγονται μέτρα για καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας,

συμπεριλαμβανομένης ειδικής στόχευσης σε άτομα αποκλεισμένα από τα συστήματα υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας και σε δύσκολα προσεγγίσιμες ομάδες², ενώ ο Ν.4486/2017 εισάγει και ενισχύει τις αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αναδιαρθρώνει τις δομές παροχής των υπηρεσιών ΠΦΥ, προάγοντας τις υπηρεσίες στην κοινότητα και στην οικογενειακή ιατρική. Επιπρόσθετα, με το Ν.4675/2020 «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις», ορίζεται το πεδίο εφαρμογής της πολιτικής δημόσιας υγείας, ορίζονται οι Αρχές της Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας, ενισχύεται η διασύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθορίζονται επιμέρους δράσεις και προγράμματα για την προαγωγή της υγείας των πολιτών στο πλαίσιο της υλοποίησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, ενώ προβλέπεται και ειδική μέριμνα για Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες (ΕΚΟ). Στο πλαίσιο του σχεδιασμού θεσπίστηκε το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης με την ονομασία «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ», και εξειδικεύτηκε περαιτέρω σε επιμέρους Ειδικά Σχέδια Δράσης, που αντιστοιχούν σε κάθε μία από τις μείζονες προτεραιότητες δημόσιας υγείας.

Σημειώνεται ακόμα ότι στο υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο περιλαμβάνονται μέτρα που προάγουν την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ με σκοπό την προσέγγιση ολιστικής φροντίδας στην Υγεία μέσα από τη λειτουργία τοπικού δικτύου, τη διασύνδεση μεταξύ των βαθμίδων, εργαστηρίων του ΕΣΥ (ΠΦΥ, μακροχρόνια φροντίδα, Ψυχική Υγεία κ.α.) με το σύστημα Πρόνοιας & Κοινωνικής Φροντίδας, προβλέπεται η διασύνδεση Υπηρεσιών της ΠΦΥ με τη Δημόσια Υγεία, η ενίσχυση του Μηχανισμού Επιδημιολογικής Επιτήρησης & Επαγρύπνησης και του συστήματος Διαχείρισης Κρίσεων Δημόσιας Υγείας. Τέλος, η αποασυλοποίηση των ΛΥΨΥ είναι μια εφαρμοσμένη μεταρρύθμιση σύμφωνα με τον Ν. 2716/99. Περιλαμβάνει δομές αποκατάστασης και φιλοξενίας για την εργασιακή και κοινωνική επανένταξη τους σε ΚΟΙΣΠΕ, δομές πρόληψης και α' βάθμιας φροντίδας Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα, ενώ για την περαιτέρω ολοκλήρωσή της προβλέπεται η ολοκλήρωση του δικτύου των ως άνω υπηρεσιών με έμφαση στο παιδί και στους ηλικιωμένους, η υποστήριξη στην οικογένεια με δομές ολιγοήμερης διαμονής, η εκπαίδευση επαγγελματιών και φροντιστών και κάλυψη αναγκών από τις επιπτώσεις της υγειονομικής κρίσης.

2 «Ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως προσδιορίζονται στην παράγραφο 2 του παρόντος, έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η νοσηλευτική περίθαλψη παρέχεται μέσω των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 (Α' 254), των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Υγείας νοσηλευτικών ιδρυμάτων, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Υγείας Ν.Π.Ι.Δ., των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του ν. 2716/1999 (Α' 96), όλων των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως ορίζονται στο άρθρο 3 του ν. 4486/2017, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων Νοσοκομείων, των Δημοτικών Ιατρείων, καθώς και μέσω των εποπτευόμενων από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ιδρυμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας. Η φαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται από τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτικά φαρμακεία. Φάρμακα υψηλού κόστους, που εμπίπτουν στο πλαίσιο της παρ. 2 του άρθρου 12 του ν. 3816/2010 (Α'6), παρέχονται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

3. Υφιστάμενη Κατάσταση του Τομέα Υγείας

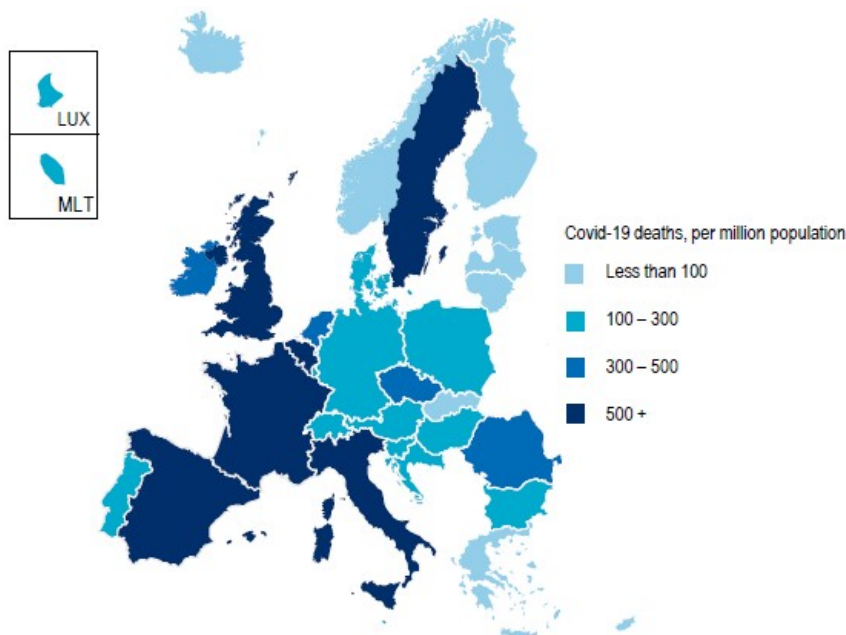
3.1 Εισαγωγή

Από τις αρχές του 2020 μέχρι και σήμερα, η χώρα, όπως και όλος ο πλανήτης, βιώνουν τον αντίκτυπο της πανδημίας του ιού SARS-CoV-2. Οι επιπτώσεις της πανδημίας σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση που υπέστη ολόκληρη η χώρα και κατ' επέκταση ο τομέας της Υγείας, επέφεραν ταχύτατες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες όπως η εφαρμογή του BI Health και προγραμμάτων του ΗΔΙΚΑ και του ΕΟΠΥΥ, η σύσταση του Κέντρου Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ), η εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης καθώς και των Ομογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (ΟΔΚ). Όλες οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και παρεμβάσεις συντελούν στον αναπροσανατολισμό της στρατηγικής του τομέα Υγείας προς ένα βιώσιμο, αποτελεσματικό και ανθρωποκεντρικό σύστημα.

Υπό τις πρωτόγνωρες συνθήκες που δημιουργήθηκαν, διαπιστώθηκε η σημαντικότητα της προστασίας της υγείας του ανθρώπου, δίχως την οποία η πρόοδος και η ευημερία ενός κράτους καθίστανται πρακτικά αδύνατες. Δεδομένου ότι η πανδημία δεν έχει φτάσει ακόμα στο τέλος της, η παρούσα ανάλυση δεν δύναται να ποσοτικοποιήσει πλήρως τον αντίκτυπό της στη χώρα. Σε κάθε περίπτωση, λόγω της προόδου των εμβολιασμών και σε συνδυασμό με τα μέτρα στήριξης της οικονομίας, η μεσοπρόθεσμη επίδραση της πανδημίας στην κοινωνία και στην οικονομία αναμένεται να είναι διαχειρίσιμη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν, ενώ όσα συνέβησαν από την αρχή της θα γίνουν αντικείμενο μελέτης, με στόχο την πρόσκαιρη αντιμετώπιση παρομοίων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μελλοντικά.

Σε κάθε περίπτωση, από τα ενδιάμεσα στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2020, προκύπτει ότι η χώρα είχε εξαιρετική αντιμετώπιση ειδικότερα κατά το πρώτο κύμα του ιού (ανάμεσα σε χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία, Αυστραλία, Σουηδία κ.α.), με λιγότερο από 100 θανάτους ανά 1.000.000 κατοίκους, αλλά όπως απείδειξε το 2^ο και 3^ο κύμα της πανδημίας, παραμένει κρίσιμη η περαιτέρω βελτίωση της ανθεκτικότητας και της ανταποκρισιμότητας του εθνικού συστήματος υγείας.

Σχήμα 1: Θάνατοι λόγω της πανδημίας CoViD-19 ανά 1.000.000 κατοίκους
(Πηγή: ΟΟΣΑ, Στοιχεία μέχρι και Οκτώβριο 2020)



Τα τελευταία δύο έτη έχει δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην ενεργή προστασία της υγείας των πολιτών. Το σημαντικότερο μέτρο προς αυτήν την κατεύθυνση είναι αναμφίβολα η εφαρμογή του νόμου περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους κλειστούς χώρους. Η εφαρμογή αυτού του μέτρου θα έχει σημαντική επίδραση στην υγεία των πολιτών. Ήδη οι αριθμοί καπνιστών βαίνουν σταθερά μειούμενοι, γεγονός που θα οδηγήσει μελλοντικά στη μείωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και καρκίνων, που αποδεδειγμένα σχετίζονται με το κάπνισμα.

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η ανάγκη βελτίωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι Έλληνες νοσούν 25% παραπάνω από τους υπόλοιπους Ευρωπαίους πολίτες³, ένδειξη ότι η πρόληψη ασθενειών έχει αξιοσημείωτα περιθώρια βελτίωσης και ότι το σύστημα χρόνια βασιζόταν στο «θεραπεύειν» παρά το «προλαμβάνειν».

Ένας από τους πλέον σημαντικούς δείκτες, αυτός της αποτρεπτής (θεραπεύσιμης) θνησιμότητας, έχει βελτιωθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία, φτάνοντας κοντά στα επίπεδα του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο δείκτης αυτός αφορά ασθένειες που είναι ιάσιμες εάν εντοπιστούν νωρίς, με τις πιο διαδεδομένες να είναι διάφορα είδη καρδιαγγειακών νοσημάτων και κάποιες μορφές καρκίνου (π.χ. πνευμόνων, πεπτικού συστήματος). Αξιοσημείωτο πάντως είναι το γεγονός ότι ο δείκτης για τις γυναίκες βρίσκεται χαμηλότερα από το μέσο όρο της ΕΕ, κάτι που δεν ισχύει για τους άνδρες.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενός κράτους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ευρύτερη οικονομική ανάπτυξη, αφού αυτές είναι κατά κανόνα κοστοβόρες, ειδικά οι δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες, ενώ μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από το ίδιο το κράτος. Πρόκειται μάλιστα για έναν τομέα με ανελαστική ζήτηση, διότι η ανθρώπινη υγεία αποτελεί απόλυτη προτεραιότητα, με αποτέλεσμα η γήρανση του πληθυσμού και το

3 Πηγή: «ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025»

ολοένα και αυξανόμενο κόστος για ειδικές θεραπείες να επιβαρύνουν σημαντικά το κόστος φροντίδας των ασθενών.

Το ελληνικό ΑΕΠ αντιμετώπισε έντονες πιέσεις κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, από το 2008 έως το 2012, το κατά κεφαλή ΑΕΠ συρρικνώθηκε κατά 5,6% σε ετήσια βάση, καταλήγοντας το 2019 να είναι 21,7% μικρότερο από το 2008. Κατά το 2020, το ΑΕΠ συρρικνώθηκε σημαντικά λόγω της πανδημίας, ωστόσο οι προβλέψεις για τα επόμενα έτη οδηγούν στο συμπέρασμα ότι αυτή η απότομη συρρίκνωση θα διορθωθεί από μια σημαντική άνοδο όταν η οικονομία επανέλθει σε κανονική λειτουργία.

Πίνακας 1: Κατά κεφαλή ΑΕΠ (Ελλάδα & ΕΕ-28) (Πηγή: Eurostat)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Ελλάδα (€)	17.430	18.050	18.690	19.730	20.670	20.740	21.840	22.500	22.370	21.350	
Ετήσια μεταβολή (%)		3,6	3,5	5,6	4,8	0,3	5,3	3,0	-0,6	-4,6	
Μεταβολή από το 2000 (%)		3,6	7,2	13,2	18,6	19,0	25,3	29,1	28,3	22,5	
Διαφορά από ΕΕ-28 (%)	-24,2	-23,1	-21,2	-17,5	-15,4	-16,5	-14,6	-14,2	-14,7	-14,7	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020Π
Ελλάδα (€)	20.150	18.130	16.940	16.600	16.820	16.870	16.850	17.100	17.400	17.750	16.300
Ετήσια μεταβολή (%)	-5,6%	-10,0%	-6,6%	-2,0%	1,3%	0,3%	-0,1%	1,5%	1,8%	2,0%	-8,2%
Μεταβολή από το 2000 (%)	15,6%	4,0%	-2,8%	-4,8%	-3,5%	-3,2%	-3,3%	-1,9%	-0,2%	1,8%	-6,5%
Διαφορά από ΕΕ-28 (%)	-21,0%	-30,0%	-34,2%	-35,6%	-35,7%	-36,8%	-37,9%	-38,5%	-38,5%	-38,0%	

Με τις υπηρεσίες υγείας να χρηματοδοτούνται σε σημαντικό βαθμό από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων, ένας επιπλέον οικονομικός δείκτης που επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι αυτός της ανεργίας. Η ανεργία της χώρας κατά την κρίση έχει αντίστροφη πορεία από το κατά κεφαλή ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, ενώ το 2009, στην αρχή της κρίσης, η ανεργία κυμαινόταν κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο, λίγο κάτω από το 10%, κορυφώθηκε το 2013, φτάνοντας στο 27,5%, με έναν ετήσιο ρυθμό αύξησης της τάξεως του 30%. Στη συνέχεια, το ποσοστό της ανεργίας μειωνόταν σταθερά, έχοντας πλέον φτάσει στο 16,3% και όντας υπερδιπλάσιο του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

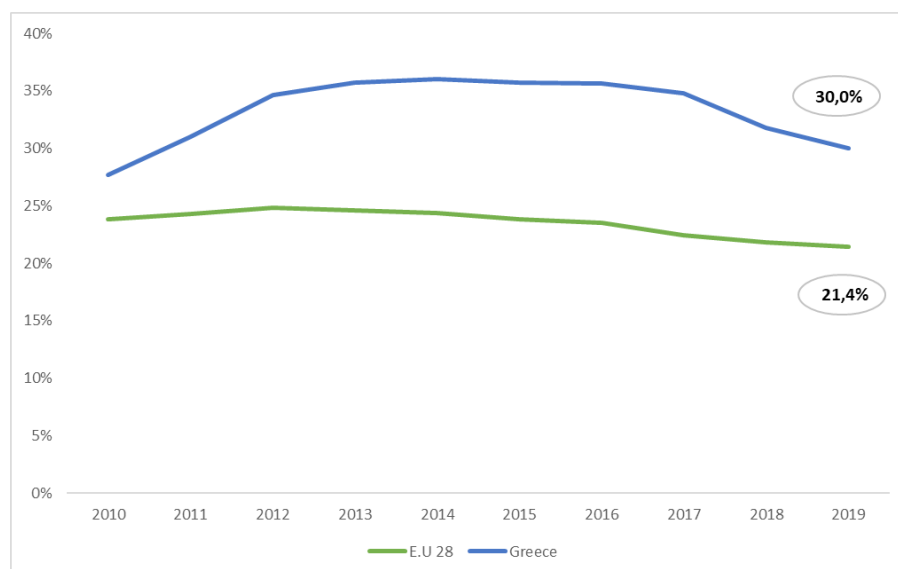
Πίνακας 2: Ποσοστό Ανεργίας στην Ελλάδα (%) (Πηγή: Eurostat)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ελλάδα (%)	9,6	12,7	17,9	24,5	27,5	26,5	24,9	23,6	21,5	19,3	17,3	16,3
Ετήσια μεταβολή (%)		32,3	40,9	36,9	12,2	-3,6	-6,0	-5,2	-8,9	-10,2	-10,4	-5,8
Μεταβολή από το 2009 (%)		32,3	86,5	155,2	186,5	176,0	159,4	145,8	124,0	101,0	80,2	69,8
Διαφορά από ΕΕ-28 (%)	7,9	32,3	86,5	133,3	154,6	159,8	164,9	177,6	182,9	183,8	174,6	

Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού να ζει σε συνθήκες φτώχειας ή να βρίσκεται υπό τον κίνδυνο φτώχειας, έχοντας ετήσιο εισόδημα κάτω από το 60% του διάμεσου εισοδήματος. Για το 2018, υπό τον κίνδυνο φτώχειας βρισκόταν το 31,8% του συνολικού πληθυσμού, 10,1% πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για το ποσοστό αυτό του πληθυσμού, μια ασθένεια έχει δυνητικά σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του, επιδρώντας όχι μόνο κατ' αναλογία της σημαντικότητάς της, αλλά ενδεχομένως και εμποδίζοντας τον παθόντα να λάβει άμεσα βοήθεια για το πρόβλημα της υγείας του ή και

δημιουργώντας περαιτέρω οικονομική δυσχέρεια σε μία ήδη υπάρχουσα βεβαρημένη κατάσταση. Σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη μείωση της παραγωγικότητάς του, ο παθών βρίσκεται σε ένα φαύλο κύκλο κοινωνικοοικονομικής πίεσης.

Σχήμα 2: Ποσοστό του πληθυσμού υπό φτώχεια ή υπό τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού 2019
(Πηγή: Eurostat)

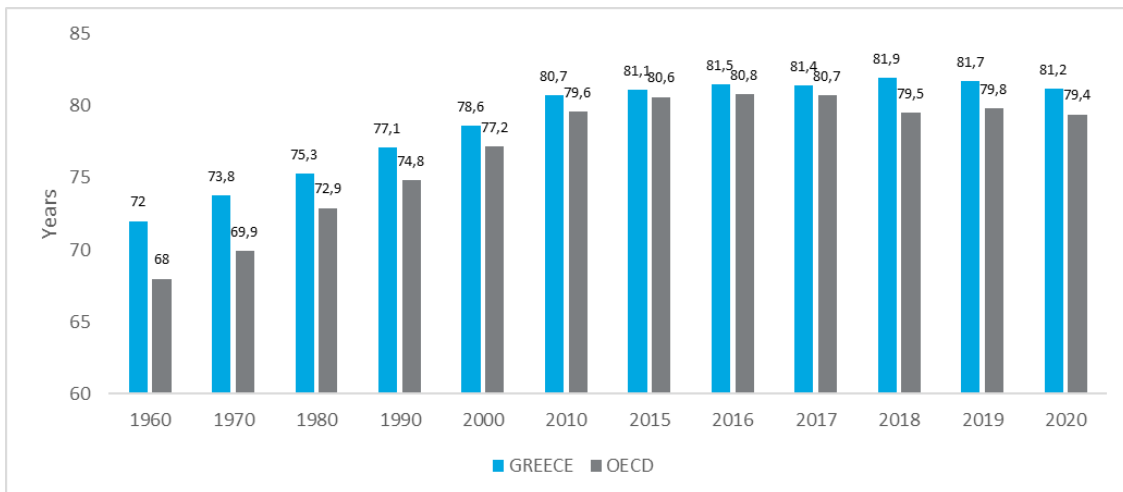


3.2 Βασικοί Δείκτες Υγείας

Μερικοί από τους σημαντικότερους δείκτες για το σύστημα υγείας μίας χώρας, σχετίζονται με τα δημογραφικά δεδομένα. Κατά τον τελευταίο αιώνα, το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων αυξανόταν σταθερά, ακολουθώντας βεβαίως την τάση αυτή σε παγκόσμιο επίπεδο, λόγω της προόδου της ιατρικής επιστήμης, καθώς και του σταθερά βελτιούμενου επιπέδου διαβίωσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων μεταξύ 1960 και 2020 αυξήθηκε κατά 7,4 έτη, δηλαδή κατά 10%, ωστόσο τα τελευταία έτη ο ρυθμός αύξησης του προσδόκιμου ζωής επιβραδύνεται και ενώ η Ελλάδα έχει σταθερά υψηλότερο προσδόκιμο ζωής από το μέσο όρο των 38 χωρών του ΟΟΣΑ, η εν λόγω διαφορά έχει μειωθεί σημαντικά από το 2000 και έπειτα (Σχήμα 3).

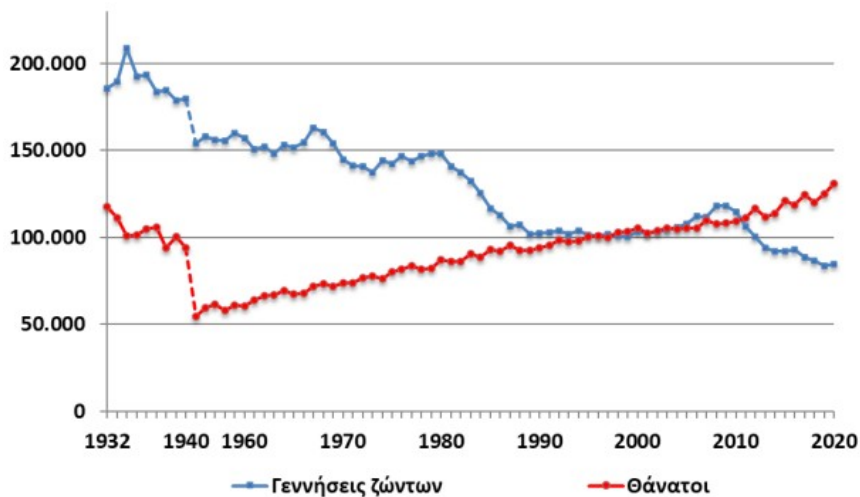
Ωστόσο δεν είναι μόνο τα επιπλέον χρόνια ζωής που προκύπτουν από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής το ζητούμενο, αλλά η υγιής και ενεργός γήρανση – ως σημαντικός παράγοντας της υψηλής ποιότητας ζωής που οφείλει να διασφαλίσει ο τομέας της Υγείας. Ως εκ τούτου πρέπει να παρακολουθούνται δείκτες προσδόκιμου υγείας, όπως τα έτη υγιούς ζωής (ονομάζονται επίσης προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία). Αυτά επικεντρώνονται στην ποιότητα ζωής και στην υγιή κατάσταση του πληθυσμού και επομένως τα έτη υγιούς ζωής αποτελούν σημαντικό μέτρο της σχετικής υγείας των πληθυσμών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Ο πληθυσμός των γυναικών στην Ελλάδα κατά μέσο όρο κατέχει 66,4 έτη υγιούς ζωής, τα οποία ξεπερνούν τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο των 65,1 ετών υγιούς ζωής (Πηγή: Eurostat). Αντίστοιχα, ο πληθυσμός των ανδρών κατέχει 65,6 έτη υγιούς ζωής και επίσης ξεπερνάει τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο των 64,2 ετών υγιούς ζωής.

Σχήμα 3: Προσδόκιμο ζωής (έτη) κατά τη γέννηση - Ελλάδα & μ.ο. χωρών ΟΟΣΑ (Πηγή: Eurostat)



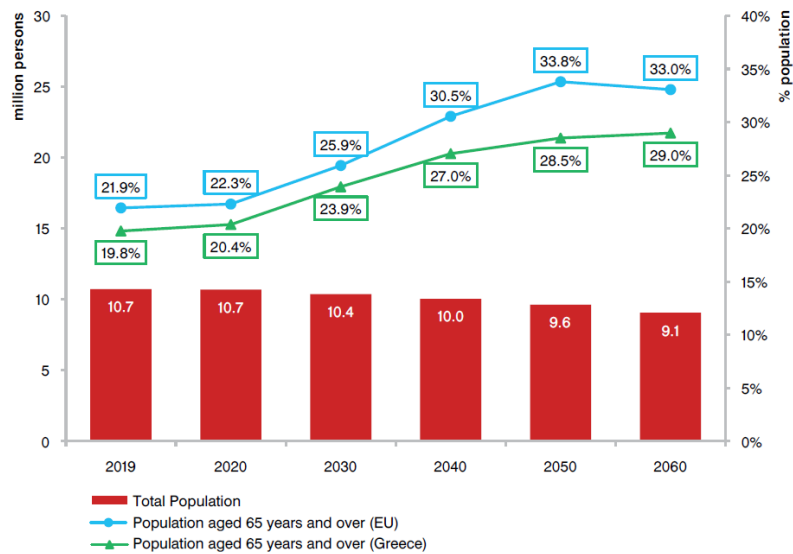
Στον αντίποδα, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται και από αύξηση της υπογεννητικότητας. Από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα, οι γεννήσεις είναι, κατά μέσο όρο, λιγότερες από του θανάτους, δημιουργώντας μια σταθερή μείωση του πληθυσμού. Μάλιστα, κατά την πενταετία 2014-2018, οι γεννήσεις ανά έτος ήταν περίπου 30.000 λιγότερες από τους θανάτους, που αντιστοιχεί σε μια μείωση του πληθυσμού σχεδόν κατά 0,3% σε ετήσια βάση.

Σχήμα 4: Ελλάδα - Γεννήσεις & θάνατοι για τα έτη 1932 – 2020 (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)



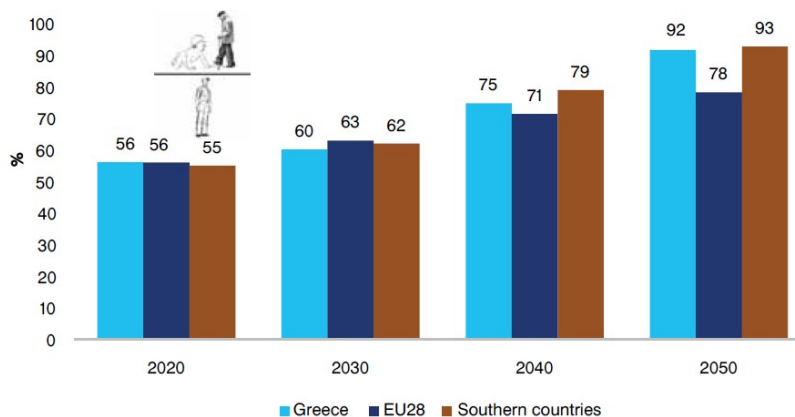
Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού των Ελλήνων ηλικίας 65 ετών και άνω. Η τάση αυτή εμφανίζεται στη συντριπτική πλειοψηφία των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ωστόσο στη χώρα μας η εν λόγω τάση είναι εντονότερη. Συγκεκριμένα, μέχρι το 2060 ο πληθυσμός της χώρας προβλέπεται να μειωθεί κατά 1,6 εκατομμύρια (μείωση 15%) σε σχέση με το 2020. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οδηγεί το ποσοστό των Ελλήνων ηλικίας 65 και άνω σε υψηλότερα νούμερα, συγκεκριμένα στο 29% του συνολικού πληθυσμού της χώρας για το 2060, χαμηλότερα ωστόσο από το 33% των υπολοίπων χωρών της ΕΕ.

Σχήμα 5: Πρόβλεψη πληθυσμού Ελλάδας & Ποσοστό πληθυσμού 65 ετών και άνω (Πηγή: Eurostat)



Επιπλέον, ένας από τους σημαντικότερους δημογραφικούς δείκτες μιας χώρας είναι το Ποσοστό Εξάρτησης Πληθυσμού (dependency ratio), δηλαδή η αναλογία των ατόμων που δεν βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία (0-14 έτη και 65 έτη και άνω) και αυτών που μπορούν να εργαστούν (15-65 έτη). Αναφορικά με αυτόν τον δείκτη, η τάση για το σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών είναι ιδιαίτερα αυξητική, με το φαινόμενο να γίνεται εντονότερο στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, αυτή τη στιγμή ένας Έλληνας «εξαρτάται» από 1,78 Έλληνες σε παραγωγική ηλικία, ενώ το 2050 η αναλογία αυτή αναμένεται να είναι 1:1,09, 64% παραπάνω από τη σημερινή. Ένα επιπλέον ζήτημα αποτελεί το γεγονός ότι η ανεργία μειώνει ακόμα περισσότερο το ποσοστό του πληθυσμού που πρακτικά υποστηρίζει τον υπόλοιπο, συνεπώς η αντιμετώπιση του φαινομένου της ανεργίας καθίσταται μελλοντικά ακόμα σημαντικότερη για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και του κράτους πρόνοιας συνολικά.

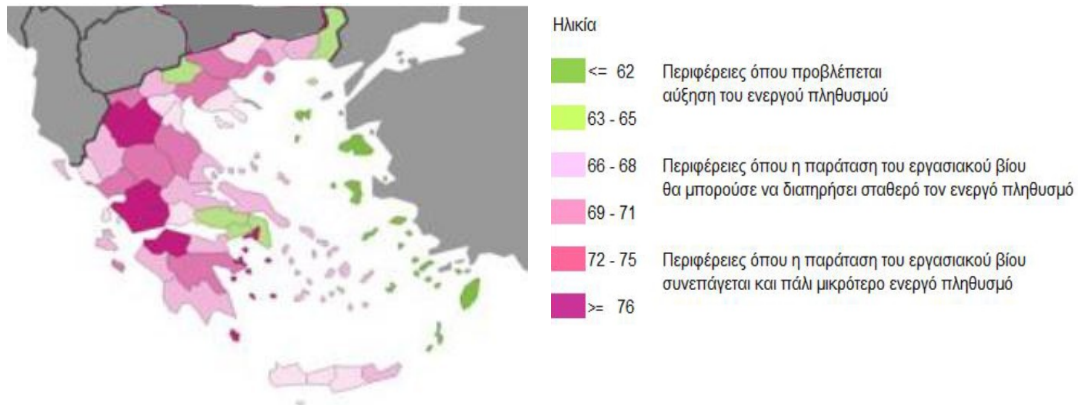
Σχήμα 6: Ποσοστό εξάρτησης πληθυσμού (Πηγή: ΟΗΕ)



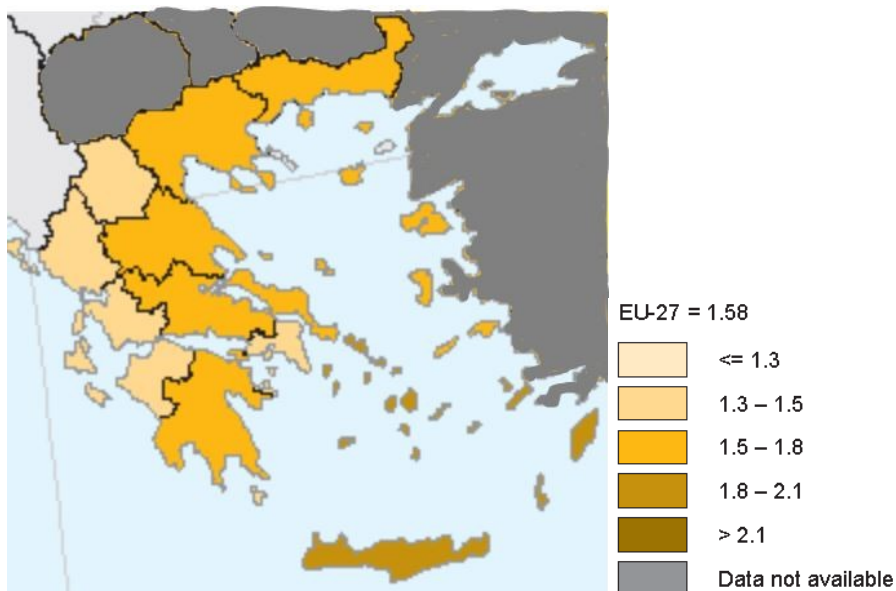
Η συνολική εικόνα διαφέρει εν μέρει αν γίνει ανάλυση ανά περιφέρεια. Στον παρακάτω χάρτη (Σχήμα 7) παρουσιάζεται η ανά περιφέρεια πρόβλεψη για το 2040 αναφορικά με τον ενεργό πληθυσμό. Γίνεται σαφές ότι υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες στην επικράτεια, που συνδέονται με τις γεννήσεις και τις εσωτερικές μετακινήσεις των κατοίκων της χώρας στα μεγάλα αστικά κέντρα. Το σημαντικότερο πρόβλημα εντοπίζεται, δεδομένου και του υψηλού πληθυσμού της, στη μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας, όπου οι γεννήσεις ανά γυναίκα κάτοικο είναι σημαντικά

χαμηλότερες (Σχήμα 7) σε σχέση με την αναλογία γεννήσεων που απαιτείται για τη διατήρηση του πληθυσμού (2,1 γεννήσεις ανά γυναίκα).

Σχήμα 7: Προβλεπόμενη μέγιστη ηλικία στην εργασία που διατηρεί σταθερό το μέγεθος του ενεργού πληθυσμού, για το έτος 2040 (Πηγή: DG Regio, βάσει προβλέψεων της Eurostat)



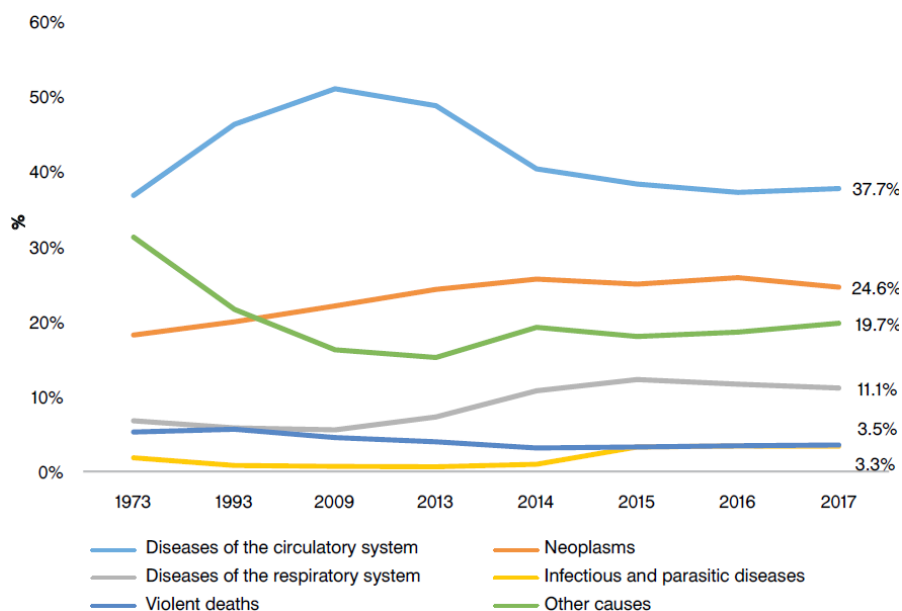
Σχήμα 8: Γεννήσεις ανά γυναίκα ανά περιφέρεια, 2008-2010 (Πηγή: Eurostat)



Παρακάτω παρουσιάζονται οι αιτίες θανάτου στην Ελλάδα. Αξιοσημείωτη είναι η ποσοστιαία μείωση των θανάτων που σχετίζονται με το καρδιαγγειακό σύστημα κατά την τελευταία

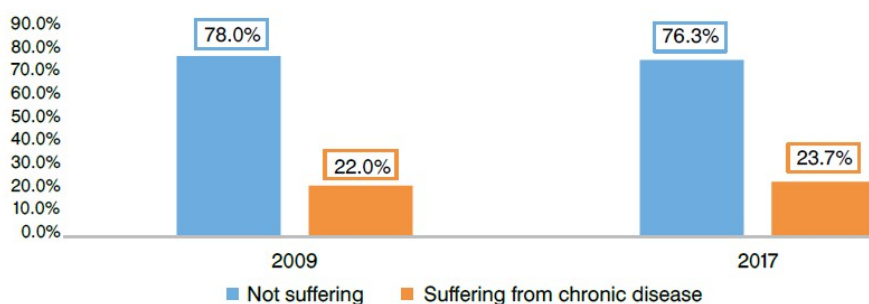
δεκαετία, που παραμένουν ωστόσο η κυρίαρχη αιτία. Η ποσοστιαία αυτή μείωση έχει μετακλιστεί στους θανάτους λόγω καρκίνου, προβλημάτων στο αναπνευστικό, μολύνσεων και άλλων αιτιών.

Σχήμα 9: Ελλάδα - Αιτίες θανάτου (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)



Μία σημαντική ένδειξη για την ποιότητα ζωής των πολιτών είναι αυτοί να μην αντιμετωπίζουν κάποια χρόνια ασθένεια. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με το αρνητικό ισοζύγιο γεννήσεων-θανάτων έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, αφού η πλειοψηφία τους εμφανίζεται σε πιο προχωρημένες ηλικίες. Γεγονός το οποίο μεταφράζεται σε έναν γηράσκοντα πληθυσμό με μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που επιβαρύνει σημαντικά το σύστημα δεδομένου ότι η αντιμετώπισή τους είναι ιδιαίτερα κοστοβόρα και χρόνια.

Σχήμα 10: Ελλάδα - Πληθυσμός με χρόνια προβλήματα υγείας (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)



Σε αυτό το πλαίσιο, απαιτείται η σχεδίαση και η υλοποίηση παρεμβάσεων για την αύξηση των ετών που ζούμε σε καλή κατάσταση υγείας και τη μείωση της αναπηρίας, μέσα από την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή υγείας. Η προώθηση τρόπων υγιεινής ζωής με τη μείωση παραγόντων κινδύνου για ασθένεια και αναπηρία αποτελούν βασικούς παράγοντες για την αύξηση των Ετών Υγιούς Ζωής.

Επιπρόσθετα, το δικαίωμα πρόσβασης σε καλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, και το δικαίωμα σε οικονομικά προσιτή μακροχρόνια φροντίδα, με ειδική αναφορά στη φροντίδα στο σπίτι, αναφέρεται και στον Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων. Ωστόσο, στη χώρα μας απουσιάζουν θεσμοθετημένες δομές πρόληψης για την καλή υγεία των ηλικιωμένων και τη μακροχρόνια φροντίδα τους, όπως δομές για την πρόληψη πτώσεων και των επιπτώσεών τους, την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών ή δομές για την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης στο σπίτι σε ηλικιωμένους και άτομα με κινητικά προβλήματα. Ωστόσο οι έως τώρα προσπάθειες δράσεων πραγματοποιούνται κυρίως μέσω προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο και αποσπασματικά.

Ένας άλλος δείκτης που σχετίζεται με την υγεία του πληθυσμού είναι το ποσοστό παχυσαρκίας. Αυτή συνδέεται άμεσα με τη σωματική υγεία, διότι τα παχύσαρκα άτομα είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν προβλήματα υγείας, καθώς η παχυσαρκία συνδέεται με υψηλή πίεση του κυκλοφορικού, υψηλή χοληστερίνη, διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά και οστεοαρθρίτιδες.

Πίνακας 3: Κατανομή πληθυσμού με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος, 2013-2020 (Πηγή: Eurostat)

	Λιποβαρές	Κανονικό	Υπέρβαρο	Παχύσαρκο
	ΔΜΣ<18	18<ΔΜΣ<24	ΔΜΣ>24	ΔΜΣ>30
ΕΕ-28 (%)	2,8	47,0	50,2	15,4
Ελλάδα (%)	2,3	42,2	55,5	16,9

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

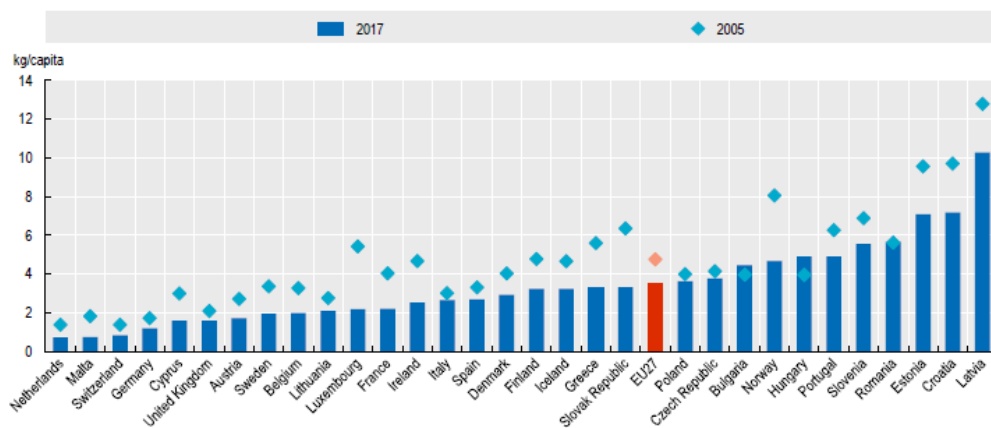
Αξιοσημείωτο ωστόσο είναι το ποσοστό της παιδικής παχυσαρκίας στη χώρα μας, αφού σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, το 2014, το 24% των ατόμων με ηλικία 15 ετών ήταν παχύσαρκο, ένα ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο από τον εθνικό μέσο όρο.

Τέλος, ένας δείκτης που τελευταία έχει αναδειχτεί ως κρίσιμος, είναι αυτός της ποιότητας του αέρα. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Μεταφορών και Περιβάλλοντος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα σωματίδια που εισπνέουμε επιδρούν σε κάθε όργανο του σώματός μας, επηρεάζοντας ιδιαίτερα τις ευάλωτες ομάδες και τα παιδιά. Στη μόλυνση του αέρα καταλογίζονται μέχρι και 390.000 θάνατοι στην ΕΕ ετησίως⁴. Ο ΟΟΣΑ εκτιμά ότι το 4% με 7% των θανάτων του 2018 επί ευρωπαϊκού εδάφους οφείλεται σε μακροχρόνια έκθεση σε μικροσωματίδια διαμέτρου κάτω των 2,5 μικρομέτρων (PM_{2.5}).

Στην Ελλάδα συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη Eurostat, το 2016, πάνω από 16.000 θάνατοι αποδόθηκαν στην ποιότητα του αέρα, με τους 12.900 από αυτούς να οφείλονται στα μικροσωματίδια PM_{2.5}. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η ποιότητα του αέρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση βελτιώνεται σταδιακά από το 2005 και έπειτα, μια τάση που εντοπίζεται έντονα και στη χώρα μας.

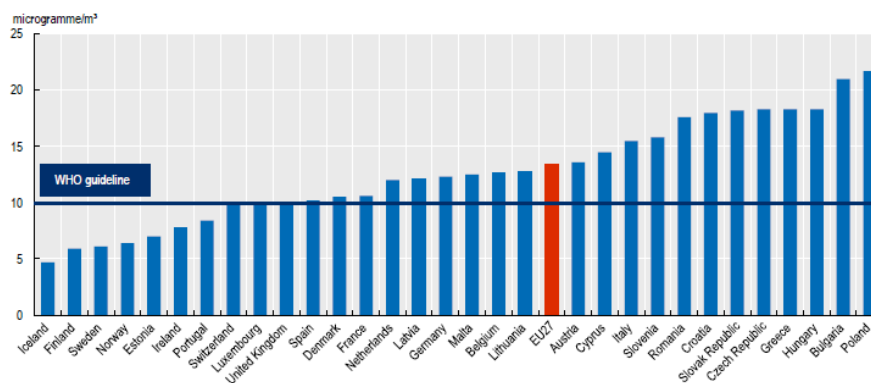
4 [Why is air quality so important? | Transport & Environment](#)

Σχήμα 11: Ετήσιες εκπομπές μικροσωματιδίων $PM_{2.5}$ ανά κάτοικο (Πηγή: ΟΟΣΑ, Υγεία με μια ματιά)



Σε κάθε περίπτωση, με βάση τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η τάση αυτή πρέπει να συνεχιστεί, διότι οι εκπομπές μικροσωματιδίων βρίσκονται πάνω από το όριο που τέθηκε ως το προτεινόμενο για λόγους ασφάλειας.

Σχήμα 12: Ετήσια μέση συγκέντρωση μικροσωματιδίων $PM_{2.5}$, 2018 (Πηγή: Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος)



Σημαντικά βήματα έχουν υλοποιηθεί για την περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας του αέρα, με την προγραμματισμένη σταδιακή απόσυρση των ατμοηλεκτρικών σταθμών που λειτουργούν με λιγνίτη στις περιοχές της Κοζάνης και της Μεγαλόπολης και την αντικατάστασή τους με ανανεώσιμες πηγές ενέργειας και την παράλληλη απεξάρτηση από ορυκτά καύσιμα των νησιών του Βορείου, Νοτίου Αιγαίου και Κρήτης. Η ποιότητα του αέρα στις περιοχές αυτές θα βελτιωθεί σημαντικά, συμβάλλοντας στην καλύτερη υγεία των κατοίκων των περιοχών αυτών.

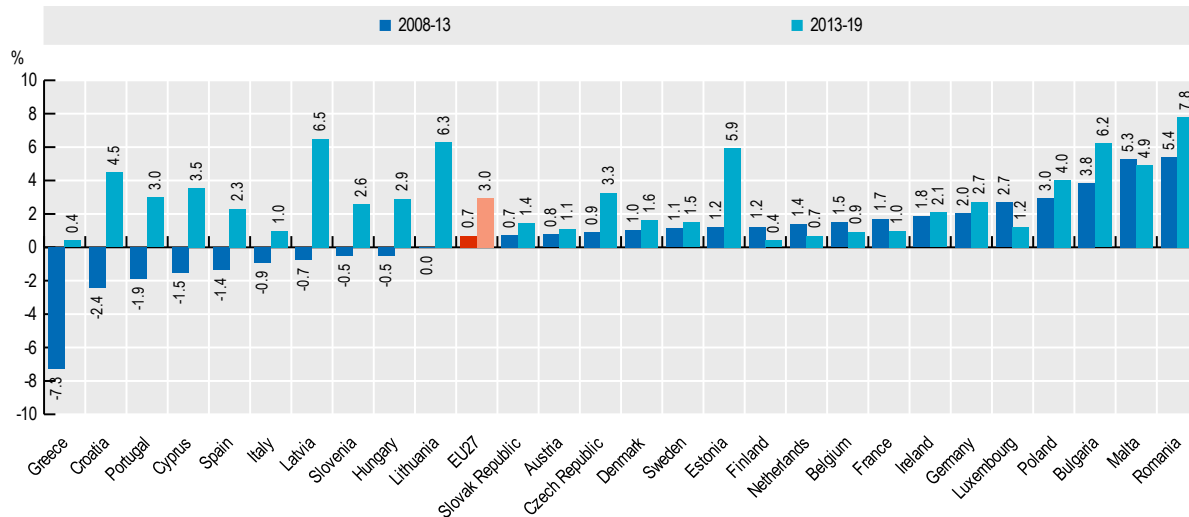
Αναφορικά με την ατμόσφαιρα των πόλεων, προωθείται ενεργά η λύση της ηλεκτροκίνησης, σε μια οργανωμένη προσπάθεια για τη μείωση της μόλυνσης που προκαλούν οι κινητήρες εσωτερικής καύσης των συμβατικών αυτοκινήτων, ενώ ενθαρρύνεται η χρήση άλλων πράσινων μέσων μεταφοράς (π.χ. επιδότηση ηλεκτρικών ποδηλάτων). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ολοκληρωτική ηλεκτρική μετάβαση της Αστυπάλαιας.

3.3 Δαπάνες Συστήματος Υγείας

Με την υγεία να αποτελεί πρωταρχικό και κύριο αγαθό για όλους, η ενεργή συμμετοχή του κράτους για την κάλυψη και προάσπιση της υγείας των πολιτών αποτελεί βασική προτεραιότητα.

Σε γενικές γραμμές, το ποσοστό του ΑΕΠ που διοχετεύεται στον τομέα της υγείας παραμένει σταθερό (περί το 8% του συνολικού), δεδομένης ωστόσο της πτώσης του ΑΕΠ κατά την μακρόχρονη οικονομική κρίση, η Ελλάδα βρίσκεται στη δυσάρεστη θέση να έχει μειώσει σημαντικά τις δαπάνες υγείας σε σχέση με τα χρόνια που προηγήθηκαν της κρίσης. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες υπέστησαν πτώση της τάξεως του 7,3% μεταξύ 2008 και 2013, ενώ έκτοτε η αύξηση, μέχρι και το 2019 ήταν πολύ μικρή (0,4% συνολικά).

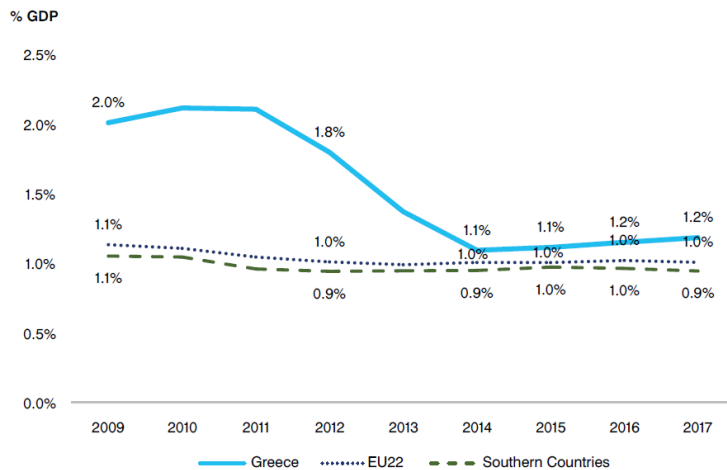
Σχήμα 13: Μεταβολή της κατά κεφαλή δαπάνης για την υγεία (Πηγή: ΟΟΣΑ, Υγεία με μια ματιά)



Σε απόλυτους αριθμούς, το γεγονός αυτό οδηγεί την κατά κεφαλή δαπάνη του 2019 για την υγεία να είναι σημαντικά χαμηλότερη, κατά 37%, του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που υπολογίζεται σε €2.572, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ.

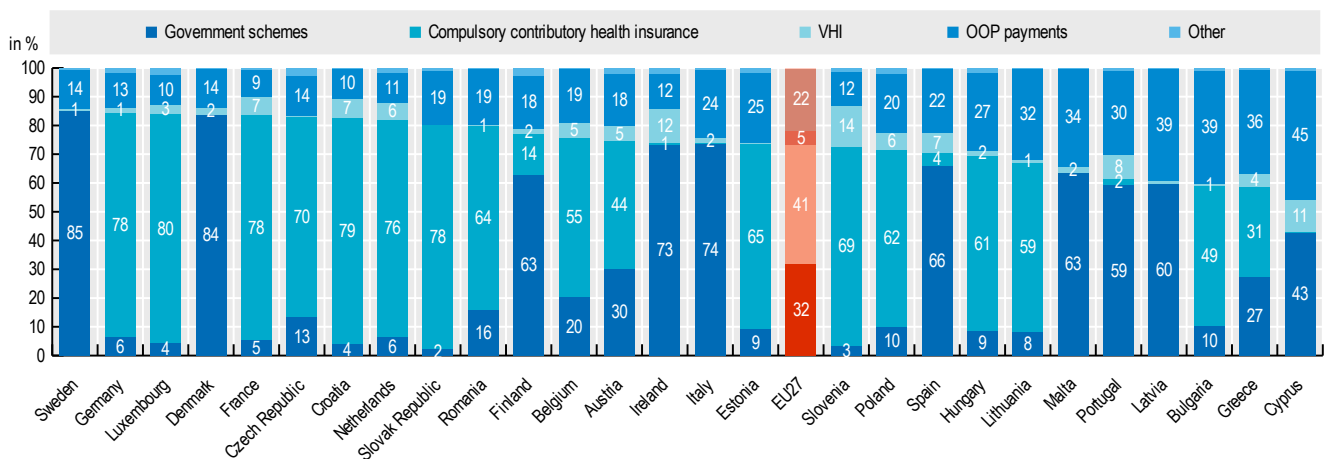
Ένα κομμάτι της πτώσης της δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία οφείλεται στις προσπάθειες εξορθολογισμού του κόστους συνταγογράφησης φαρμάκων, όπως αυτό αποτυπώνεται στο επόμενο γράφημα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης προς το συνολικό ΑΕΠ μειώθηκε σημαντικά κατά την περίοδο 2011-2014 στα επίπεδα του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε μια προσπάθεια αντιστάθμισης. Η μείωση αυτή είναι ενδεικτική ορισμένων αδυναμιών που εντοπίζονται στο σύστημα υγείας όπως η υπερσυνταγογράφηση και η μη χρήση γενόσημων σκευασμάτων, η διάρθρωση των οποίων θα οδηγήσει στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες με διατήρηση του κόστους σε εύλογα επίπεδα.

Σχήμα 14: Δαπάνη δημοσίου ως ποσοστό του ΑΕΠ για φαρμακευτικά και αναλώσιμα σκευάσματα (Πηγή: ΟΟΣΑ, Eurostat)



Ένα μείζον πρόβλημα του συστήματος υγείας παρουσιάζεται παρακάτω, ήτοι το ποσοστό των ιδίων / άμεσων δαπανών (“Out-of-pocket” - OoP) των πολιτών για την υγεία, το οποίο ανέρχεται στο 36% των συνολικών δαπανών για το 2018, τη στιγμή που ο μέσος όρος της ΕΕ βρίσκεται στο 22%. Υψηλές ιδίες δαπάνες σε θέματα υγείας αποτελούν πρόβλημα για την κοινωνία, αφενός διότι υποδεικνύει ότι ένα αγαθό το οποίο υποστηρίζεται από ένα δομημένο σύστημα (κρατική υποστήριξη, ασφαλιστικά ταμεία) έχει σημεία στα οποία το σύστημα παρουσιάζει χαμηλή αποδοτικότητα. Αφετέρου εμποδίζει την πρόσβαση σε ενδεχομένως κρίσιμες υπηρεσίες υγείας σε πολίτες που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν σε υψηλές για την αγοραστική τους δύναμη δαπάνες, επιβαρύνοντας σημαντικά τα νοικοκυριά που υπόκεινται σε αυτές, δυσχεραίνοντας περαιτέρω τη θέση τους ως προς την πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.

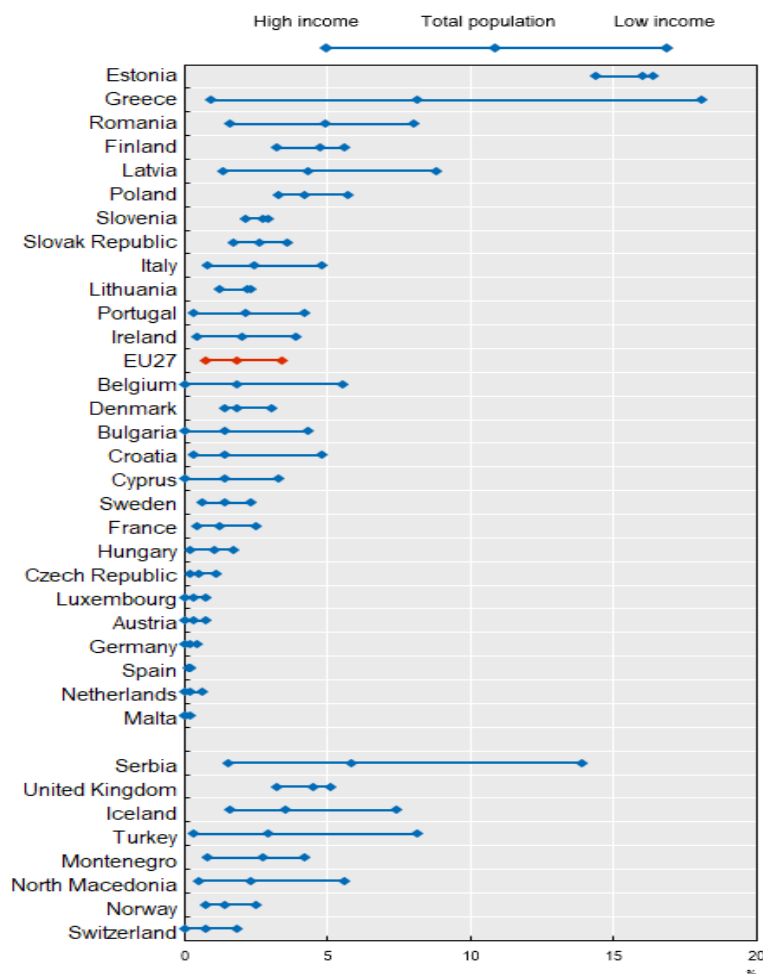
Σχήμα 15: Κατανομή ποσοστιαίας δαπάνης ανά πηγή χρηματοδότησης, 2018 (Πηγή: ΟΟΣΑ, Υγεία με μια ματιά)



Για τον παραπάνω λόγο, το ποσοστό των πολιτών που δεν πραγματοποιούν κάποια ιατρική εξέταση ανέρχεται σε 8,1%, 2,1 φορές μεγαλύτερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που βρίσκεται στο 2,6%. Αναφορικά με τους πολίτες χαμηλότερου εισοδήματος, η εικόνα

παρουσιάζεται πιο δυσμενής, αφού το ποσοστό αυτών ανέρχεται σε 18,1%, σε σχέση με το 4,2% της ΕΕ.

Σχήμα 16: Ακάλυπτη ανάγκη ιατρικής εξέτασης ανά κατηγορία εισοδήματος, 2018
(Πηγή: ΟΟΣΑ, Υγεία με μια ματιά)

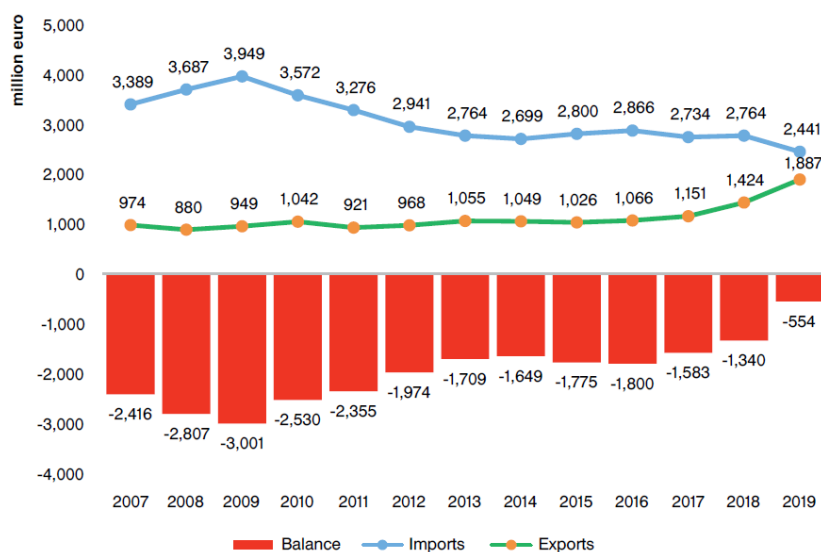


Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, με βάση τη νομοθεσία και τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι βασικές ανάγκες υγείας καλύπτονται ολιστικά από το κράτος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων. Το γεγονός ότι δεν υποστηρίζεται από τα προηγούμενα στοιχεία μπορεί να αποδοθεί σε δύο αιτίες. Πρωταρχικά, παρόλο που η Ελλάδα παρουσιάζει καθολική κάλυψη των βασικών αναγκών πολλές φορές οι αποζημιώσεις του ΕΟΠΥΥ αποτελούν γκρίζες ζώνες λόγω των καθυστερήσεων πληρωμών από μεριάς του Δημοσίου. Δεύτερον, παρόλο που κάποιες ανάγκες καλύπτονται από το Δημόσιο, οι διαδικασίες εισαγωγής, η κατακερματισμένη παροχή φροντίδας και οι λίστες αναμονής, παρακλύουν την άμεση επίλυση του ζητήματος. Κατά συνέπεια οι πολίτες στρέφονται στο δρόμο της ιδιωτικής φροντίδας συχνότερα με αρκετά υψηλότερο κόστος αλλά μικρότερο χρόνο αναμονής, γεγονός το οποίο αποκλείει ένα κομμάτι του πληθυσμού από την έγκαιρη πρόσβαση το οποίο αδυνατεί να συνδράμει οικονομικά. Ο εκσυγχρονισμός και η ψηφιοποίηση των δημόσιων υποδομών στοχεύουν στη βελτίωση της πρόσβασης στη δημόσια υγεία.

Τέλος, ένα σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της χρηματοοικονομικής εικόνας του κλάδου υγείας στην Ελλάδα αποτελεί η αλματώδης βελτίωση του εμπορικού ισοζυγίου στον κλάδο των φαρμάκων και η βελτιωμένη δυνατότητα εξυπηρέτησης των εθνικών αναγκών από ελληνικές

φαρμακευτικές εταιρείες. Το έλλειμμα μειώθηκε από €3 δισ. για το 2009 (εισαγωγές €3,95 δισ. – εξαγωγές €0,95 δισ.), σε €554 εκατ. για το 2019 (εισαγωγές €2,44 δισ. – εξαγωγές €1,89 δισ.). Συνεπώς, αυτή η μείωση του 82% οφείλεται στην εξωστρέφεια των ελληνικών φαρμακευτικών εταιρειών και στη στοχευμένη στρατηγική επενδύσεων στον ιδιωτικό τομέα σε επίπεδο παραγωγικών μονάδων αλλά και έρευνας και ανάπτυξης, συγκεκριμένα για τον φαρμακευτικό κλάδο. Οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων αντιστοιχούν στο 5,6 % του συνόλου των εξαγωγών για το 2019 που υποδηλώνει τη σημαντικότητα του κλάδου. Αξίζει βεβαίως να τονιστεί το γεγονός ότι η τάση των εξαγωγών είναι καθαρά ανοδική, γεγονός που θα ενισχυθεί με τις επενδύσεις σε ελληνικές παραγωγικές μονάδες οι οποίες εξυπηρετούν εταιρείες του εξωτερικού.

Σχήμα 17: Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων (Πηγή: Eurostat)



3.4 Κατανομή Πόρων στην Υγεία

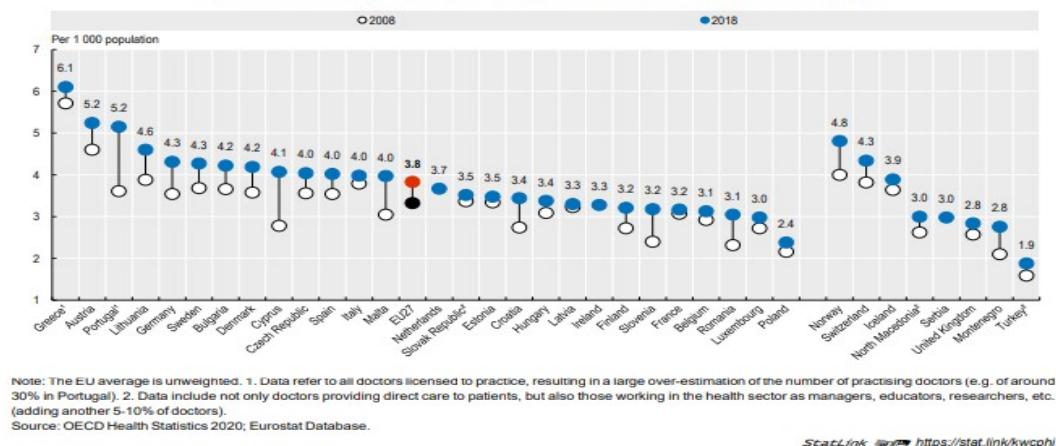
Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από ανισότητες στην προσφορά γενικών ιατρών (καθώς η εν λόγω ειδικότητα είναι σε έλλειψη), ενώ ειδικότερα στα αστικά κέντρα υπάρχει υπερ-προσφορά λοιπών ειδικοτήτων. Παράλληλα, το πλαίσιο και ο έλεγχος του τρόπου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, καθώς και η μη ανεπτυγμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει επιπτώσεις στην ποιότητα και αποτελεσματικότητα της περίθαλψης. Τέλος, η υγειονομική φροντίδα παρά την αποτελεσματικότητά της σε συγκεκριμένους τομείς, συχνά καθίσταται αδικαιολόγητα ακριβή και εξειδικευμένη οδηγώντας το σύστημα στην καταστροφική υπερκατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων και στην αλόγιστη εκτέλεση ειδικών εξετάσεων που βασίζονται στην αντιμετώπιση και όχι στην πρόληψη. Τονίζεται ωστόσο ότι έχουν υπάρξει βελτιώσεις της λειτουργίας και της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας, όπως παρουσιάζονται στην επόμενη ενότητα (3.5).

3.4.2 Άνιση Κατανομή Επαγγελματιών Υγείας και Πόρων

Η στροφή προς την εξειδικευμένη φροντίδα, ειδικότερα στον ιδιωτικό τομέα, έχει οδηγήσει στην υψηλή διαθεσιμότητα ιατρών σε λοιπές ειδικότητες (πέραν της γενικής ιατρικής). Σε σύγκριση με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης διακρίνεται εμφανής υπερ-προσφορά ειδικευμένων ιατρών

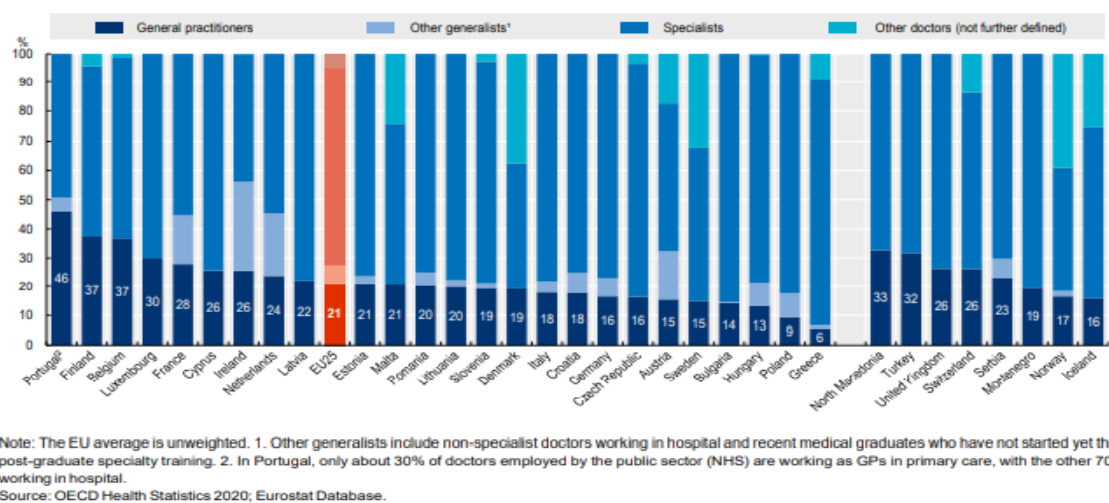
και αντιθέτως έλλειψη γενικών ιατρών, γεγονός που υποστηρίζει την υπό-στελέχωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την στροφή της ιατρικής περίθαλψης ως προς μια αλόγιστα εξειδικευμένη κατεύθυνση.

Σχήμα 18: Αριθμός Ειδικευμένων Ιατρών ανά 1000 κατοίκους για το 2018 (Πηγή: ΟΟΣΑ)



Την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα διατηρεί τον υψηλότερο αριθμό ειδικευμένων ιατρών επί το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού της, ξεπερνώντας όλες τις υπόλοιπες χώρες, υποδηλώνοντας μία υπερπροσφορά υγειονομικού προσωπικού (Σχήμα 19) ο οποίος εάν δε στραφεί προς γενικές κατευθύνσεις προκειμένου να υποστηρίξει τη στελέχωση δομών υγείας στο τοπικό επίπεδο / επίπεδο κοινότητας, θα δημιουργήσει μια υπέρμετρη προσφορά οι οποία δε θα δύναται να απορροφηθεί.

Σχήμα 19: Τομείς Εξειδίκευσης Εξασκούμενων Ιατρών για το 2018 (Πηγή: ΟΟΣΑ)



Συγκρίνοντας τους τομείς ειδίκευσης των εξασκούμενων ιατρών, παρατηρείται, σε σχέση με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα, ένα σημαντικό έλλειμμα γενικών ή οικογενειακών ιατρών και αντίστοιχα ένα πλεόνασμα ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού. Η Ελλάδα διαθέτει ένα άνισο μείγμα

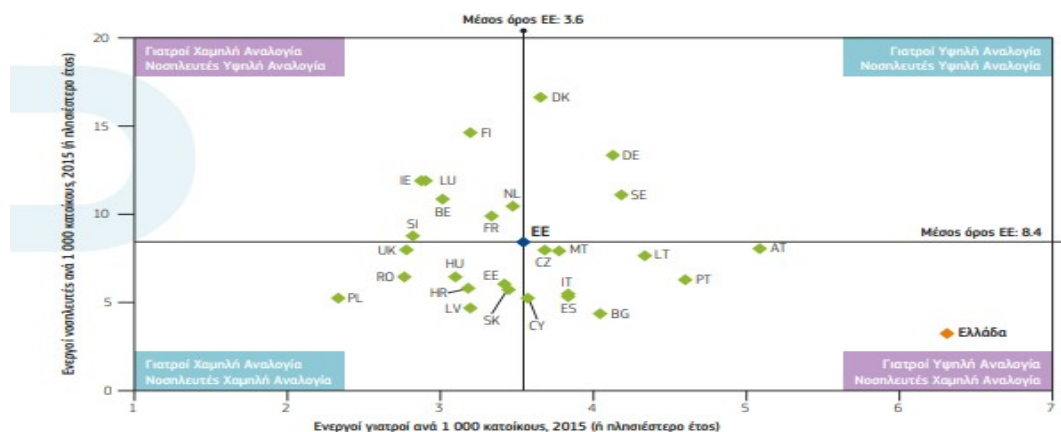
εξειδικευμένων και γενικών ιατρών, το οποίο είναι εμφανές όταν ποσοτικοποιείται και συγκρίνεται με βάση τον μέσο όρο γενικών και εξειδικευμένων ιατρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Συγκεκριμένα, το ποσοστό γενικών ιατρών που διαθέτει η Ελλάδα είναι 6%, το χαμηλότερο σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κατά πολύ χαμηλότερο από το σημείο αναφοράς, ποσοστού γενικών ιατρών, στην Ευρωπαϊκή Ένωση το οποίο βρίσκεται στο 21% (Σχήμα 19). Αντίστοιχα, το ποσοστό των εξειδικευμένων ιατρών στην Ελλάδα επίσης ξεπερνάει τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αποτυπώνει το σημαντικό πλεόνασμα ειδικών ιατρών στην χώρα και κατά συνέπεια τη στρέβλωση της πρωτοβάθμιας γενικής φροντίδας.

Η μη πλήρης ανάπτυξη της ΠΦΥ, οδηγεί σε μία προκλητή και αδικαιολόγητη ζήτηση εξειδικευμένης φροντίδας από τους ασθενείς λόγω ετεροχρονισμένης διάγνωσης. Επιπλέον, λόγω της υπερπροσφοράς ειδικής φροντίδας, οι ασθενείς οδηγούνται στην υπερβολική κατανάλωση πόρων και κατά συνέπεια υφίσταται αυξημένος ανταγωνισμός στην αγορά της παροχής υπηρεσιών στα πλαίσια ενός σχετικά αρρυθμισμού ιδιωτικού τομέα. Το φαινόμενο της σπανιότητας των οικογενειακών και γενικών ιατρών και η υπερπροσφορά ειδικών ιατρών σταδιακά οδηγεί στην αδυναμία στελέχωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η ανισότητα ανάμεσα στον πληθυσμό ειδικών και γενικών ιατρών επιφέρει συντριπτικές επιπτώσεις στην ετοιμότητα και αποδοτικότητα της ΠΦΥ που δεν καλύπτει τις ανάγκες των κατοίκων ούτε συμβαδίζει με τις προσδοκίες που έχουν τεθεί από διεθνή πρότυπα και κανονισμούς.

Ενώ η Ελλάδα διαθέτει ένα δυσανάλογα μεγάλο αριθμό εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού παράλληλα αντιμετωπίζει μεγάλες ελλείψεις σε διαθέσιμο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα διαθέτει την υψηλότερη αναλογία ιατρών με βάση τον πληθυσμό (6,3 ανά 1000 κατοίκους). Αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό (3,2 ανά 1000 κατοίκους) καταγράφεται ως το χαμηλότερο στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Σχήμα 20) με αποτέλεσμα η πλειοψηφία των δημόσιων μονάδων υγείας να είναι σημαντικά υποστελεχωμένη και να μειώνεται η ποιότητα της παροχής φροντίδας.

Σχήμα 20: Η αναλογία των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα



Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει ένα παρόμοιο φαινόμενο ανισότητας στην κατανομή υγειονομικών πόρων. Η ανισότητα στη διαθεσιμότητα υλικών πόρων και

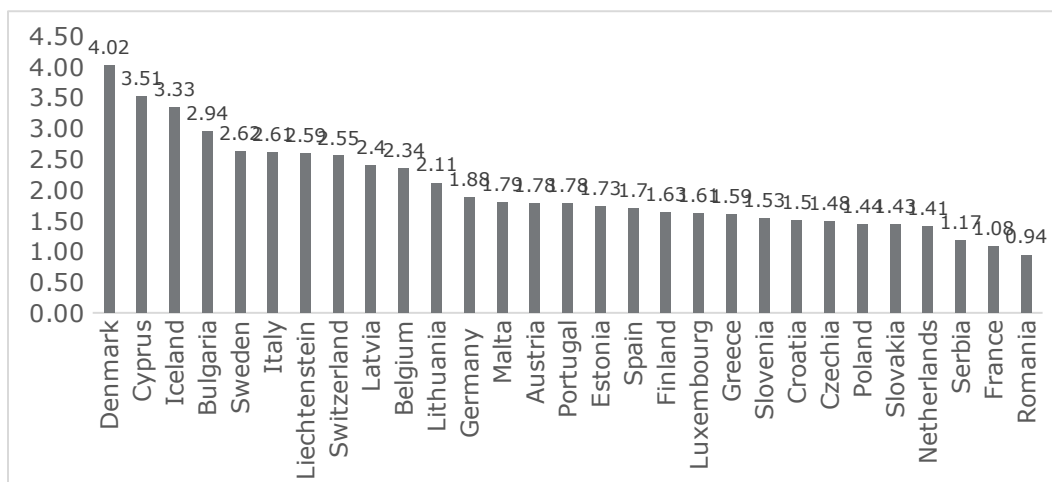
υγειονομικού προσωπικού παρατηρείται ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αλλά και ανά γεωγραφική περιοχή. Οι υγειονομικοί πόροι και ο τεχνολογικός εξοπλισμός μοιράζονται μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, κέντρων υγείας και κλινικών και διαγνωστικών κέντρων. Συνολικά, η χώρα διαθέτει 283 νοσοκομεία, εκ των οποίων τα περισσότερα είναι ιδιωτικά και αντιστοιχούν στο 35% του υγειονομικού προσωπικού. Επίσης, ο αριθμός ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων ανέρχεται στα 3.500. Στην Ελλάδα επικρατεί άνιση γεωγραφική κατανομή νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού και υγειονομικού προσωπικού καθώς η πλειοψηφία τους συγκεντρώνεται στα αστικά κέντρα, οδηγώντας σε περιορισμένη κάλυψη αναγκών ιατρικής περίθαλψης σε αγροτικές και γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές. Η εν λόγω άνιση κατανομή υγειονομικού προσωπικού ανάμεσα σε αστικές και αγροτικές περιοχές επίσης οφείλεται στην έλλειψη κοινωνικών ή οικονομικών κινήτρων προσέλευσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές. Επιπροσθέτως, σημαντική είναι η απουσία νοσοκομειακών κλινών εντατικής ή οξείας νοσηλείας σε αγροτικές και ακριτικές περιοχές με αποτέλεσμα τη συμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων στα αστικά κέντρα. Ο αριθμός των αναφερόμενων κλινών βρίσκεται κάτω του μέσου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και παράλληλα η διαφορά στον αριθμό ανάμεσα στις αστικές περιοχές της Αττικής και αγροτικές περιοχές κυμαίνεται στο τριπλάσιο.

Η άνιση κατανομή πόρων και εγκαταστάσεων ιατρικής περίθαλψης εμποδίζει την καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και υπάγει πληθυσμούς που βρίσκονται σε γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές σε συνθήκες ευαλωτότητας και αποκλεισμού. Παρά τη θέσπιση της καθολικής κάλυψης, λόγω της μειωμένης προσβασιμότητας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στην υγειονομική φροντίδα, τα νοικοκυριά οδηγούνται σε υψηλές ιδίες / άμεσες (Out-of-Pocket) δαπάνες για την υγεία και στην ανάγκη να ταξιδέψουν αποστάσεις προκειμένου να λάβουν φροντίδα. Παρόλα αυτά οι συνθήκες ευαλωτότητας δεν προδιαγράφονται τελικώς μόνο από εισοδηματικά κριτήρια αλλά καθορίζονται από την αδυναμία πρόσβασης και απομόνωσης ενός ποσοστού του πληθυσμού που κατοικεί σε ηπειρωτικές περιοχές και ακριτικά νησιά από την ιατρική περίθαλψη. Δεδομένου ότι πολλές υπηρεσίες υγείας απουσιάζουν από τις συγκεκριμένες γεωγραφικές ενότητες και παρά το όποιο διαθέσιμο εισόδημα, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνεται.

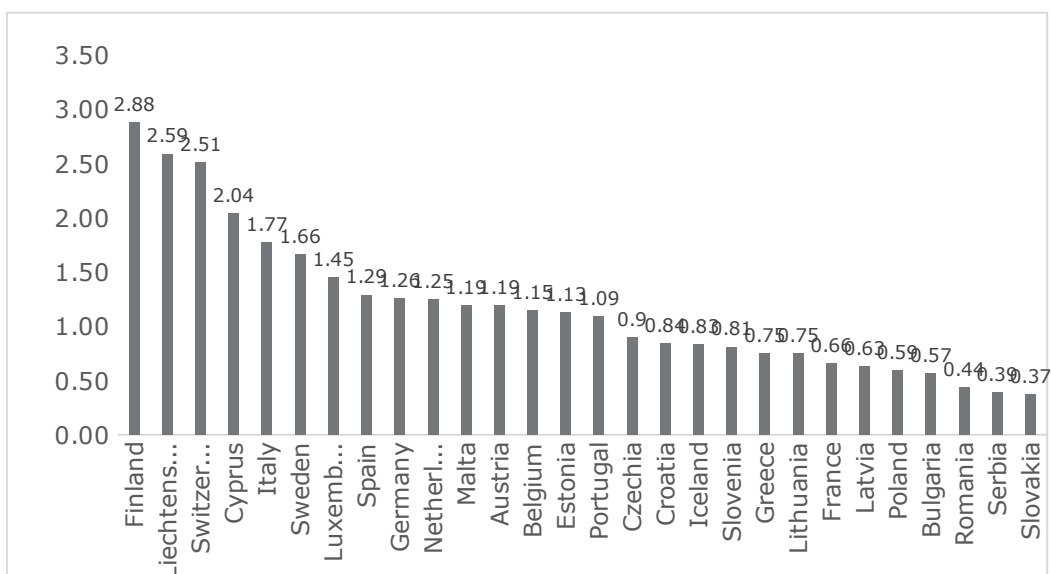
3.4.1 Μαγνητικοί και Αξονικοί Τομογράφοι

Σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, το 2019 η Ελλάδα κατατάσσεται 20^η ως προς τις διαθέσιμες μονάδες εξοπλισμού Αξονικής Τομογραφίας ανά 100.000 κατοίκους ανάμεσα σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σχήμα 21), ενώ αντίστοιχα κατατάσσεται (20^η θέση) ως προς τις διαθέσιμες μονάδες εξοπλισμού Μαγνητικής Τομογραφίας ανά 100.000 κατοίκους σε σχέση με τις λοιπές χώρες της ΕΕ (Σχήμα 22). Η χώρα έχει παρουσιάσει σημαντική μείωση σε σχέση με το 2012 όπου κατείχε το ψηλότερο και δεύτερο υψηλότερο ποσοστό αντίστοιχα των μονάδων αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας στην ΕΕ. Αξίζει να σημειωθεί πως η χώρα λόγω της νησιωτικότητας και της πληθώρας γεωγραφικά απομονωμένων περιοχών χρήζει μεγαλύτερης διασποράς της μόνιμης βάσης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Σχήμα 21: Αριθμός Μονάδων Αξονικών Τομογράφων ανά 100.000 κατοίκους το 2019 (Πηγή: Eurostat)



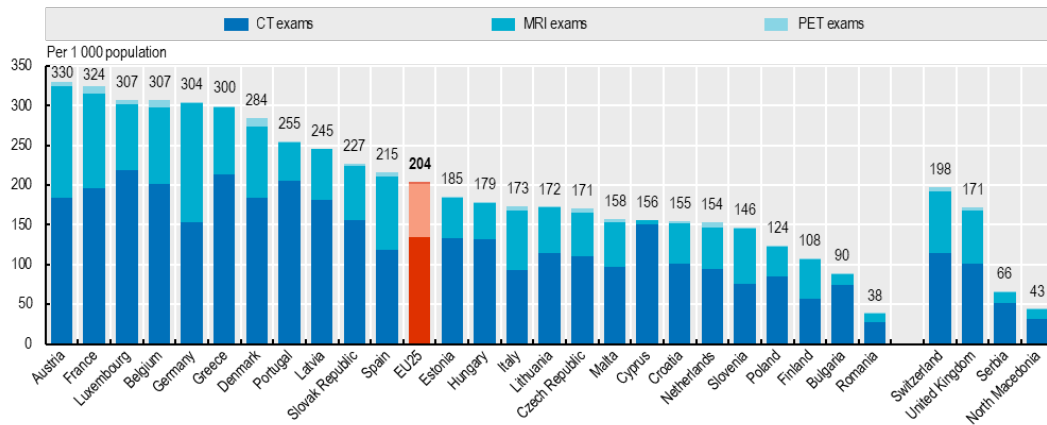
Σχήμα 22: Αριθμός Μονάδων Μαγνητικών Τομογράφων ανά 100.000 κατοίκους το 2019 (Πηγή: Eurostat)



Οι παραπάνω αποτυπώσεις είναι απόρροια σημαντικά μειωμένου αριθμού εξοπλισμού υψηλής κεφαλαιακής αξίας, γεγονός που υποδεικνύει τον ενδεχόμενο εξορθολογισμό παροχής υπηρεσιών αλλά και την ταυτόχρονα μειωμένη αγοραστική δύναμη ορμώνου από την πώση των δημόσιων δαπανών. Επιπλέον τονίζεται ότι χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας είναι ο υψηλός αριθμός παροπλισμένων μηχανημάτων (με βραχυπρόθεσμο διάστημα ζωής 7-10 ετών) σε συνδυασμό με την έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού για τη χρήση τους. Αυτό οδηγεί στη μη βέλτιστη αξιοποίηση των μονάδων εξοπλισμού μαγνητικής και αξονικής τομογραφίας και κατ' επέκταση στη δημιουργία μεγάλων λιστών αναμονής για εξετάσεις.

Στην Ελλάδα, η άλογη παραπομπή εξειδικευμένων αξονικών και μαγνητικών εξετάσεων ανά ποσοστό πληθυσμού επίσης ξεπερνάει κατά μεγάλο ποσοστό το μέσο όρο αξονικών και μαγνητικών εξετάσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σχήμα 23). Η έλλειψη ενός ενιαίου Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) που θα περιέχει το σύνολο των εξετάσεων και δεδομένων ενός ασθενή, ενισχύει παράλληλα το φαινόμενο της πρόσθετης ζήτησης εξετάσεων καθώς οδηγεί στην αλόγιστη παραπομπή και επανάληψη ακριβών και εξειδικευμένων εξετάσεων.

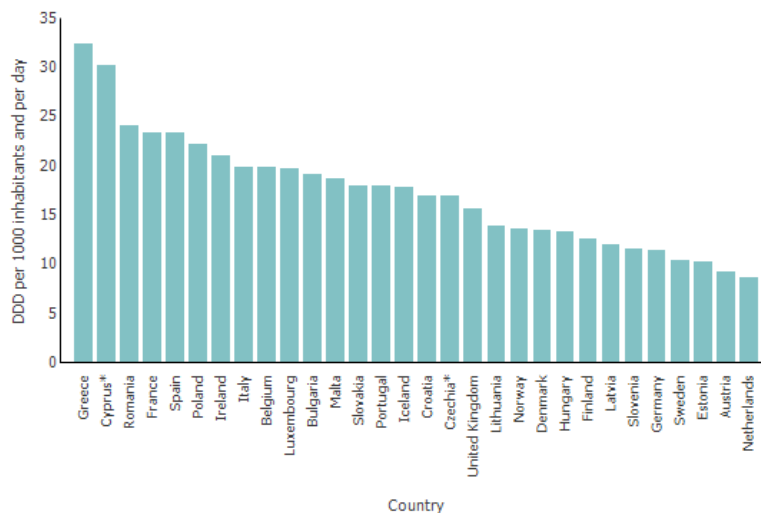
Σχήμα 23: Εξετάσεις Μαγνητικής, Αξονικής Τομογραφίας και Εκπομπής Ποζιτρονίων Τομογραφίας ανά 1.000 κατοίκους το 2018 (Πηγή: ΟΟΣΑ)



3.4.3 Όγκος Συνταγογραφημένων Αντιβιοτικών

Με την ελλιπή διάθεση γενικών ιατρών και την υπερπροσφορά υπηρεσιών εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας, ο Ελληνικός πληθυσμός οδηγείται όχι μόνο στην αλόγιστη εκτέλεση ακριβών εξειδικευμένων εξετάσεων αλλά και στην υπερβολική χρήση και κατανάλωση αντιβιοτικών. Η ζήτηση που διαμορφώνεται από την πλευρά του παρόχου, η αυξημένη συνταγογράφηση αντιβιοτικών φαρμάκων και το φαινόμενο της υπερκατανάλωσης και αλόγιστης χρήσης τους, τεκμηριώνεται από το γεγονός ότι η Ελλάδα κατέχει την υψηλότερη κατανάλωση αντιβιοτικών στην Ευρώπη (Σχήμα 24). Επιπρόσθετα, η χώρα βρίσκεται ψηλά και στα ποσοστά χρήσης ακριβών αντιβιοτικών έναντι γενόσημων γεγονός που αυξάνει τις δαπάνες υγείας και επιβαρύνει το σύστημα αλλά και τους ασθενείς αντιστοίχως. Για την αντιμετώπιση των παραπάνω έχει δημιουργηθεί σχετικός μηχανισμός στην άυλη συνταγογράφηση η οποία προϋποθέτει τεκμηρίωση σε περίπτωση χρήσης επώνυμου αντιβιοτικού έναντι γενόσημου και την ενδυνάμωση του φαρμακοποιού να προτείνει εναλλακτικές στον ασθενή κατά την αγορά φαρμάκων με σύσταση προς το γενόσημο σκεύασμα.

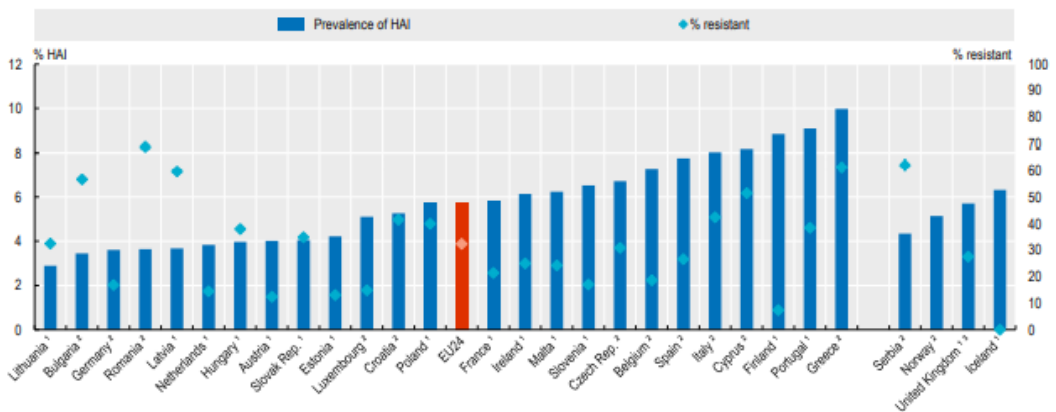
Σχήμα 24: Κατανάλωση Αντιβιοτικών Φαρμάκων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα ανά 1.000 κατοίκους, 2019 (Πηγή: Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων)



Η κατάχρηση συνταγογραφημένων αντιβιοτικών που παρατηρείται στην Ελλάδα, μπορεί να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις όπως κίνδυνο προς τη δημόσια υγεία λόγω της ανεπτυγμένης ανθεκτικότητας έναντι βακτηρίων και επιβάρυνση του συστήματος υγείας λόγω δαπανών που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί.

Σχήμα 25: Ποσοστό Νοσηλευόμενων Ασθενών με τουλάχιστον μια ανθεκτική λοίμωξη για το 2016-2017 (Πηγή: ΟΟΣΑ)

Figure 6.29. Percentage of hospitalised patients with at least one health care-associated infection and the proportion of these infections resistant to antibiotics, 2016-17



Note: The EU average is unweighted. Country representativeness of data is limited in Bulgaria and the Netherlands. Data from Norway include partial imputation for missing types of infections. 1. Under 5% of patients were included from intensive care units (ICU). 2. Over 5% of patients were included from ICU. 3. Unweighted average for England, Northern Ireland and Wales. Source: Suetens, C. et al. (2018), ECDC 2016-17 Point prevalence survey.

Η προβλέψιμη επίπτωση του κινδύνου προς τη δημόσια υγεία, λόγω της υπερκατανάλωσης αντιβιοτικών, επιβεβαιώνεται από το δεδομένο ότι η Ελλάδα διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό νοσηλευόμενων ασθενών με μολύνσεις ανθεκτικές στα αντιβιοτικά, σε όλη την Ευρώπη (Σχήμα 25). Η επιτακτική ανάγκη αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου έχει αναγνωρισθεί επισήμως από τον ΟΔΙΠΥ και έχει αναπτυχθεί σχέδιο μεταρρυθμιστικών δράσεων με στόχο τη θωράκιση των νοσοκομείων έναντι των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

Ωστόσο, η δημιουργία και εφαρμογή της άυλης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η αυξανόμενη χρήση γενόσημων αντιβιοτικών εξυπηρετεί στην αντιμετώπιση της αλόγιστης χρήσης αντιβιοτικών καθώς ο όγκος συνταγογράφησης μεταξύ της χρονικής περιόδου 2011 με 2017 παρουσιάζει σταδιακή μείωση. Η εφαρμογή της υποχρεωτικής συνταγογράφησης των αντιβιοτικών αποτελεί σημαντική δράση για την ενίσχυση και διατήρηση της σταδιακής μείωσης της υπερκατανάλωσης αντιβιοτικών φαρμάκων καθώς και για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της στη δημόσια υγεία.

3.4.4 Προ - συμπτωματικός Έλεγχος του Καρκίνου του Μαστού και Παχέος Εντέρου

Παρά το πλεόνασμα ειδικευμένων ιατρών, η αποτελεσματικότητα στον προ-συμπτωματικό έλεγχο και έγκαιρη διάγνωση ασθενειών στην Ελλάδα στο παρελθόν παρουσιάζει σημαντική υστέρηση και δεν συμβάδιζε με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα αποδοτικότητας.

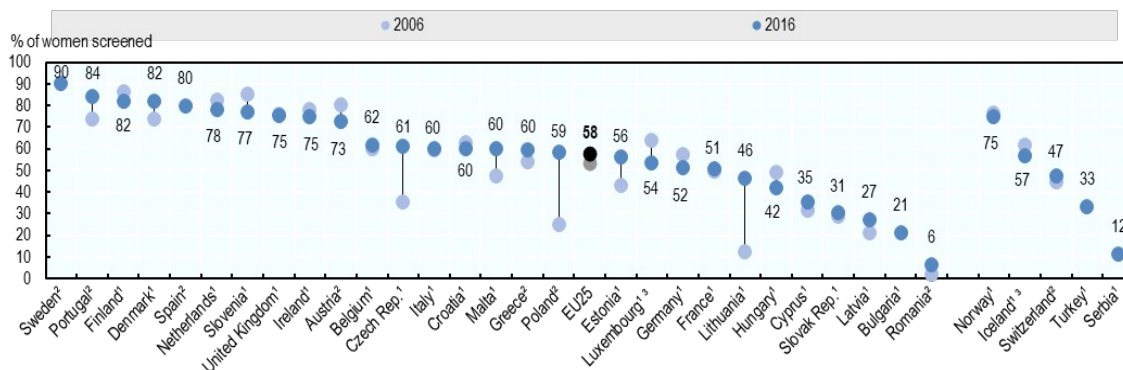
Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου στους άνδρες, μετά τον καρκίνο του προστάτη και τον καρκίνο του πνεύμονα (ΟΟΣΑ, 2020). Αντίστοιχα, στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θνησιμότητας (ΟΟΣΑ, 2020).

Συνεπώς, ο προ-συμπτωματικός έλεγχος για αυτές τις δύο μορφές καρκίνου οφείλει να αποτελέσει προτεραιότητα του συστήματος υγείας ώστε να επιτευχθεί έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία και κατά συνέπεια να βελτιωθεί η αποτρεπτή θνησιμότητα στην Ελλάδα.

Με στόχο τον αποτελεσματικό προ-συμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού, η πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ, έχει θεσπίσει πληθυσμιακά προγράμματα ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και μεγάλης-κλίμακας δωρεάν προγράμματα για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Η Ελλάδα παραμένει από τις λίγες χώρες που δεν έχουν θεσπίσει τα συγκεκριμένα προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου που προβλέπουν καθολική πληθυσμιακή κάλυψη (Cancer Screening in European Union, EU Commission 2017). Ως αποτέλεσμα παρατηρείται μία έλλειψη στην καταγραφή δεδομένων αναφορικά με την μαστογραφία και τον προ-συμπτωματικό έλεγχο τα τελευταία χρόνια. Το παρόμοιο φαινόμενο της ανεπάρκειας πρόσφατων στοιχείων επίσης παρατηρείται όσον αφορά και τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

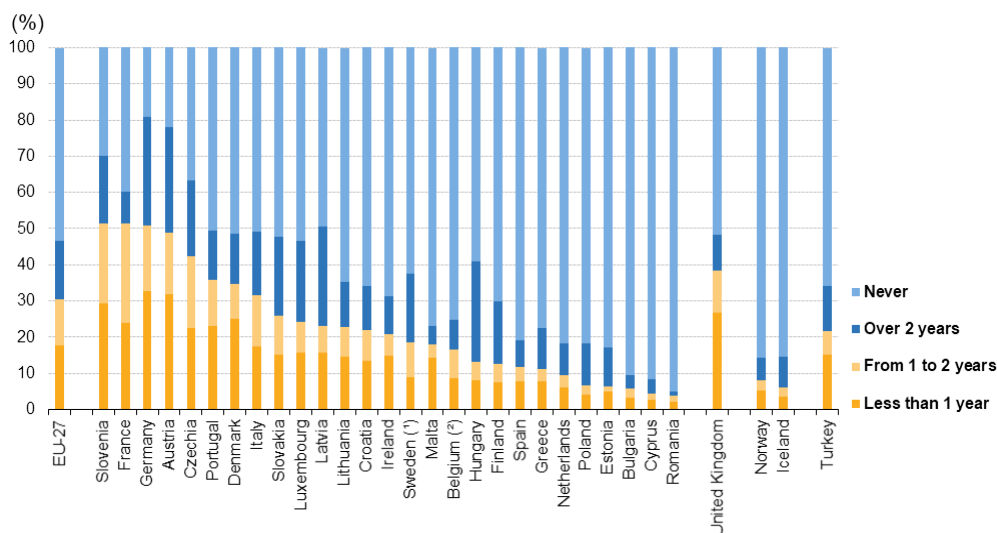
Η εφαρμογή του προ-συμπτωματικού ελέγχου σε παθήσεις όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του καρκίνου του μαστού στο παρελθόν υπήρξε ελλιπής σε σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται μια σταδιακή βελτίωση, καθώς τα ποσοστά ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στην ηλικιακή ομάδα γυναικών μεταξύ 50-69 ετών συμβαδίζουν με τα ποσοστά προ-συμπτωματικού ελέγχου των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών (Σχήμα 26). Συγκεκριμένα, ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος ποσοστού γυναικών που υποβλήθηκαν σε προ-συμπτωματικό έλεγχο μαστογραφίας τα τελευταία δύο έτη ανέρχεται στο 57,9% το 2016, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό γυναικών στην Ελλάδα το 2016 ξεπερνά τον μέσο όρο της ΕΕ και ανέρχεται στο 59,6% (Σχήμα 26).

Σχήμα 26: Ποσοστό Μαστογραφίας σε γυναίκες ηλικίας 50-69 στα τελευταία δύο έτη (Πηγή: ΟΟΣΑ)



Αναφορικά με τον προ-συμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου το ποσοστό ελέγχου μέσα στα τελευταία χρόνια παραμένει συγκριτικά χαμηλό σε σύγκριση με τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο και τις υπόλοιπες χώρες. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό-αναφερόμενης καταγραφής ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στην Ελλάδα το τελευταίο έτος βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα (7,7%) από το μέσο όρο της ΕΕ που κυμαίνεται στο 17,7% (Σχήμα 27). Ωστόσο το ποσοστό αυτό-αναφερόμενης καταγραφής ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στην Ελλάδα για τα τελευταία 3 ή περισσότερα έτη βρίσκεται πιο κοντά στον μέσο όρο της ΕΕ, καθώς ανέρχεται στο 8,5% ενώ ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος βρίσκεται στο 10,6% (Σχήμα 27).

Σχήμα 27: Αυτό-αναφερόμενος έλεγχος- ποσοστό ατόμων ηλικίας 50-74 ετών που έχουν υποβληθεί σε προ-συμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους (Πηγή: Eurostat).



Note: the figure is ranked on the proportion of all people aged 50 to 74 years having had a colorectal cancer screening test within the two years prior to the survey.

(*) From 1 to 2 years and over 2 years: definition differs.

(?) Low reliability.

Source: Eurostat (online data code: h1th_ehis_pa5e)

eurostat

Ο προ-συμπτωματικός έλεγχος για την έγκαιρη διάγνωση συχνών μορφών καρκίνων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση των δεικτών της θεραπεύσιμης θνησιμότητας. Ενώ έχουν ήδη ανακοινωθεί κάποιες δράσεις για τον δωρεάν έλεγχο και πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού μέσω μαστογραφίας, παρόμοιες δράσεις με στόχο την καθιέρωση δωρεάν προγραμμάτων προ-συμπτωματικού ελέγχου με καθολική κάλυψη και για άλλες μορφές καρκίνου οφείλουν να εφαρμοσθούν και να επεκταθούν σε περισσότερες ηλικιακές ομάδες.

3.5 Διακυβέρνηση του συστήματος Υγείας

Η ορθή διοίκηση του τομέα Υγείας στην Ελλάδα παρεμποδίζεται από οργανωτικές δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας, όπως η αδικαιολόγητη γραφειοκρατία, η έλλειψη κανονιστικού πλαισίου στον ιδιωτικό τομέα και η μεγάλη φαρμακευτική δαπάνη. Επίσης, επισημαίνονται προβλήματα ως προς την αποτελεσματικότητα εφαρμογής παρεμβατικών δράσεων λόγω της ανάγκης συνέργειας μεταξύ πολλαπλών εμπλεκόμενων φορέων του Υπουργείου κατά τη διαχείριση προγραμμάτων και των φορέων χρηματοδότησης.

Η διοίκηση και η λήψη αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας χαρακτηρίζεται από την έλλειψη κρίσιμων πληροφοριών για το στρατηγικό σχεδιασμό μελλοντικών δράσεων, παρά την υλοποίηση της εφαρμογής του BI Health και αναβάθμισης πληροφοριακών συστημάτων της ΗΔΙΚΑ και του ΕΟΠΥΥ. Η συγκεκριμένη έλλειψη στρατηγικών πληροφοριών παρατηρείται και από την ανεπάρκεια στοιχείων στον τομέα της Υγείας στη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ ή της Eurostat. Μέσω πρόσφατων μεταρρυθμιστικών δράσεων, σταδιακά σημειώνεται μία πρόοδος στην αναβάθμιση των ψηφιακών υποδομών των νοσοκομειακών μονάδων και κατά επέκταση στην ψηφιοποίηση δεδομένων ασθενών, τα οποία θα προβούν χρήσιμα στη συγκέντρωση πληροφοριών και στις μετρήσεις αποδοτικότητας της φροντίδας υγείας.

3.5.1 Εμπλεκόμενοι Φορείς και Συμμετοχή στη Διακυβέρνηση

Η συμμετοχή πολλαπλών φορέων στη διακυβέρνηση του συστήματος Υγείας έχει συμβάλει στον περιορισμό της αποτελεσματικότητας παρεμβατικών δράσεων μέσω πολιτικών και στρατηγικών προγραμμάτων. Η αδυναμία επιτυχούς επικοινωνίας και συντονισμού μεταξύ διαφόρων Υπηρεσιών, η υπερβολική γραφειοκρατία και οι ανελαστικές διαδικασίες έχουν συνεισφέρει στον κατακερματισμό των διοικητικών δομών του Συστήματος Υγείας (ΥΠΕ, ΚΕΣΥΠΕ κλπ.).

Με σκοπό την καλύτερη διασφάλιση της ποιότητας παροχής φροντίδας ιδρύθηκε ο Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ). Οι αρμοδιότητες του ΟΔΙΠΥ συμπεριλαμβάνουν την αναβάθμιση ήδη υφιστάμενων και τη δημιουργία νέων διαδικασιών και πρωτοκόλλων που σχετίζονται με την ποιότητα και τη διοίκηση νοσοκομειακών μονάδων και έπειτα η προσαρμογή και αξιολόγησή τους. Ο ΟΔΙΠΥ επίσης προωθεί και στηρίζει υπηρεσίες εκπαίδευσης και κατάρτισης ιατρο-τεχνολογικού προσωπικού, ενισχύει συνεργασίες με ιδρύματα και διεθνείς οργανισμούς για την ανάπτυξη κοινών δράσεων με σκοπό τη μετάδοση τεχνογνωσίας και ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών στα πλαίσια της υγείας. Παράλληλα συμβάλλει στην καταγραφή και τον εντοπισμό ελλείψεων και ακάλυπτων αναγκών και στη χαρτογράφηση των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, συνεισφέρει στην ανάπτυξη δεικτών για την αξιολόγηση υπηρεσιών και διοικητικών πρακτικών και ταυτόχρονα ενημερώνει τους πολίτες για την πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών. Παρόλου που η ίδρυση ενός νέου οργανισμού κανονικά θα επιβάρυνε την πολυπλοκότητα, η σύσταση του ΟΔΙΠΥ σκοπεύει στη χαρτογράφηση του χώρου της υγείας και στην αντιμετώπιση αγκυλώσεων.

Η σύσταση του Κέντρου Τεκμηρίωσης & Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕΤΕΚΝΥ) με στόχο την εφαρμογή των Ομογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (ΟΔΚ, Diagnostics Related Group-DRGs) βασίζεται στην ανάπτυξη μίας ενιαίας οργανωμένης διαδικασίας ομοιογενούς κοστολόγησης, τιμολόγησης και διαχείρισης νοσηλείων προσαρμοσμένης στα Ελληνικά δεδομένα του συστήματος Υγείας. Η ίδρυση του ΚΕΤΕΚΝΥ σηματοδότησε τη στροφή από το μοντέλο των ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια) στη καθιέρωση των ΟΔΚ στα πλαίσια καινοτομίας της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων και της χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων.

Η εισαγωγή των ΟΔΚ αποσκοπεί στη μείωση της δαπάνης και στην απλοποίηση της διαδικασίας τιμολόγησης και στην αποζημίωση νοσοκομειακών ιδρυμάτων από ασφαλιστικούς οργανισμούς. Για την ορθή εφαρμογή των ΟΔΚ ως απαραίτητη προϋπόθεση τίθεται η προηγούμενη αναδιοργάνωση των υποδομών για να υποστηρίζεται η ομοιογενής κοστολόγηση σε επίπεδο προμηθειών, σκευασμάτων και στη διαβάθμιση ασθενειών. Παρόμοια με τον ΟΔΙΠΥ, το ΚΕΤΕΚΝΥ έρχεται να στοχεύσει σε σημεία όπου η προηγούμενη πολυπλοκότητα εμφάνιζε αγκυλώσεις και αδυνατούσε να αντιμετωπίσει.

3.5.2 Φαρμακευτική Δαπάνη

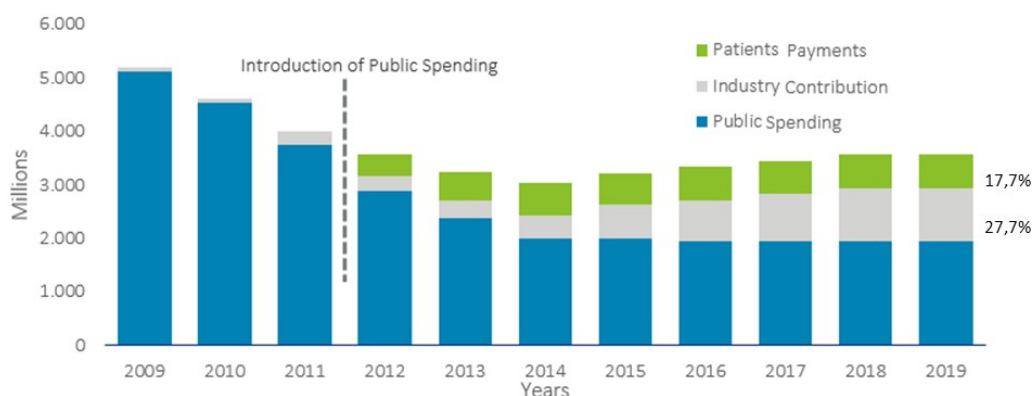
Το Υπουργείο Υγείας διαθέτει περιορισμένη επιρροή στον ιδιωτικό τομέα της Υγείας γεγονός που καθιστά την εποπτεία και τη ρύθμισή του μία ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κοστοβόρα φαρμακευτική δαπάνη σε συνδυασμό με την περιορισμένη χρήση των γενόσημων, η οποία ωστόσο έχει αυξηθεί τα τελευταία πέντε χρόνια, αλλά και την υψηλή συνεισφορά ασθενών μέσω ιδίων δαπανών, στην κάλυψη νοσηλείων.

Με στόχο την αντιμετώπιση και τον περιορισμό της υψηλής φαρμακευτικής δαπάνης, επισημαίνεται ότι σταθεροποιήθηκε ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΠΥ για τη διασφάλιση της δημοσιονομικής σταθερότητας του συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα, εισήχθησαν ανώτατα όρια δαπανών στο δημόσιο προϋπολογισμό φαρμάκων, ενώ από το 2016, ο προϋπολογισμός για τη φαρμακευτική δαπάνη ορίστηκε στα 1,9 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως και μετέπειτα παρέμεινε σταθερός σημειώνοντας μείωση ~62% από το 2009. Ο προϋπολογισμός για τα δημόσια νοσοκομεία ορίστηκε στα 510 εκατ. ευρώ, σημειώνοντας μείωση ~33% από το 2012. Ο προϋπολογισμός των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκε περαιτέρω σε 501 εκατ. ευρώ το 2019. Το 2018, ο προϋπολογισμός των εσωτερικών ασθενών αυξήθηκε κατά 50 εκατ. ευρώ για πρώτη φορά μετά την εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών, σε μια προσπάθεια κάλυψης των αυξανόμενων αναγκών των ασθενών. Ωστόσο, αυτοί οι περιορισμοί οδηγούν σε μεγαλύτερη συμβολή της βιομηχανίας (clawback & rebate) κάθε χρόνο, καθώς αυξάνεται η ζήτηση, οι ακάλυπτες ανάγκες και οι προσδοκίες των ασθενών. Με αποτέλεσμα τη μείωση των περιθωρίων κόστους για τις ιδιωτικές εταιρείες και την αδυναμία προσέλκυσης επενδύσεων, το 2021 η κυβέρνηση άνοιξε διάλογο επικοινωνίας αναφορικά με το clawback ώστε να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα συμφωνημένα μεταξύ των δύο εταίρων παρόμοια με την υπόλοιπη Ένωση.

Σε μια προσπάθεια επίτευξης των στόχων που έθεσε το Υπουργείο Υγείας, οι δημόσιες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα και άλλα ιατρικά αναλώσιμα αγαθά στην Ελλάδα, ως μερίδιο του ΑΕΠ, μειώθηκαν έως το 2017 σε 1,2%, πλησιάζοντας στο μέσο όρο της ΕΕ22 του 1%. Οι μεταρρυθμίσεις επικεντρώθηκαν κυρίως στη δημοσιονομική προσαρμογή και τον περιορισμό του κόστους. Ως αποτέλεσμα, ενώ οι ιδιωτικές κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες το 2017 υπερέβησαν κατά 22% την ΕΕ κατά μέσο όρο, οι δημόσιες ήταν κάτω από αυτό κατά 36%. Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία του 2016, η Ελλάδα είχε το υψηλότερο μερίδιο των συνεισφορών της βιομηχανίας έναντι των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών εκτός από συνεισφορές ασθενών, σε σύγκριση με άλλες ΕΕ χώρες, όπου ο μέσος όρος ήταν ~9%.

Τονίζεται ότι το 2019 η ιδιωτική συνεισφορά ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη άγγιξε το 17,7% (€632εκατ.) ενώ αυτή της βιομηχανίας το 27,7% (€990 εκατ.) - (Σχήμα 28).

Σχήμα 28 : Συνεισφορά στη Φαρμακευτική Δαπάνη ανά Φορέα (Δημόσια Δαπάνη, Συνεισφορά Βιομηχανίας, Πληρωμές Ασθενών) από το 2009 έως το 2019 - € εκατ. (Πηγή: IOBE 2018)



Το 2011 όλα τα ταμεία δημόσιας ασφάλισης συγχωνεύτηκαν στον ΕΟΠΠΥ, ένα ενοποιημένο ταμείο υγείας. Στόχος του ΕΟΠΠΥ είναι η εξισορρόπηση των ποσοστών εισφορών και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, για τους εργαζόμενους και τα εξαρτώμενα άτομα. Ο ΕΟΠΥΥ ενεργεί ως μεμονωμένος αγοραστής

υγειονομικών υπηρεσιών και φαρμακευτικών προϊόντων για τον ασφαλισμένο πληθυσμό. Ενώ η εφαρμογή του ΕΟΠΥΥ έχει βελτιωθεί μέχρι στιγμής, παραμένουν ορισμένες προκλήσεις, ιδίως η αποτελεσματική κατανομή κεφαλαίων στον ΕΟΠΥΥ, η επιμονή των καθυστερήσεων στις πληρωμές τους σε δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους και στη συλλογή εισφορών.

Το 2017, με τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης εισήχθη ο ρόλος του γενικού ιατρού και αναπτύχθηκαν Διεπιστημονικές Ομάδες Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (ΤΟΜΥ). Ωστόσο, η πρωτοβάθμια φροντίδα παραμένει αδύναμη με τις μεταρρυθμίσεις να μην έχουν εφαρμοστεί πλήρως.

Το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης εισήχθη το 2012, με στόχο τη μετρίαση της ζήτησης μέσω της παρακολούθησης της συμπεριφοράς συνταγογράφησης και των τρόπων διανομής.

Τον Ιανουάριο του 2014, επιβλήθηκε ανώτατο όριο 80% του προϋπολογισμού συνταγογράφησης του προηγούμενου έτους στο μηνιαίο ποσό που θα μπορούσε να συνταγογραφήσει ένας γιατρός - αυτό το μέτρο τροποποιήθηκε το 2015 και το επίδομα εξαρτάται από την ειδικότητα του ιατρού, τον αριθμό των ασθενών, την περιοχή και την περίοδο. Συνολικά, 72 θεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν δημοσιευτεί στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας, αλλά η εφαρμογή τους στην πράξη δεν έχει ακόμη αξιολογηθεί.

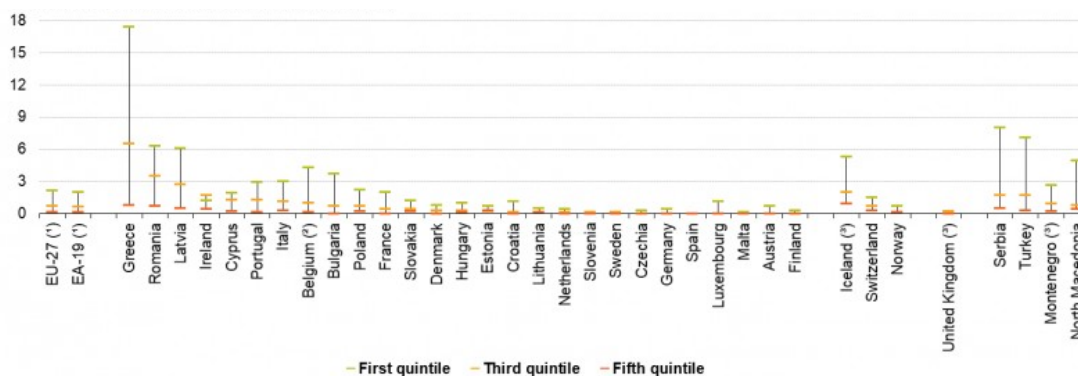
Η διείσδυση των γενόσημων στην ελληνική αγορά ήταν χαμηλότερη από τα περισσότερα κράτη-μέλη, ενδεικτικά ανέρχεται σε 34,1% κατά μέσο όρο σε σύγκριση με το 61,3% του μέσου όρου της ΕΕ. Μετά την ίδρυση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το 2012, η χρήση γενόσημων φαρμάκων έχει προωθηθεί από μια σειρά μέτρων, όπως: απαίτηση γιατρών να συνταγογραφούν φάρμακα χρησιμοποιώντας τη δραστική ουσία (επιτρέποντας τη χρήση εμπορικών σημάτων μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις) που απαιτεί το 50% των φαρμάκων που συνταγογραφούνται σε δημόσια νοσοκομεία να είναι γενόσημα φάρμακα και να καθιερώνουν υποχρεωτική γενική υποκατάσταση στα φαρμακεία. Επίσης, ως επιπλέον μέτρο για την αντιμετώπιση της υψηλής φαρμακευτικής δαπάνης εφαρμόστηκε μια πολιτική που ορίζει ότι η μέγιστη τιμή των γενόσημων φαρμάκων δεν μπορεί να οριστεί σε περισσότερο από το 65% των επώνυμων φαρμάκων.

3.6 Ανεκπλήρωτες Ανάγκες Υγείας (Unmet Health Needs)

Ένα από τα πιο έντονα υγειονομικά και κοινωνικά αποτυπώματα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα αποτέλεσε η ραγδαία αύξηση των ακάλυπτων αναγκών υγείας. Η οικονομική κρίση και η εφαρμογή προγράμματος λιτότητας επέφεραν σημαντική αύξηση των ακάλυπτων αναγκών υγείας από το 5,2% (2009) στο 7,8% (2016) στην Ελλάδα. Ακόμη μεγαλύτερη αύξηση των ακάλυπτων αναγκών δημιουργήθηκε στον τομέα της οδοντιατρικής περίθαλψης από το 6% (2009) στο 13,8% (2016), όπου οι ακάλυπτες ανάγκες ξεπέρασαν 2,5 φορές τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Οι αυξημένες προσφυγικές ροές σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση επιβάρυναν επιπλέον την πρόσβαση ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στην ΠΦΥ, οδηγώντας την Ελλάδα σε χαμηλές επιδόσεις αναφορικά με την κάλυψη ιατρικών αναγκών συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ. Οι ακάλυπτες ανάγκες υγείας εξαρτώνται άμεσα από το ύψος των δημοσίων δαπανών για την υγεία και από τις οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες του πληθυσμού. Παρατηρείται μεγάλο χάσμα ανάμεσα στις ακάλυπτες ανάγκες υγείας μεταξύ του πρώτου (υψηλότερου) και πέμπτου (χαμηλότερου) εισοδηματικού πεμπτημορίου του πληθυσμού. Οι μεγάλες αποκλίσεις που αναφέρονται σχετικά με τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας, εντοπίζονται κατά βάση μεταξύ χαμηλών και υψηλών εισοδηματικών πεμπτημορίων (Σχήμα 29) γεγονός που αποτυπώνει τις

μεγάλες ανισότητες ως προς την εκπλήρωση των αναγκών της ιατρικής περίθαλψης ανάλογα με τα εισοδηματικά κριτήρια που υποδηλώνουν την πιθανή στρόφη σε ιδιωτική περίθαλψη. Το 10,1% του πληθυσμού το 2018 δήλωσε πως έχει ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες (Eurostat, 2019) και σχεδόν ένας στους πέντε Έλληνες του χαμηλότερου εισοδηματικού πεμπτημορίου ανέφεραν τη στέρηση υγειονομικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους (ΟΟΣΑ, 2018).

Σχήμα 29: Αναφορά ακάλυπτων αναγκών ιατρικής εξέτασης και θεραπείας λόγω υψηλού κόστους ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο, 2019 (Πηγή: Eurostat)



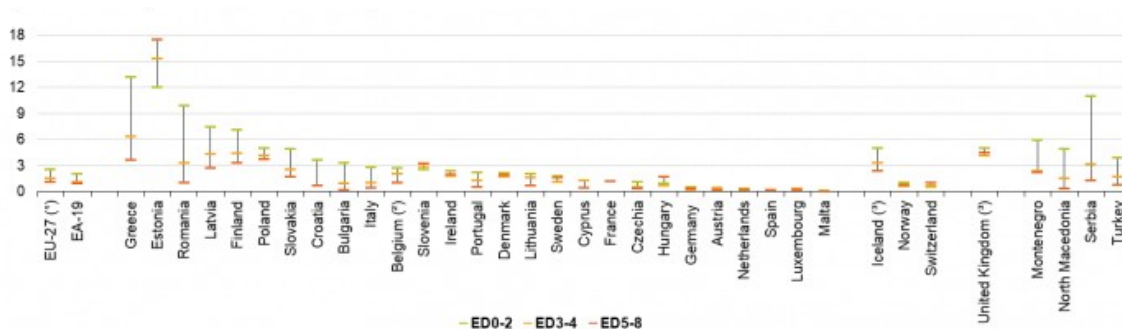
Note: Belgium, France, Luxembourg, Finland, United Kingdom ("Fifth quintile" - not significant), Czechia, Germany, Spain, Austria, Finland ("Third quintile" - not significant), Spain ("First quintile" - not significant).

(*) Estimated data.
(*) Break in time series.
(*) 2018 data.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_08)

eurostat

Σχήμα 30: Αναφορά ακάλυπτων αναγκών ιατρικής εξέτασης και θεραπείας λόγω υψηλού κόστους ανά μορφωτικό επίπεδο, 2019 (Πηγή: Eurostat)



Note: ED0-2 (Less than primary, primary and lower secondary education (levels 0-2), ED3-4 (Upper secondary and post-secondary non-tertiary education (levels 3 and 4), ED5-8 (Tertiary education (levels 5-8)

(*) Estimated data.
(*) Break in time series.
(*) 2018 data.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_14)

eurostat

Αντίστοιχα, στην ΕΕ, το 1,1 % των ατόμων που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή θεραπεία λόγω του ότι ήταν πολύ δαπανηρή, πολύ μακριά για να ταξιδέψουν ή λόγω λιστών αναμονής το 2019. Το ποσοστό αυτό έφτασε το 1,5 % για τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει την ανώτερη δευτεροβάθμια ή μετα-δευτεροβάθμια μη-τριτοβάθμια εκπαίδευση και το 2,5 % για τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το πολύ κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Αυτό το γενικό μοτίβο αυξανόμενων ανεκπλήρωτων αναγκών σε συνδυασμό με μειωμένο μορφωτικό επίπεδο παρατηρήθηκε στην

πλειονότητα των κρατών μελών της ΕΕ, με σαφή παραδείγματα όπως η Ελλάδα. Στην Ελλάδα παρατηρείται μεγάλο χάσμα αναφορικά με τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας, μεταξύ χαμηλών και υψηλών μορφωτικών επιπέδων (Σχήμα 30) σε σύγκριση με την πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών και με το μέσο όρο της ΕΕ.

Λόγω των υψηλών ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας που αναφέρονται στην Ελλάδα, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη μίας αποτελεσματικής πολιτικής με επίκεντρο την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών και την εξισορρόπηση των ανισοτήτων και αποκλεισμών στην υγειονομική περίθαλψη. Το έλλειμα ικανοποίησης των αναγκών που υφίσταται στην Ελλάδα, οφείλει να αντιμετωπιστεί με ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Ο σχεδιασμός της πολιτικής αντιμετώπισης των συνεπειών της οικονομικής ύφεσης καθώς και της πανδημίας θα πρέπει να στοχεύει στην εκπλήρωση των αναγκών υγείας των πολιτών, στην προάσπιση της υγείας του συνόλου του πληθυσμού και στη μείωση των αποκλεισμών από τις παροχές υπηρεσιών υγείας. Ο σχεδιασμός της πολιτικής οφείλει να εστιάζει στην ενίσχυση της καθολικής πρόσβασης στην υγεία, στον αναπροσανατολισμό του συστήματος υγείας υπέρ της πρόληψης, της προαγωγής της υγείας σε εξωνοσοκομειακά περιβάλλοντα και της ΠΦΥ χαρακτηριζόμενη από κοινοτικές δράσεις. Η ενίσχυση της λειτουργίας της ΠΦΥ, η ανάπτυξη νέων μοντέλων ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών, η εφαρμογή ολιστικής φροντίδας, η αναπροσαρμογή ιατρικών ειδικοτήτων και η ενδυνάμωση των κοινοτικών υπηρεσιών θα συντελέσουν στην αποφόρτιση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και κατ' επέκταση στη μείωση των ακάλυπτων αναγκών.

3.7 Άλλοι Κρίσιμοι Παράγοντες υφιστάμενης κατάστασης

Οι συντριπτικές επιπτώσεις της πανδημίας σε συνδυασμό με τις αυξημένες προσφυγικές ροές επιβάλλουν επιπρόσθετες πιέσεις σε ένα ήδη πιεσμένο σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας υπέστη περαιτέρω πιέσεις λόγω της πανδημίας, η οποία ανέδειξε πολλαπλούς τομείς βελτίωσης στις υποδομές της υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, η πανδημία CoViD-19 επισήμανε την ανάγκη αναδιοργάνωσης και αναβάθμισης των υποδομών των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, την αύξηση ειδικών κλινών/μονάδων, την εκπαίδευση προσωπικού για την απόκτηση ψηφιακών και άλλων δεξιοτήτων, τη βέλτιστη χρήση τεχνολογιών αιχμής, την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και τέλος τη γενικότερη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου, ανθεκτικού και αποδοτικού συστήματος υγείας που θα είναι έτοιμο για την άμεση αντιμετώπιση μελλοντικών προκλήσεων. Επίσης, μέσα από τις πρωτοφανείς συνθήκες και πιέσεις που επέφερε η πανδημία, αναδείχθηκε η σημασία της διασφάλισης της έγκαιρης, εύκολης και καθολικής πρόσβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθώς και της εφαρμογής τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών για την καθολική συλλογή και ανταλλαγή χρήσιμων ιατρικών δεδομένων μεταξύ του επιστημονικού προσωπικού για τη βέλτιστη αξιοποίηση πληροφοριών (π.χ. για την ιχνηλάτηση κρουσμάτων, την εκτίμηση επιδημιολογικού κινδύνου, την ελάττωση της διασποράς, την έρευνα και στρατηγική θεραπείας ασθενών). Στα πλαίσια της ενημέρωσης και της καθοδήγησης πολιτών ως προς τις συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, επισημάνθηκε η αξία και η ανάγκη ενδυνάμωσης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης του ιού. Μέσα από την κρίση της πανδημίας επίσης αναδείχθηκε η άμεση ανάγκη της ενίσχυσης της επικοινωνίας μεταξύ πολιτών και οικογενειακών/ γενικών ιατρών ως πρώτο σημείο επαφής σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έτσι ώστε να αποφορτιστούν τα νοσοκομεία και να είναι σε θέση να ανταποκριθούν αποτελεσματικότερα στις προκλήσεις της πανδημίας CoViD-19. Επιπρόσθετα, ορίσθηκε ως αναγκαία η παρακολούθηση δεδομένων υγείας σε πληθυσμιακό

επίπεδο προκειμένου να στοχοποιούνται οι δράσεις και να περιορίζονται οι εξάρσεις ανάλογα με περιοχές που παρουσιάζουν συγκεκριμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.

Λόγω των αυστηρών μέτρων για τον περιορισμό της μετακίνησης με στόχο τη μείωση διασποράς του ιού SARS-CoV-2, αναδείχθηκαν επιπλέον ελλείψεις στη φροντίδα χρόνιων και ηλικιωμένων ασθενών που βρίσκονται σε γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές. Με αφορμή την αδυναμία μετακίνησης ασθενών προς τα αστικά κέντρα σε συνδυασμό με την αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού, επισημάνθηκε η άμεση ανάγκη ενίσχυσης των εφαρμογών τηλε-ιατρικής και η πρόσβαση σε ψηφιακές πλατφόρμες τηλε-συμβουλευτικής καθώς και η ανάγκη βελτίωσης κατ' οίκον λειτουργιών και υπηρεσιών της μετα-νοσοκομειακής φροντίδας και μακροχρόνιας φροντίδας.

Οι μετακινήσεις πληθυσμών προσφύγων αποτέλεσαν έναν επιπρόσθετο παράγοντα πιέσεων για το σύστημα υγείας καθώς η πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως πρόσφυγες και μετανάστες, επιδεινώθηκε και δημιουργήθηκαν αυξημένες ανάγκες παροχής ιατρικής φροντίδας. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις και ακάλυπτες ανάγκες καθώς μόλις το 2018 το 10,1% του πληθυσμού, και κυρίως πολίτες που εμπίπτουν σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος, ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής φροντίδας. Σύμφωνα με δεδομένα του ΟΟΣΑ, ένας στους πέντε Έλληνες που εμπίπτει στην κατηγορία χαμηλού εισοδήματος δεν διέθετε πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα λόγω δυσχερούς οικονομικής κατάστασης.

Παρά τη συνεχή προσπάθεια για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που διασφαλίζει καθολική και ελεύθερη πρόσβαση και την επέκταση του δικτύου της, παρουσιάζονται ακόμα ανεπάρκειες ως προς την εφαρμογή ενός σαφούς θεσμικού πλαισίου για την ορθή λειτουργία τοπικών δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Επιπλέον, εκκρεμεί ακόμα η βελτιστοποίηση και ενίσχυση των υφιστάμενων υπηρεσιών όπως των 127 Τοπικών Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (TOMY).

3.8 Σύνοψη Βασικών Συμπερασμάτων ως προς την υφιστάμενη κατάσταση

Η υφιστάμενη κατάσταση του τομέα της Υγείας στην Ελλάδα είναι επιβαρυνόμενη τα τελευταία χρόνια, γεγονός που οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες όπως οι συνθήκες φτώχειας που επέφερε η οικονομική κρίση, οι επιπτώσεις της πανδημίας και η επιβραδυνόμενη μεν - αύξηση στο προσδόκιμο ζωής, που σχετίζεται με μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Παρά το πιεσμένο σύστημα υγείας, οι αρμόδιες Ελληνικές αρχές έτευχαν μια εξαιρετική και άμεση ανταπόκριση στο πρώτο κύμα της πανδημίας ενώ τα τελευταία δύο έτη είχαν ήδη προβεί σε δράσεις για τη βελτίωση της αποτρεπτικής θνησιμότητας και σε μέτρα για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, όπως την απαγόρευση του καπνίσματος και λοιπών τύπων τσιγάρων (e-cigarettes, vaping) σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους.

Οι τρέχουσες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη σημαντική συρρίκνωση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ των παρελθουσών ετών καθώς και το υψηλό κόστος φροντίδας οδηγούν στον περιορισμό της καθολικής πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη. Οι χρονοβόρες και ανελαστικές διαδικασίες ή οι λίστες προτεραιότητας του δημοσίου τομέα, παρακωλύουν τη διαδικασία περίθαλψης και οδηγούν τους πολίτες στην επιλογή της ιδιωτικής φροντίδας. Το ύψος του ποσοστού των ιδίων / άμεσων δαπανών (ΟοΡ) των πολιτών για την υγεία, αποτελεί βασικό πρόβλημα για την κοινωνία και για το σύστημα υγείας, καθώς εμποδίζει την καθολική πρόσβαση σε ενδεχομένως κρίσιμες υπηρεσίες υγείας σε πολίτες που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν το κόστος τους. Για αυτό το λόγο, το ποσοστό των πολιτών που δεν

πραγματοποιούν κάποια ιατρική εξέταση στην Ελλάδα καταγράφεται ως το διπλάσιο από το μέσο όσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, το σταθερά αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής, οι υψηλοί δείκτες παχυσαρκίας, η υψηλή συχνότητα χρόνιων ασθενειών, και το μεγάλο ποσοστό ρύπων στην ατμόσφαιρα αυξάνουν τις πιθανότητες επικείμενων νοσημάτων, δημιουργούν νέες και αυξημένες ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας που κατά συνέπεια επιβαρύνουν επιπλέον ένα ήδη πιεσμένο σύστημα υγείας που αδυνατεί να τις καλύψει.

Άλλο ένα ελάττωμα του συστήματος υγείας αποτελεί η υπερπροσφορά εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού και η σπανιότητα γενικών/οικογενειακών ιατρών που οδηγεί στην αποδυνάμωση της γενικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Ελλάδα διαθέτει το χαμηλότερο ποσοστό γενικών ιατρών σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ένα υψηλό ποσοστό ειδικευμένων ιατρών που ξεπερνάει το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το σημαντικό πλεόνασμα ειδικών ιατρών αποτυπώνει τη στρέβλωση παροχής της πρωτοβάθμιας γενικής φροντίδας και τη στροφή προς στην κοστοβόρα εξειδικευμένη περίθαλψη. Σε συνδυασμό με την ανισότητα του πληθυσμού ιατρών καταγράφεται και η άνιση κατανομή των ιατρικών πόρων και του τεχνολογικού εξοπλισμού μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Επιπροσθέτως, επικρατεί άνιση γεωγραφική κατανομή νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και υγειονομικού προσωπικού καθώς η πλειοψηφία τους συγκεντρώνονται στα αστικά κέντρα και προκαλεί αδυναμία κάλυψης αναγκών ιατρικής περίθαλψης σε αγροτικές και γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές. Η άνιση κατανομή πόρων υγείας εμποδίζει την καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και καθιστά ευάλωτους τους πληθυσμούς που κατοικούν σε γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές.

Στο πλαίσιο έλλειψης της ισορροπίας μεταξύ εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης και γενικής πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο Ελληνικός πληθυσμός οδηγείται στην αλόγιστη εκτέλεση ακριβών εξειδικευμένων εξετάσεων αλλά και στην υπερβολική κατανάλωση αντιβιοτικών. Η κατάχρηση συνταγογραφημένων αντιβιοτικών που παρατηρείται στην Ελλάδα, επιφέρει συντριπτικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία οι οποίες σταδιακά αντιμετωπίζονται μέσω της εφαρμογής της άυλης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της προώθησης των γενόσημων αντιβιοτικών.

Τέλος, άλλοι κρίσιμοι παράγοντες που επηρεάζουν την υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας αποτελεί η κρίση της πανδημίας και οι προσφυγικές ροές. Οι μετακινήσεις πληθυσμών προσφύγων δημιούργησαν έναν επιπρόσθετο παράγοντα πίεσεων για το σύστημα υγείας και προώθησαν τη λήψη δράσεων για την καθολική πρόσβαση στην πρωτοβάθμια υγεία. Επιπροσθέτως, τα μέτρα περιορισμού της μετακίνησης επισήμαναν την άμεση ανάγκη ενίσχυσης των υπηρεσιών τηλε-ιατρικής και επιτάχυναν την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με αποτέλεσμα να αποφευχθεί η συμφόρηση των μονάδων και να ενισχυθεί η εξωνοσοκομειακή φροντίδα.

4. Η Εθνική Στρατηγική του τομέα Υγείας & το ΕΣΠΑ 2021-2027

4.1 Όραμα

Το όραμα του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) για την Προγραμματική Περίοδο (ΠΠ) 2021-2027 στοχεύει στη διασφάλιση της προστασίας και στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το ΥΥ στοχεύει στη διασφάλιση της προστασίας του πληθυσμού μέσω της εξάλειψης παραγόντων κινδύνου για την υγεία και στην επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας με την ταυτόχρονη εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος. Η αναβάθμιση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα εξασφαλίσει ως κεντρικό πυρήνα την καθολική και ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, δίνοντας έμφαση στις αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες και στην κατάλληλη κατανομή ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων του συστήματος.

Υπό αυτό το πλαίσιο, το όραμα του Υπουργείου Υγείας για την ΠΠ 2021-2027 είναι το παρακάτω:

Η προάσπιση, προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και η μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων διά της καθολικής κάλυψης και της διαμόρφωσης ενός αποτελεσματικού, ανθεκτικού και ανθρωποκεντρικού συστήματος, με έμφαση στην πρόληψη.

Το όραμα έχει καθοριστεί με βάση τις γενικές αρχές και αξίες του τομέα της Υγείας. Το όραμα του ΥΥ και οι υποστηρικτικοί στόχοι του διέπονται, διαμορφώνονται και ρυθμίζονται από συγκεκριμένες αξίες και γενικές αρχές.

Πρωταρχικά, το όραμα χαρακτηρίζεται από ένα κλίμα συνεργασίας, στα πλαίσια ενασχόλησης μεταξύ εποπτευόμενων και εμπλεκόμενων φορέων. Εξίσου σημαντικό για το όραμα του ΥΥ είναι και το ανοιχτό κλίμα επικοινωνίας για την ορθή και ενισχυμένη ενημέρωση των πολιτών αναφορικά με τις αρμοδιότητες και δράσεις του Υπουργείου. Το ΥΥ επίσης οφείλει να λειτουργεί με διαφάνεια στις διαδικασίες και ενέργειες και με γνώμονα την κοινωνική ισότητα στην παροχή υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών του συνόλου των πολιτών χωρίς αποκλεισμούς. Επιπλέον θα χαρακτηρίζεται από ποιότητα και ασφάλεια παρέχοντας το δικαίωμα πρόσβασης σε ασφαλή και υψηλών προδιαγραφών περιθαλψη βάσει επιστημονικής τεκμηρίωσης και κανόνων δεοντολογίας. Ακόμη, η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας οφείλει να είναι μετρήσιμη και να τίθεται υπό παρακολούθηση καθώς και να αξιολογείται μέσω της αξιοποίησης διαθέσιμων και αξιόπιστων δεδομένων σε πραγματικό χρόνο. Το ΥΥ θα πρέπει να ενεργεί με στόχο την εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος μέσα από το όραμα του και παράλληλα να διατηρεί υψηλό το επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους.

Οι βασικές αρχές του οράματος περιλαμβάνουν αντικειμενικότητα στη λήψη αποφάσεων για την εξασφάλιση της ανεπηρέαστης, δίκαιης μεταχείρισης και εξυπηρέτησης των ασθενών. Το ΕΣΥ θα πρέπει να υπάγεται σε λογοδοσία αναφορικά με τις πράξεις των επαγγελματιών υγείας, να αναλαμβάνει ευθύνες και να αιτιολογεί δράσεις για τη διασφάλιση της επαγγελματικής ακεραιότητας. Παράλληλα, θα πρέπει να υπολογίζει τις αρχές της καινοτομίας και εκπαίδευσης που θα αποσκοπούν στη διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συμπληρωματικά, οφείλει να παρακινεί και να υποστηρίζει την ελεύθερη κρίση και την ανάληψη πρωτοβουλιών με σκοπό την ανάπτυξη και εξέλιξη του ίδιου του Υπουργείου αλλά και των στελεχών του.

Μέσα από τη διαφύλαξη των αξιών και των γενικών αρχών που καθορίζουν το όραμα του ΥΥ, διασφαλίζεται η ακεραιότητα του ΕΣΥ για την επίτευξη της μείωσης των ανισοτήτων πρόσβασης

σε παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, της καθιέρωσης καθολικής πληθυσμιακής κάλυψης και της δημιουργίας ενός ανθεκτικού ανθρωποκεντρικού συστήματος περίθαλψης.

4.2 Οι Πολιτικές στον Τομέα Υγείας 2021 – 2027

Η εκπλήρωση του οράματος του ΥΥ όσον αφορά στην καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, μέσω ενός βιώσιμου ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας, με μέριμνα για την κάλυψη ευάλωτων πληθυσμών, άρση κοινωνικών, γεωγραφικών και ενδοπεριφερειακών ανισοτήτων αλλά και την εξασφάλιση συνέχειας στην παρεχόμενη φροντίδα, προϋποθέτει στοχευμένες παρεμβάσεις στο σύνολο του τομέα της υγείας. Με δεδομένες τις επιπτώσεις της κρίσης της πανδημίας CoViD-19 αλλά και της συνέπειες της αυστηρής δημοσιονομικής προσαρμογής, οι παρεμβάσεις αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και τη δημιουργία συνθηκών κατάλληλων για οικονομική και κοινωνική πρόοδο και ανάπτυξη. Σε αυτό το πλαίσιο η στρατηγική του ΥΥ προβλέπει την ενδυνάμωση των επαγγελματιών, των υποδομών και του εξοπλισμού του Τομέα, καθώς και την περαιτέρω ανάπτυξη των προσφερόμενων υπηρεσιών όλων των βαθμίδων του συστήματος υγείας. Ειδικότερα, η στρατηγική του ΥΥ περιλαμβάνει α) παρεμβάσεις ενίσχυσης της **επείγουσας φροντίδας, της μετανοσοκομειακής παρακολούθησης- αποκατάστασης και της μακροχρόνιας φροντίδας**, β) **αναβάθμιση των υποδομών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας –τριτοβάθμιας περίθαλψης**, ανάλογα και με τις επιμέρους περιφερειακές ανάγκες, γ) ενσωμάτωση των **επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων στις υπηρεσίες υγείας**, δ) ανάπτυξη της **δικτύωσης όλων των εμπλεκόμενων μερών (stakeholders) και της διασύνδεσης των βαθμίδων και υποτομέων υγείας** για κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού για ολιστική φροντίδα. Περιλαμβάνει επίσης την επένδυση στην αναβάθμιση των δεξιοτήτων του **ανθρώπινου δυναμικού** του Τομέα Υγείας για την αντιμετώπιση των πολλαπλών προκλήσεων του καθώς και τη βελτιστοποίηση της κατανομής του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα (ειδικότητες ιατρικού προσωπικού νοσηλευτικού και λοιπού), στις Περιφέρειες και στις Περιφερειακές Ενότητες (ιδίως τις απόκεντρες περιοχές).

Σε αυτή τη κατεύθυνση θα δοθεί περαιτέρω έμφαση σε 6 κύριες πολιτικές. Πρωταρχικά θα παρουσιαστεί η πολιτική για την **ΠΦΥ** η οποία εστιάζει στη διάρθρωση ενός συστήματος υγείας που εστιάζει στην πρόληψη, στον περιορισμό των περιστατικών νοσηλείας και στην ενίσχυση των κοινοτικών δράσεων πρόληψης. Η πολιτική για την **Ψυχική Υγεία** εστιάζει στην από-ασυλοποίηση χρόνιων πασχόντων και στην κοινωνική αντιμετώπιση των διαταραχών με την παράλληλη ενσωμάτωσή της στην ΠΦΥ. Η πολιτική για τη **Δημόσια Υγεία** εστιάζει σε δράσεις επιτήρησης της υγείας του πληθυσμού και ετοιμότητας του συστήματος για επικείμενες υγειονομικές κρίσεις. Η πολιτική για τις **Εξαρτήσεις** εάν και εντάσσεται στη Δημόσια Υγεία αποτελεί διακριτό πεδίο πολιτικής λόγω του γεγονότος ότι πρέπει να ενισχυθεί, ειδικότερα καθώς η πανδημία δημιουργεί μακροπρόθεσμες επιπτώσεις ευαλωτότητας προς τις εξαρτήσεις ως αποτέλεσμα των μακρών περιόδων κοινωνικού αποκλεισμού. Στη συνέχεια, μείζον κομμάτι τόσο του Προγράμματος Ελλάδα 2.0 όσο και λοιπών πρωτοβουλιών είναι ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός όλων των τομέων συμπεριλαμβανομένης της υγείας και ως εκ τούτου θεσπίζεται πολιτική για την **Ψηφιακή Υγεία** ως κύριο σημείο της παρούσας Στρατηγικής με δράσεις ολοκλήρωσης του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, της ψηφιοποίησης διαδικασιών, της ανάπτυξης διαλειτουργικότητας μεταξύ των συστημάτων και της δημιουργίας μητρώων ασθενών να βρίσκονται στο επίκεντρο προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η παροχή υπηρεσιών φροντίδας. Τέλος, η **Διασυνοριακή πολιτική** του τομέα είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εξωστρέφεια και την επίτευξη της καθολικής πρόσβασης στο σύστημα με δράσεις συνεργασίες εντός και εκτός συνόρων.

4.2.1 Η πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη Μακροχρόνια Φροντίδα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης καθώς παρέχει υπηρεσίες όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) που παρέχεται κυρίως από οικογενειακούς ιατρούς γενικής ιατρικής, από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και από άλλους επαγγελματίες της υγείας, τόσο σε κέντρα υγείας, πολυιατρεία και πολυκλινικές όσο και σε ιδιωτικά ιατρεία. Κρίσιμοι παράγοντες απόδοσης αυτού του πολυεπίπεδου συστήματος στην κοινωνία αποτελούν α) η χρηματοδότηση των υπηρεσιών β) η οργάνωση των λειτουργιών και γ) τα εργαλεία υποστήριξης όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς και οι δείκτες ποιότητας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σήμερα λειτουργεί με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο που περιγράφεται από τον Ν.4486/17 σύμφωνα με τον οποίο διακρίνεται σε Τομείς ΠΦΥ (Το.ΠΦΥ) που περιλαμβάνουν Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ/ΚΟΜΥ, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία και Τοπικά Ιατρεία, και συμβεβλημένους παρόχους υπηρεσιών ΠΦΥ – βλ. Πίνακα 4 για τις μονάδες ΠΦΥ ανά Περιφέρεια. Στον ίδιο Νόμο στηρίζεται η λειτουργία των Τοπικών Ομάδων Υγείας και του οικογενειακού ιατρού ως πρώτου σημείου επαφής του Πολίτη με το σύστημα υγείας. Οι Μονάδες ΠΦΥ εστιάζουν στην πρόληψη και παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων, στην εκπαίδευση πολιτών και χρηστών υπηρεσιών υγείας και σε κοινοτικές δράσεις. Η πολιτική του ΥΥ στοχεύει στην αναβάθμιση και την περαιτέρω ανάπτυξη της ΠΦΥ έτσι ώστε οι υπηρεσίες της ΠΦΥ να λειτουργούν στην κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας του πληθυσμού και στην πρόληψη, μέσω στοχευμένων δράσεων στην κοινότητα (δράσεις εκπαίδευσης και αγωγής υγείας των πολιτών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου κλπ), καθώς και στην πρόληψη και παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων. Επίσης ο ΑΗΦΥ (Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας) λειτουργεί ως διοικητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων, εκτιμήσεων και πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση και την κλινική εξέλιξη του ασθενούς καθ' όλη τη διαδικασία περίθαλψης.

Πίνακας 4: Μονάδες ΠΦΥ ανά Περιφέρεια

Περιφέρεια	Κέντρα Υγείας	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.)	Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι. συμπ. Ε.Π.Ι.)	Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.)	Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ)	Πλήθος Μονάδων Υγείας
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	21	4	117	8	7	157
Αττικής	47	10	26	51	29	163
Βορείου Αιγαίου	12	8	67	7	2	96
Δυτικής Μακεδονίας	10	1	116	6	3	136
Ηπείρου	20	4	122	10	9	165
Θεσσαλίας	21	5	157	3	11	197
Ιονίων Νήσων	10	6	51	4	2	73

Κεντρικής Μακεδονίας	47	5	222	37	24	335
Νοτίου Αιγαίου	19	23	67	13	1	123
Πελοποννήσου	29	7	183	16	8	243
Δυτικής Ελλάδας	28	3	150	20	14	215
Κρήτης	21	6	130	2	12	171
Στερεάς Ελλάδας	22	9	155	5	5	196
ΣΥΝΟΛΟ	307	91	1563	182	127	2270

Συνολικά στην αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης διαπιστώνεται ο υπέρτερος αριθμός εξειδικευμένων ιατρικών ειδικοτήτων έναντι των ιατρών Γενικής Ιατρικής (επίσης παθολόγων και παιδιάτρων) που προβλέπονται ότι μπορεί να λειτουργήσουν ως οικογενειακοί ιατροί. Επιπλέον διαπιστώνεται ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην κάλυψη ανά Οικογενειακό Ιατρό τόσο μεταξύ των διαφορετικών τύπων παρόχων (ΤΟΜΥ, Κέντρα Υγείας, συμβεβλημένοι ιατροί με ΕΟΠΥΥ), αλλά και μεταξύ Δήμων και Περιφερειών. Επίσης απαιτείται η βελτίωση του συντονισμού μεταξύ των διαφόρων παρόχων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) μεταξύ τους, καθώς και με το Κέντρο Υγείας του τομέα τους. Με την έλλειψη ενός συστήματος παραπομπής, υπάρχει επίσης έλλειψη συντονισμού και συνεπώς, έλλειψη συνέχειας της φροντίδας, η οποία οδηγεί σε δυσαρέσκεια των ασθενών και στην επαγόμενη ζήτηση. Το κύριο ζητούμενο στην εξέλιξη και βελτίωση της ΠΦΥ είναι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών με αναβαθμισμένο ρόλο των Κέντρων Υγείας. Η λειτουργία αυτού του δικτύου ΠΦΥ περιλαμβάνει:

α) Καταγραφή του επιδημιολογικού προφίλ του πληθυσμού στην τοπική κοινωνία. Με τον τρόπο αυτό καταγράφονται οι ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού και η κατάσταση της εξέλιξης της υγείας του πληθυσμού ενώ πραγματοποιείται προσδιορισμός απειλών, έρευνας εστιών στην Τοπική κοινωνία σε πραγματικό χρόνο, σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα και δείκτες.

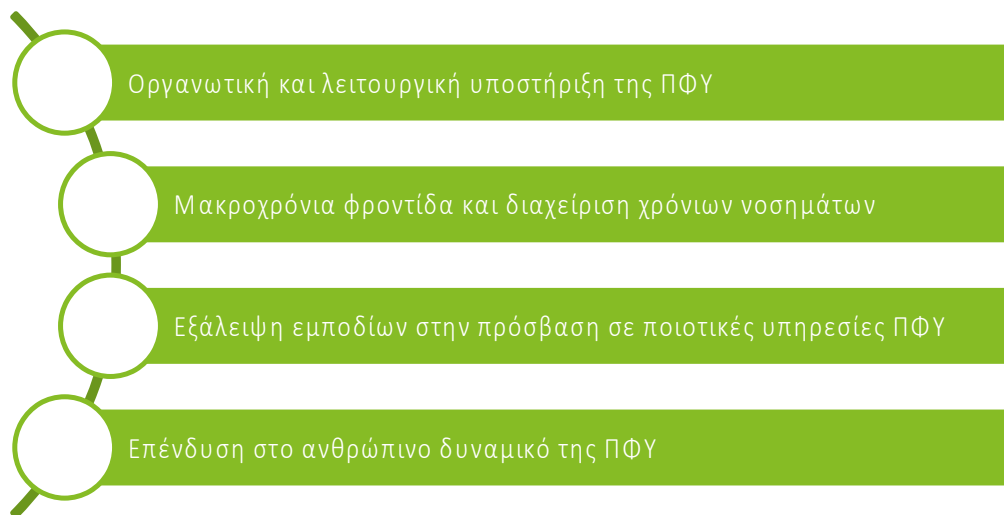
β) Διασύνδεση υπηρεσιών και ολοκλήρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας. Με τη χρήση του Ιατρικού φακέλου φροντίδας δημιουργείται ενιαίο περιβάλλον επικοινωνίας όλων των επαγγελματιών υγείας. Τα επιδημιολογικά δεδομένα που συγκεντρώνονται, αξιοποιούνται ως εργαλείο πολιτικής για την παρακολούθηση της ζήτησης. Πραγματοποιείται διατομεακή επικοινωνία και συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας σε οριζόντιο επίπεδο με κοινωνικές και άλλες Υπηρεσίες και κάθετα με νοσοκομειακές μονάδες. Αυτή η διασύνδεση είναι απαραίτητη για ενεργοποιείται άμεσα ο μηχανισμός καταγραφής αυτών των δεδομένων ώστε να λαμβάνονται στοχευμένα μέτρα αντιμετώπισης σε τοπικό επίπεδο. Παράλληλα αξιοποιούνται πόροι της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και τα άτυπα εθελοντικά δίκτυα.

γ) Ομάδες υγείας - σημεία αναφοράς για τους πολίτες. Οι πολίτες επικοινωνούν με και υποστηρίζονται από τοπικές και κινητές ομάδες υγείας καθώς και από κοινοτικές δράσεις και υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας. Επιπρόσθετα, αναπτύσσονται δράσεις πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, αγωγής και προαγωγής υγείας που πραγματοποιείται σε τρία επίπεδα: α) γενική ενημέρωση, β) αντιμετώπιση προβληματισμών και απαντήσεις σε ειδικές ερωτήσεις και γ) διαχείριση διαδόσεων και παραπληροφόρησης καλύπτοντας έτσι τόσο τη βιολογική κατάσταση όσο και την κοινωνική και την ψυχο-συναισθηματική.

Η στρατηγική του Υπουργείου Υγείας στην ΠΦΥ επιδιώκει την ενίσχυση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης της παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο κλασικό μοντέλο οργάνωσης της ΠΦΥ ο

ασθενής προσφεύγει με δική του πρωτοβουλία στο φορέα παροχής υπηρεσιών ανοιχτής περιθάλψεως για διάγνωση και θεραπευτική αγωγή. Η κοινωνική αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας διαχωρίζεται από τις ιατρικές υπηρεσίες και συνήθως δεν προβλέπεται, παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης ασθενών. Βασικό μειονέκτημα είναι η δυσχέρεια του συντονισμού των δραστηριοτήτων που έχουν κοινό στόχο τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ειδικά στον τομέα της χρόνιας φροντίδας. Οι χρήστες των υπηρεσιών δυσκολεύονται καθώς θα πρέπει οι ίδιοι να αναζητήσουν την ενδεικνυόμενη ειδικότητα, οι αναγκαίες στην περίπτωση του ασθενούς υπηρεσίες αποτυγχάνονται πολλές φορές να παρασχεθούν ή καθυστερούν, η ποιότητα και η ικανοποίηση των ασθενών υποβαθμίζονται και η δυνατότητα οικονομικής αποτελεσματικότητας ελαττώνεται. Στην ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών και σύμφωνα με τις αρχές του Π.Ο.Υ. (Declaration of Astana, 2018, σ.5-6), παράλληλα με την υγειονομική διάσταση, συνυπάρχουν οι κοινωνικές, κοινοτικές και οικονομικές διαστάσεις με στόχο την ενδυνάμωση της αυτοφροντίδας των ασθενών, την υποστήριξη της οικογένειάς τους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η διατομεακή παρακολούθηση και δράση εξασφαλίζει την ολοκληρωμένη αξιολόγηση των συνθηκών του περιβάλλοντος του ατόμου και την πολυδιάστατη δράση αγωγής υγείας και θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η στρατηγική του Υπουργείου Υγείας για την ΠΦΥ περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο πλέγμα δράσεων σε τέσσερις στρατηγικούς άξονες ή κατευθύνσεις οι οποίες αναλύονται παρακάτω.



Οργανωτική και λειτουργική υποστήριξη της ΠΦΥ

Στο πλαίσιο της νέας Στρατηγικής για τις Υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα δίνεται έμφαση στην αξιοποίηση δικτύων υπηρεσιών ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα, υπό τον συντονισμό του δημόσιου συστήματος υγείας, δημιουργώντας ευρύτερα ευκαιρίες για συμμετοχή των πολιτών στην ΠΦΥ καθώς και στην περαιτέρω ανάπτυξη και λειτουργική – οργανωτική ένταξη των Τοπικών Ομάδων Υγείας στα δίκτυα υπηρεσιών. Η ΠΦΥ πρέπει να επικεντρωθεί στη μετατροπή των Κέντρων Υγείας σε δίκτυο λειτουργικών μονάδων οικογενειακής ιατρικής στην κοινότητα με έμφαση στις Διεπιστημονικές Ομάδες Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (TOMY, KOMY) και τις ομάδες οικογενειακών ιατρών και ιατρών ειδικοτήτων ώστε με μεγαλύτερη αυτονομία οι εν λόγω ομάδες να έχουν κίνητρα για καλύτερη απόδοση. Όλοι οι πάροχοι είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα μεμονωμένα ή ομαδικά με συμβάσεις, οι επαγγελματίες υγείας της μακροχρόνιας φροντίδας, περιπατητικής ή ανακουφιστικής, διαγνωστικές υπηρεσίες, ΜΚΟ, δημοτικές μονάδες υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας και ψυχικής υγείας σε κάθε τομέα, θα πρέπει να συντονίζονται καλύτερα

και ο κεντρικός ρόλος θα ανήκει στο Κέντρο Υγείας σε ένα ενοποιημένο επιχειρησιακό πλαίσιο με κοινά πρότυπα ποιότητας.

Στόχος είναι η αποφυγή του κατακερματισμού των Υπηρεσιών Υγείας και η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών σε ένα λειτουργικό σύστημα παραπομπών μεταξύ της Πρωτοβάθμιας και άλλων επιπέδων φροντίδας οριζόντια και κάθετα, ώστε να εξασφαλίζεται η βιωσιμότητα του συστήματος. Στην προσπάθεια αυτή πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην πρόληψη των ασθενειών, την αγωγή και προαγωγή υγείας. Ενδεικτικά αναφέρονται υπηρεσίες στις οποίες πρέπει να δοθεί άμεση προτεραιότητα όπως οι χωρίς περιορισμούς εμβολιασμοί, έλεγχοι (screening) του πληθυσμού ως προς τις ασθένειες, η πρόληψη ασθενειών, ο έλεγχος και η διαχείριση μη μεταδοτικών και μεταδοτικών ασθενειών, η μακροχρόνια φροντίδα και υπηρεσίες προαγωγής της υγείας για την πρόληψη, τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών. Επίσης υπηρεσίες επικεντρωμένες στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των μητέρων, των νεογέννητων, των παιδιών και των εφήβων, την ψυχική υγεία και τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

Για το λόγο αυτό υπάρχει αναγκαιότητα για την περαιτέρω υποστήριξη του ρόλου των διεπιστημονικών ομάδων στην κοινότητα στο επίπεδο του Τοπικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (με επίκεντρο το Κέντρο Υγείας το οποίο θα αποκτήσει το συντονιστικό ρόλο) και όχι στο επίπεδο των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ).

Τα παραπάνω αποτελούν βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας με έμφαση στη μακροχρόνια φροντίδα στην αποκατάσταση και στην παρηγορητική φροντίδα που θα καλύπτει όλες τις ανάγκες υγείας του ανθρώπου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του με σκοπό την υγιή γήρανση του πληθυσμού.

Σε αυτό το πλαίσιο προβλέπονται μια σειρά παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Επένδυση στην ΠΦΥ με ενίσχυση των υποδομών και του εξοπλισμού συμπεριλαμβανομένων των οδοντιατρικών υπηρεσιών τόσο του δηmosίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, με στόχο την καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την διευκόλυνση της πρόσβασης του πληθυσμού σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας συμπεριλαμβανομένης της στοματικής υγείας
- Αναδιοργάνωση του χάρτη υπηρεσιών της ΠΦΥ με βάση δημογραφικά, κοινωνικά και επιδημιολογικά δεδομένα βάσει της χαρτογράφησης των υποδομών και του προσωπικού της ΠΦΥ
- Ανάπτυξη ολοκληρωμένων τοπικών δικτύων υπηρεσιών ΠΦΥ με σημείο αναφοράς το Κέντρο Υγείας
- Οργανωτική και λειτουργική διασύνδεση Κέντρων Υγείας, ΤΟΜΥ/ΚΟΜΥ και άλλων παρόχων υπηρεσιών ΠΦΥ
- Διασύνδεση και συνεργασία της ΠΦΥ με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, τον έλεγχο των επιδημιών στην τοπική κοινωνία και την πρόληψη της μετάδοσης νοσημάτων
- Επέκταση και εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού στο πλαίσιο του δικτύου της ΠΦΥ και πλήρης αξιοποίηση του ΑΗΦΥ σε όλο το εύρος της ΠΦΥ
- Επικαιροποίηση, επέκταση και εφαρμογή πρωτοκόλλων στην ΠΦΥ και στη μακροχρόνια φροντίδα
- Συνέργειες με δομές και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων, κοινωνικής αλληλεγγύης αλλά και οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών για την επίτευξη Ολοκληρωμένης Κοινωνικής Φροντίδας (Integrated Care)

Μακροχρόνια φροντίδα - διαχείριση χρόνιων νοσημάτων

Η παροχή υπηρεσιών Μακροχρόνιας Φροντίδας, αφορά στα άτομα με χρόνια νοσήματα, μη αναστρέψιμα, με πνευματική ή σωματική αναπηρία. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμβιώσουν με την κατάσταση αυτή, να αποφύγουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και να φτάσουν σε ένα ικανοποιητικό έως και άριστο επίπεδο αυτοφροντίδας ώστε να μειώσουν το ρυθμό φθίνουσας πορείας της υγείας τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ορίζονται οι χρόνιες ασθένειες ως, «ασθένειες μεγάλης διάρκειας και γενικά με αργή εξέλιξη», και το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (CDC) των ΗΠΑ ορίζουν ότι «καταστάσεις που δεν έχουν θεραπευτεί, εφόσον αποκτήθηκαν, θεωρούνται χρόνια». Τα χρόνια νοσήματα επιβάλλουν μεγάλο διάστημα επίβλεψης, παρακολούθησης και φροντίδας για μια περίοδο ετών ή δεκαετιών, καθώς και ειδική αποκατάσταση για τον ασθενή, με τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας. Επίσης απαιτείται σε πολλές περιπτώσεις συνεχής υποστήριξη των ατόμων αυτών για την εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.

Στα παραδείγματα χρόνιων ασθενειών περιλαμβάνονται οι νεοπλασίες, οι καρδιακές παθήσεις, η νόσος του Πάρκινσον, η επιληψία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο διαβήτης, η νεφρική ανεπάρκεια, το άσθμα, η παχυσαρκία, η οστεοαρθρίτιδα, οι ψυχωτικές διαταραχές, η άπνοια κατά τον ύπνο και προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η χρόνια νόσος αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Πολλοί άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες επιβιώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά χρειάζονται συνεχή φροντίδα. Η συννοσηρότητα πολλών χρόνιων ασθενειών οδηγεί στην πολυπλοκότητα της φροντίδας του ασθενούς με την ανάγκη για περισσότερη συνεργασία από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς είναι πιθανόν να επιδεινώνεται η κατάστασή τους και να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες. Συχνά η οικογένεια του ασθενούς δεν είναι σε θέση να παρέχει ορθά στον ασθενή την οποιαδήποτε φροντίδα ενώ δεν υπάρχει και κάλυψη από κατ' οίκον νοσηλεία. Επιπρόσθετα, οι ανάγκες μεγαλώνουν για τους ασθενείς που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται ακόμα περισσότερο η παροχή της κατάλληλης ανακουφιστικής-παρηγορητικής φροντίδας. Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από ομάδα επαγγελματιών υγείας με στόχο την υψηλότερη δυνατή ποιότητα ζωής για όσο χρονικό διάστημα ζωής απομένει στον ασθενή, μειώνει την επιβάρυνση για την οικογένεια, μειώνει την πιθανότητα η οικογένεια να έχει ένα πολύπλοκο πένθος και προετοιμάζει τα μέλη της οικογένειας για το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου.

Στην κατεύθυνση της ανάπτυξης της μακροχρόνιας φροντίδας και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων στην ΠΦΥ, η στρατηγική του Υπουργείου Υγείας περιλαμβάνει μια σειρά παρεμβάσεων που αφορούν στα παρακάτω:

- Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων στο πλαίσιο της ΠΦΥ (πλαίσιο, πρωτόκολλα, υπηρεσίες)
- Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας στην ΠΦΥ με σκοπό τον περιορισμό των εισαγωγών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και των σχετικών δαπανών
- Ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας, νοσηλείας και ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς και πάσχοντες από σοβαρές και χρόνιες παθήσεις
- Διεύρυνση του δικτύου συνεργασιών του Τομέα Υγείας με το σύστημα και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για την ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών.
- Ανάπτυξη παρηγορητικής και ανακουφιστικής φροντίδας
- Ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων ενίσχυσης ομάδων αυτοβοήθειας και αυτοφροντίδας των ασθενών
- Υποστήριξη, ευαισθητοποίηση και μέριμνα φροντιστών και οικογενειών
- Κατάρτιση, ενημέρωση και πιστοποίηση τυπικών φροντιστών

- Διεύρυνση των προγραμμάτων για την ανάπτυξη της εγγραμματοσύνης στην υγεία (health literacy)

Εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ

Η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας συνδέεται με την πρόληψη του κινδύνου και ιδιαίτερα για τους ευάλωτους πληθυσμούς, γεγονός που οφείλει να αποτελεί και την κύρια προτεραιότητα των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με τους στόχους του Π.Ο.Υ τα συστήματα υγείας οφείλουν να διευκολύνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κάτι που αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα. Μέσω της ΠΦΥ ενισχύονται στη βάση δικτύων υπηρεσιών οι ολοκληρωμένες προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαδικασίες και διαδικασίες αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας καλύπτει όλο τον πληθυσμό (ασφαλισμένοι και ανασφάλιστοι-συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών), παρέχοντας δωρεάν πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (ιατρική περίθαλψη, οδοντιατρική περίθαλψη και διαγνωστικές εξετάσεις) και δευτεροβάθμιες (νοσοκομειακές θεραπείες) υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με το Ν.4368/2016 για τη δωρεάν πρόσβαση και των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες του ΕΣΥ, διευρύνεται το δικαίωμα ελεύθερης και δωρεάν πρόσβασης για το σύνολο των πολιτών, για την κάλυψη των νοσηλευτικών και διαγνωστικών αναγκών τους, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κατάσταση, στις δημόσιες δομές υγείας. Ωστόσο, για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού συνδέονται άμεσα με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ τους, τις κακές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και την ουσιαστική δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε νοσηρότητα και κακή υγεία, χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και υψηλά ποσοστά παιδικής θνησιμότητας.

Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μπορεί να προωθηθεί μέσω ενός πλέγματος παρεμβάσεων με σκοπό την αποτελεσματική άσκηση του θεμελιώδους δικαιώματος στην υγεία, που περιλαμβάνουν:

- Ολοκληρωμένες παρεμβάσεις για την υγειονομική υποστήριξη, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας συμπεριλαμβανομένης και της στοματικής υγείας του πληθυσμού με έμφαση στις ειδικές κοινωνικές ομάδες και ευάλωτους πληθυσμούς (π.χ. Ρομά, άστεγοι, πρόσφυγες, μετανάστες, ΛΟΑΤΚΙ κλπ.) καθώς και στους χώρους εργασίας. Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο αυτής της δράσης επιδιώκεται και η διασφάλιση συνεργειών με τις προβλεπόμενες δράσεις προαγωγής της υγείας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία
- Δημιουργία Κινητών Ομάδων Υγείας (ΚΟΜΥ) σε νησιωτικές και ορεινές δυσπρόσιτες περιοχές καθώς και για παρεμβάσεις σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, οι οποίες θα είναι δυνατόν να αξιοποιούνται για την παροχή υγειονομικής φροντίδας αλλά και για δράσεις προαγωγής της υγείας (π.χ. προσυμπτωματικοί έλεγχοι για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και καρδιαγγειακών παθήσεων, κάλυψη ανικανοποίητων αναγκών στοματικής υγείας)

- Δράσεις για την ενεργό και υγιή γήρανση που θα προάγουν την ανεξάρτητη, υγιή και ασφαλή διαβίωση. Τέτοιες δράσεις αφορούν στην προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων (φυσική άσκηση, διατροφή), στη διευκόλυνση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, στη μείωση των πτώσεων και των επιπτώσεων τους στα άτομα τρίτης ηλικίας, στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας από άτυπους φροντιστές και στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής, τόσο των ηλικιωμένων όσο των φροντιστών τους, στην ενίσχυση της αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας (διατήρηση της κοινωνικότητας, ανεύρεση νέων ενδιαφερόντων, εκμάθηση νέων προτύπων σκέψης και συμπεριφοράς κλπ.)
- Ανάπτυξη διαπολιτισμικών δεξιοτήτων (πολιτισμική ευαισθητοποίηση) του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού της ΠΦΥ, έτσι ώστε να διευκολύνεται η πρόσβαση, να προασπίζονται τα δικαιώματα και να καλύπτονται οι ανάγκες ευάλωτων και ειδικών ομάδων του πληθυσμού (Ρομά, μετανάστες κλπ)
- Ανάπτυξη υπηρεσιών απομακρυσμένης φροντίδας για παροχή υπηρεσιών σε απόκεντρες περιοχές και για άτομα σε δυσχέρεια πρόσβασης (e-health, e-inclusion, telemedicine και home care)

Επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό της ΠΦΥ

Στη σύγχρονη πραγματικότητα με την ταχύτατη ανάπτυξη της ιατρικής - βιοϊατρικής τεχνολογίας και της πληροφορικής και σε ένα περιβάλλον οργανωτικών, θεσμικών και διοικητικών αλλαγών που θα επιφέρει η επιδιωκόμενη δημιουργία ολοκληρωμένων δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας με ανάπτυξη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και διαχείρισης χρόνιων ασθενών, η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιτυχίας της στρατηγικής. Σε αυτό το πλαίσιο και για τη διασφάλιση της επάρκειας, της καταλληλότητας και της ικανότητας του ανθρώπινου δυναμικού να υλοποιήσει την στρατηγική του Τομέα, απαιτείται η ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν τα εξής:

- Κατάρτιση του προσωπικού για την εφαρμογή ολοκληρωμένης φροντίδας στην ΠΦΥ καθώς και αναβάθμιση των δεξιοτήτων του προσωπικού της ΠΦΥ
- Δράσεις upskilling και reskilling του προσωπικού
- Κίνητρα για διαμονή προσωπικού σε απομακρυσμένες περιοχές για την εξυπηρέτηση αναγκών περίθαλψης / πρόληψης του τοπικού πληθυσμού
- Κίνητρα για την αύξηση του αριθμού των γενικών ιατρών
- Ενδυνάμωση άλλων επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο του δικτύου της ΠΦΥ
- Ενίσχυση συνεργασιών με ακαδημαϊκούς-ερευνητικούς φορείς για την ενίσχυση της έρευνας

4.2.2 Η πολιτική για την Ψυχική Υγεία

Η συνεχιζόμενη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας προωθεί την απομάκρυνση από πολύ παλαιότερα μοντέλα τα οποία βασίζονται στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών από ιδρύματα / ψυχιατρικά νοσοκομεία και οδηγούσαν σε στιγματισμό, και δίνει έμφαση στην παροχή υπηρεσιών στο επίπεδο των κοινοτήτων, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στην ανάγκη προστασίας της ψυχικής υγείας ως αποτέλεσμα μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της πανδημίας λόγω μακρών χρόνων κοινωνικού αποκλεισμού μερίδας του πληθυσμού. Μέχρι πρότινος και λόγω της έντονης περιφερειακής διάστασης καθώς η πολιτική εφαρμόζεται από τις επιμέρους Περιφέρειες με διαφορετικές προτεραιότητες και χρονισμό των δράσεων, δεν ήταν δυνατό να υλοποιηθεί μία ενιαία εθνική στρατηγική ψυχικής υγείας.

Η πολιτική για την ψυχική υγεία βασίζεται σε σχεδιαζόμενες δράσεις του Υπουργείου Υγείας όπως συζητήθηκαν και στη συνάντηση της Εθνικής Επιτροπής για την Ψυχική Υγεία, οι οποίες εκτιμάται ότι θα πραγματοποιήσουν την επίτευξη των στόχων του στρατηγικού σχεδιασμού και αποτελούνται από 10 σημεία που θα διαμορφώσουν το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία.

Δύο κύριες κατευθυντήριες γραμμές συνοψίζουν την εν λόγω πολιτική και αφορούν:

- Τη συνέχιση και ενίσχυση του προγράμματος Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Ψυχαργός), την περαιτέρω ανάπτυξη και εμπέδωση του μοντέλου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε επίπεδο κοινότητας και η καθολική εγκατάλειψη της ασυλικής περίθαλψης.
- Τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα παρέχονται στην κοινότητα και την ενσωμάτωση δράσεων στο επίπεδο της ΠΦΥ ως μοχλό πρόληψης αλλά και την ενσωμάτωσή τους σε όλες τις βαθμίδες υγείας.

10 Πυλώνες Δράσης για την Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Πρωταρχικά, η πολιτική της Ψυχικής Υγείας στοχεύει στην **κατάργηση της ιδρυματικής περίθαλψης** μέσω της εξάλειψης των τμημάτων χρόνιων ασθενών στα εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία του ΕΣΥ προκειμένου να σχεδιαστούν δράσεις για την ένταξή τους σε κοινωνικά προγράμματα αντιμετώπισης. Παράλληλα σχεδιάζεται η ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με νόσο Αλτσχάιμερ και συναφείς διαταραχές καθώς και η ανάπτυξη της Ψυχογηριατρικής. Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και του σχεδιασμού της κυβέρνησης για την μακροχρόνια φροντίδα, η εφαρμογή της ψυχογηριατρικής είναι ιδιαίτερα σημαντική για την υγιή γήρανση του πληθυσμού.
2. Επιπρόσθετα, σχεδιάζεται η περαιτέρω ανάπτυξη και **ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών** ψυχικής υγείας, προκειμένου να ενισχυθεί η αποϊδρυματοποίηση και η ένταξη στην κοινότητα με ταυτόχρονη αποστιγματοποίηση. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα ενσωματωθούν στην ΠΦΥ με αξιοποίηση των σύγχρονων ψηφιακών τεχνολογιών με γνώμονα την πρόληψη και θα επιδιωχθεί η διεύρυνση των συνεργασιών με το σύστημα και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
3. Παράλληλα, οφείλει να ενισχυθεί το **δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά & εφήβους** το οποίο θα βασίζεται και θα ενισχύεται από ειδικές διατάξεις για άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ) όπως επίσης άτομα που πάσχουν από διαταραχές του αυτιστικού φάσματος αλλά και διαταραχές πρόσληψης τροφής.
4. Άμεσος στόχος αποτελεί η **μείωση των ακούσιων νοσηλειών** στην Ελλάδα ώστε να συμβαδίζουν με το μέσο όρο χωρών της ΕΕ, το οποίο επίσης θα επιτευχθεί μέσω της κατάργησης της ασυλικής ψυχιατρικής υγείας που εξαρτάται και από τη λειτουργία των ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων.
5. Για την αναπλήρωση της κατάργησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων και για την αλλαγή των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών προβλέπεται η **ανάπτυξη Μονάδων Ψυχιατρικής Εντατικής Θεραπείας**.
6. Η **ολοκλήρωση του δικτύου των ΚοιΣΠΕ** σε όλη την επικράτεια αποτελεί σημαντικό στόχο. Μέχρι σήμερα η εφαρμογή μίας εθνικής πολιτικής σε όλες τις περιφέρειες παραμένει ελλιπής λόγω διαφοράς στις προτεραιότητες και στον χρονισμό των εκάστοτε δράσεων κάθε περιφέρειας. Η ανάπτυξη κοινοτικών δομών όμως παραμένει ως δράση ύψιστης σημασίας καθώς αποσκοπεί στην αποφόρτιση των Γενικών Νοσοκομείων από την εισροή ψυχιατρικών ασθενών. Επομένως, το έργο της ανάπτυξης κοινοτικών

μονάδων ψυχικής υγείας με βάση τις ανάγκες κάθε Περιφέρειας οφείλει να ολοκληρωθεί εντός κάθε ΤΟΨΥ και ΠΕΔΙΤΟΨΥ. Οι δράσεις για αποφόρτιση της ΠΦΥ από ψυχιατρικούς ασθενείς θα ενισχυθούν με τη στελέχωση και την αναδιοργάνωση ήδη υπάρχοντων υπο-λειτουργικών οξέων Ψυχιατρικών Τμημάτων με την πρόσληψη ειδικά καταρτισμένου ανθρώπινου δυναμικού και στη συνέχεια με την επιπλέον ενίσχυση της δευτεροβάθμιας φροντίδας μέσω της ανάπτυξης νέων τμημάτων οξέων περιστατικών.

7. Εξίσου σημαντική παραμένει και η **θέσπιση της τομεοποίησης στην επικράτεια**, σε καθολικό επίπεδο, με βάση τους υφιστάμενους πυλώνες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Η τομεοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα εφαρμοσθεί έχοντας ως βάση του τομείς των ΤοΨΥ και σύμφωνα με την γεωγραφική και πληθυσμιακή κάλυψη τους σε κάθε περιοχή. Επιπροσθέτως, η αναδιοργάνωση της διοίκησης της Ψυχικής Υγείας σε υγειονομικές περιφέρειες καθιστά δυνατή την εφαρμογή αντίστοιχων διοικητικών περιφερειών στις Υ.Π.Ε στους τομείς της ΠΦΥ. Επομένως, ο στόχος της αποφόρτισης των γενικών νοσοκομείων θα επιτευχθεί καθώς οι ασθενείς θα απευθύνονται πρωτίστως στις μονάδες φροντίδας Ψυχικής Υγείας της περιφέρειας (και στα περιφερειακά ιατρεία ΠΦΥ) που ανήκουν στον ευρύτερο ΤοΨΥ. Η ενίσχυση του συστήματος τομεοποίησης βασίζεται σε διεθνή πρότυπα όπως αυτό της συνεργατικής φροντίδας παράλληλα προωθεί τη διασφάλιση και αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας για την ψυχική υγείας μέσω της έρευνας για τη διασύνδεση Κινητών Μονάδων με προγράμματα κατ' οίκον βοήθειας όπως το Βοήθεια στο Σπίτι (BoΣ).
8. Η περαιτέρω **διασφάλιση της ποιότητας αλλά και της ασφάλειας των ληπτών ψυχικής υγείας** θα πραγματοποιείται μέσα από την αξιολόγηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που θα συμπεριλαμβάνει μηχανισμό οικονομικής και ποιοτικής παρακολούθησης και καταγραφής δεικτών έκβασης και ποιότητας. Επίσης, η ποιότητα παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας θα διασφαλίζεται περαιτέρω από την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για την τήρηση της ενιαίας αντιμετώπισης ψυχιατρικών ασθενών και την εισαγωγή προτύπων ποιότητας βάσει κλινικών οδηγιών. Στο κομμάτι του ιδιωτικού τομέα ερευνάται η συνεργασία με τις ιδιωτικές κλινικές στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, ώστε να παρέχουν μέρος των υπηρεσιών και παράλληλα να υπόκεινται στον ίδιο έλεγχο και στην ίδια αξιολόγηση που θα υπόκεινται οι υπόλοιπες μονάδες ψυχικής υγείας.
9. Δράση με σημαντικό κοινωνικό αντίκτυπο είναι η προώθηση της **ένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας** και η **καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος** μέσω της εργασιακής απασχόλησης και της υποστήριξης τους στην εργασία. Η ενδυνάμωση της φωνής των ΛΥΨΥ μέσω της ένταξής τους στην αγορά εργασίας θα υλοποιηθεί μέσω Συνεταιριστικών Δράσεων που θα διασφαλίζουν την επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών, το οποίο είναι επόμενο και κρίσιμο βήμα μετά την κλινική αποκατάσταση.
10. Η **προστασία των δικαιωμάτων** των ΛΥΨΥ θα πραγματοποιηθεί μέσω θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων όπως η αναθεώρηση του Νόμου της ακούσιας νοσηλείας και του καθεστώτος νοσηλείας του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα. Συγκεκριμένα, ο μετασχηματισμός στη φροντίδα κρατούμενων, μέσω της ένταξης του Ψυχιατρείου Κρατούμενων Κορυδαλλού στο ΕΣΥ και άλλων Παρατηρητηρίων Μετα-θεραπευτικής Παρακολούθησης, θα συμβάλουν στη συνέχεια και στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας ασθενών μετά την αποφυλάκιση. Ακόμη, η εισαγωγή της συμμετοχής των ληπτών Ψυχικής Υγείας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η σύσταση

θεσμοθετημένων επιτροπών Ελέγχου και Προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί μια αναγκαία προϋπόθεση για την ενίσχυση των σχετικών δράσεων.

11. Τέλος, σημαντικό τομέα δράσης αποτελεί και η ενδυνάμωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τη **διασφάλιση της ετοιμότητας και ανθεκτικότητας** σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης ή κρίσεων όπως η πανδημία ή οι φυσικές καταστροφές.

4.2.3 Η πολιτική για τη Δημόσια Υγεία

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σχετίζεται με την πρόληψη, την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και τον περιορισμό ή την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό είναι αναγκαίο να ληφθεί υπόψη ότι στη σύγχρονη κοινωνία η ανθρώπινη υγεία επηρεάζεται και από περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες.

Αν και τις δύο τελευταίες δεκαετίες το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα αυξάνεται και βρίσκεται ελαφρώς πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ (81,1 έτη έναντι 80,6 έτη), η χώρα αντιμετωπίζει μια σειρά από προκλήσεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι μακροχρόνιες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στην υγεία, η αύξηση της νοσηρότητας που σχετίζεται με συμπεριφορικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής, όπως ο υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος και οι υψηλοί δείκτες αύξησης του σωματικού βάρους και παχυσαρκίας που συμβάλλουν στην κακή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, δημιουργούν πιέσεις στο σύστημα υγείας. Επιπλέον των παραπάνω, στους παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται η επιδείνωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, οι ανάγκες υγείας των μεταναστών και των προσφύγων που φτάνουν στη χώρα και η αύξηση του επιπολασμού και της επίπτωσης των μεταδοτικών ασθενειών.

Είναι γεγονός ότι το ειδικό βάρος της δημόσιας υγείας μεγενθύνεται εξαιτίας του σύνθετου και πολύπλοκου χαρακτήρα των νοσημάτων και των σύγχρονων προκλήσεων της υγειονομικής πολιτικής.

Ιδιαίτερως η παρούσα κατάσταση υπό τη διεθνή απειλή του ιού SARS-CoV-2 αλλά και τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής και των φυσικών καταστροφών, αναδεικνύει την αξία ενός ισχυρού και σύγχρονου συστήματος δημόσιας υγείας που θα εξασφαλίζει την εφαρμογή της στρατηγικής του Π.Ο.Υ για **«Υγεία σε όλες τις πολιτικές»** (**“Health in All Policies”**)⁵, ειδικότερα την απαιτούμενη συνεργασία για τη Δημόσια Υγεία, διατομεακή μεταξύ πολιτικών και διαβαθμιδική μεταξύ των επιπέδων διακυβέρνησης και διοίκησης για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και την αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων.

Ο πρόσφατος νόμος για τη Δημόσια Υγεία, περιλαμβάνει παρεμβάσεις, που αποτελούν παρακαταθήκη για την καλή υγεία των πολιτών και η παρούσα επείγουσα κατάσταση για τη δημόσια υγεία επιβάλλει άμεσα μέτρα για την ενίσχυσή της. Οι έρευνες πεδίου σε διεθνές επίπεδο καταλήγουν στο ότι άτομα με χρόνια νοσήματα αποτελούν ευπαθείς ομάδες και νοσούν βαρύτερα από τον ιό προκαλώντας στα συστήματα περίθαλψης ακόμα και των προηγμένων χωρών αδιαχείριστο φόρτο εργασίας. Από την Ετήσια Έκθεση για την Υγεία του Οργανισμού

⁵ Η Υγεία σε όλες τις Πολιτικές (HiAP) είναι μια μέθοδος σχεδιασμού των δημόσιων πολιτικών, που λαμβάνει συστηματικά υπόψη τις επιπτώσεις των αποφάσεων στην υγεία και τα συστήματα υγείας, επιδιώκει συνέργειες και αποφεύγει επιζήμιες επιπτώσεις στην υγεία, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία του πληθυσμού και η ισότητα στην υγεία. Η προσέγγιση αυτή υπογραμμίζει τις συνέπειες των δημόσιων πολιτικών στους προσδιοριστές της υγείας και στοχεύει να βελτιωθεί η λογοδοσία των υπευθύνων χάραξης πολιτικής για τις επιπτώσεις στην υγεία σε όλα τα επίπεδα της χάραξης πολιτικής.

Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (State of Health in the EU: Ελλάδα Προφίλ Υγείας, 2019) προκύπτουν αρνητικές επιδόσεις της χώρας στα θέματα, που σχετίζονται στην αντιμετώπιση των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου, που οδηγούν σε χρόνια νοσήματα, αναπηρία και θάνατο. Ειδικότερα, το 42% όλων των θανάτων στην Ελλάδα μπορούν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (έναντι 39% στην ΕΕ), συμπεριλαμβανομένων του καπνίσματος, των διατροφικών κινδύνων, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χαμηλής σωματικής δραστηριότητας. Οι διατροφικοί κίνδυνοι σε συνδυασμό με τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα ευθύνονται για περίπου 21% των θανάτων, ενώ περίπου 4% μπορεί να αποδοθεί στην κατανάλωση αλκοόλ. Γίνεται αντιληπτό ότι η αντιμετώπιση των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου, οδηγεί σε μείωση της επίπτωσης χρόνιων νοσημάτων, των ευπαθών ατόμων και ως εκ τούτου μείωση της πίεσης του υγειονομικού συστήματος.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα ανωτέρω, οι προτεραιότητες σύμφωνα με τον Ν. 4675/2020 του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) για τη βελτίωση και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας, είναι οι εξής:

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

Με βάση τα ανωτέρω και σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ν.4675/2020 διαμορφώθηκε η στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία που περιλαμβάνει τα πεδία παρέμβασης που αναφέρονται στον επόμενο πίνακα και τα οποία εξειδικεύονται σε έξι τομείς που αφορούν:

Πεδία παρέμβασης που αφορούν κύρια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου για την υγεία	Πεδία παρέμβασης για την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της Δημόσιας Υγείας
Διατροφή και Άθληση	Βελτίωση της οργάνωσης και της αποτελεσματικότητας της Δημόσιας Υγείας: • Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών δημόσιας
Καπνός - Αντικαπνιστική Πολιτική	
Καρκίνος	
Καρδιαγγειακά	
Αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών από	

την κατανάλωση αλκοόλ	
Εμβολιασμοί	
Εξαρτήσεις	
Πρόληψη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στα παιδιά και προαγωγή της ψυχικής υγείας τους	<p>υγείας, των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης και των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργική Αναδιοργάνωση του Συστήματος Παρακολούθησης της Υγείας του Πληθυσμού
Προγεννητική και Περιγεννητική Πρόληψη	Εξασφάλιση συνεχούς και αυξημένης χρηματοδότησης για τη Δημόσια Υγεία
Πανδημία CoViD-19	Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη Δημόσια Υγεία

Επιπρόσθετα, τα πεδία παρέμβασης της στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία εξειδικεύονται σε έξι πυλώνες παρέμβασης που αφορούν:

1. *την πρωτογενή Πρόληψη*
2. *τη δευτερογενή Πρόληψη*
3. *την τριτογενή Πρόληψη*
4. *την προστασία του Πληθυσμού σε Έκτακτες Υγειονομικές Καταστάσεις*
5. *την εγγυημένη Χρηματοδότηση της Δημόσιας Υγείας*
6. *την αναβάθμιση του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας*

Στη συνέχεια παρουσιάζονται το περιεχόμενο και οι προτεινόμενες παρεμβάσεις ανά πυλώνα της Δημόσιας Υγείας.

Πυλώνας 1: Πρωτογενής Πρόληψη

Ο 1^{ος} Πυλώνας αφορά στο σχεδιασμό και την εφαρμογή κατάλληλα διαμορφωμένων Προγραμμάτων Πρόληψης στο γενικό πληθυσμό με στόχο τη μείωση της έκθεσης σε παράγοντες που συνδέονται με νοσήματα, όπως το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη φυσικής άσκησης και το άγχος. Δηλαδή, παράγοντες που μπορούν με διαφοροποίηση καθημερινών συνηθειών να μειώσουν τη νοσηρότητα. Σε αυτό το πλαίσιο η στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία περιλαμβάνει ένα πλέγμα παρεμβάσεων πρωτογενούς πρόληψης που συνοπτικά αποτυπώνεται στη συνέχεια.

Διατροφή και Άθληση: Δράσεις για τη μείωση κατά προτεραιότητα της παιδικής παχυσαρκίας τουλάχιστον στο μ.ο. της ΕΕ, που θα περιλαμβάνουν την καταγραφή και παρακολούθηση της διατροφικής κατάστασης του πληθυσμού, προγράμματα για τη **διατροφή** και τη **φυσική άσκηση** στο γενικό πληθυσμό με έμφαση στα παιδιά και ευάλωτες ομάδες πληθυσμού (δράσεις αγωγής, προαγωγής και εκπαίδευσης σε σχολεία, εκπαίδευση εκπαιδευτικών, γονέων και κηδεμόνων κλπ.).

Καπνός - Αντικαπνιστική Πολιτική: Μείωση του αριθμού των καπνιστών (συμπεριλαμβανομένων e-cigarettes και vaping) στο μ.ο. της ΕΕ με δράσεις προαγωγής και πρόληψης του καπνίσματος όπως ενημερωτικές εκστρατείες, αγωγή υγείας, στοχευμένες παρεμβάσεις σε γονείς και εγκύους, καθώς και δράσεις για την προστασία των μη-καπνιστών.

Καρκίνος: Προβλέπονται εθνικής εμβέλειας δράσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας του γενικού πληθυσμού για την ενημέρωση και την πρόληψη των συνηθέστερων μορφών κακοηθών νεοπλασιών, καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές. Έμφαση δίνεται στον παιδικό πληθυσμό και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

Εξαρτήσεις: Παρεμβάσεις πρόληψης των εξαρτήσεων με προγράμματα καθολικής και επικεντρωμένης πρόληψης που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό αλλά και ειδικές ομάδες (ειδικά στον μαθητικό πληθυσμό) και διασύνδεση των δομών κατά των εξαρτήσεων με την ΠΦΥ.

Στοματική Υγεία: Δράσεις για την προληπτική οδοντιατρική παιδιών και εφήβων, ανάπτυξη κινητών ομάδων στοματικής υγείας, πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας των ογκολογικών ασθενών, επιδημιολογική έρευνα στοματικής υγείας, καταγραφή του καρκίνου του στόματος και των ανισοτήτων στη στοματική υγεία και δημιουργία ενός Εθνικού Κέντρου Καταγραφής του Καρκίνου του Στόματος.

Αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ: Με στόχο τη μείωση του ποσοστού πρόσφατης κατανάλωσης Αλκοόλ σε εφήβους (κάτω των 16 ετών) σε ποσοστά κάτω από το μ.ο. της Ε.Ε., προβλέπονται παρεμβάσεις που αφορούν σε υλοποίηση εκστρατειών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, καταγραφή περιστατικών που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ και ευαισθητοποίηση ειδικών ομάδων πληθυσμού (μαθητές, εκπαιδευτικοί, γονείς κλπ.).

Εμβολιασμοί: Δράσεις για την αύξηση του ποσοστού εμβολιασμών του πληθυσμού με έμφαση τις ευάλωτες ομάδες και τους επαγγελματίες Υγείας, καθώς και εισαγωγή του Ψηφιακού Βιβλιαρίου Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων.

Πρόληψη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στα παιδιά και προαγωγή της ψυχικής υγείας τους: Η παρέμβαση στοχεύει στην πρωτογενή πρόληψη των σύγχρονων φαινομένων επιρροής της ψυχοκοινωνικής υγείας των παιδιών και εφήβων όπως ενδοσχολική και ηλεκτρονική βία, συναισθηματικές δυσκολίες, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μέσα από την υλοποίηση δράσεων ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και αγωγής υγείας.

Πυλώνας 2: Δευτερογενής Πρόληψη

Ο 2^{ος} Πυλώνας αφορά στο σχεδιασμό την εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων για την έγκαιρη διάγνωση νόσων και περιλαμβάνει την παροχή δωρεάν εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων για παράγοντες κινδύνους και για νοσήματα που δεν έχουν εκδηλωθεί κλινικά. Ειδικότερα προβλέπονται δράσεις πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της καθιέρωσης προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων των πολιτών για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου, τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και την έγκαιρη διάγνωση του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. Σε αυτό το πλαίσιο η στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία περιλαμβάνει ένα πλέγμα παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης που συνοπτικά αποτυπώνεται στη συνέχεια.

Καπνός - Αντικαπνιστική Πολιτική: Με στόχο την υποστήριξη διακοπής καπνίσματος προβλέπονται δράσεις ενίσχυσης των ιατρικών διακοπής του καπνίσματος, την πιστοποίησή τους, την αύξηση της προσβασιμότητας των καπνιστών.

Καρκίνος: Ανάπτυξη και εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου.

Καρδιαγγειακά: Ανάπτυξη και εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και την έγκαιρη διάγνωση του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής.

Προγεννητική και Περιγεννητικής Πρόληψη: Περιλαμβάνει δέσμη των επιστημονικά συνηγομένων εργαστηριακών ελέγχων κατά την προγεννητική περίοδο, καθώς και την επέκταση του Εθνικού Προγράμματος Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών (ΕΠΠΕΝ), ώστε η πρώιμη διάγνωση

να αφορά στο σύνολο των σπάνιων αλλά και σοβαρών νοσημάτων, που επιδέχονται θεραπείας και μπορούν να καταστούν ελεγχόμενα. Προβλέπονται επίσης παρεμβάσεις για την πρόληψη της Νωτιαίας Μυϊκής Ατροφίας (SMA) και περιλαμβάνει screening σε όλες τις εγκύους με ειδική εξέταση DNA.

Εξαρτήσεις: Δράσεις για τη μείωση της βλάβης και τη θεραπεία.

Αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ: Προβλέπεται η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών και δομών θεραπείας από την εξάρτηση του αλκοόλ, μελέτη για την τομεοποίηση της επικράτειας, η διασφάλιση διασύνδεσης και συνεργασίας των υπηρεσιών καθώς και προγράμματα πρόληψης εστιασμένα, μεταξύ άλλων, στις «νέου τύπου» εξαρτήσεις.

Πυλώνας 3: Τριτογενής Πρόληψη

Ο 3^{ος} Πυλώνας αφορά στην τριτογενή πρόληψη και περιλαμβάνει παρεμβάσεις που στοχεύουν στην πρόληψη της ανικανότητας, την αποκατάσταση των βλαβών, καθώς και την πρόληψη των υποτροπών από μία κλινικά ορατή νόσο και την υποστήριξη των ατόμων να αντιμετωπίσουν μακροχρόνια και σύνθετα προβλήματα, καθώς και βλάβες της υγείας τους με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικής τους ικανότητας, της ποιότητας ζωής και του προσδόκιμου ζωής. Στόχος της πολιτικής της Δημόσιας Υγείας για την τριτογενή πρόληψη είναι η ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας σε νοσούντες. Σε αυτό το πλαίσιο προβλέπονται οι παρακάτω παρεμβάσεις:

- Ανάπτυξη και Οργάνωση Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας για τη μεταθεραπευτική αντιμετώπιση, αποκατάσταση, επανένταξη και φροντίδα ασθενών.
- Παρεμβάσεις που αφορούν στην εργασιακή ένταξη των ατόμων με σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα (ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ), στοχεύοντας στη μείωση του φορτίου των ψυχικών διαταραχών στους πάσχοντες, τις οικογένειές τους και την κοινότητα γενικά.

Πυλώνας 4: Προστασία του Πληθυσμού σε Έκτακτες Υγειονομικές Καταστάσεις

Ο 4^{ος} Πυλώνας στρατηγικής περιλαμβάνει την ανάπτυξη μηχανισμών και την ανάληψη μέτρων προστασίας του πληθυσμού της χώρας κατά τη διάρκεια έκτακτων υγειονομικών συνθηκών όπως η καταπολέμηση της πανδημίας CoViD-19 και άλλες μεγάλες απειλές για την υγεία π.χ. λόγω της κλιματικής αλλαγής, πυρκαγιών, σεισμών και τεχνολογικών καταστροφών.

Στις προτεραιότητες του Τομέα Υγείας περιλαμβάνεται η υλοποίηση παρεμβάσεων προκειμένου να ενισχύσουν την ικανότητά του στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων και στον επιχειρησιακό σχεδιασμό των απαιτούμενων παρεμβάσεων. Επιπρόσθετα και στο πλαίσιο των αναγκών αντιμετώπισης της πανδημίας CoViD-19, απαιτείται η υλοποίηση παρεμβάσεων ενημέρωσης, πρόληψης και υποστήριξης του πληθυσμού. Ειδικότερα, στο πλαίσιο του «Πυλώνα 4: Προστασία του Πληθυσμού σε Έκτακτες Υγειονομικές Καταστάσεις» προβλέπονται οι εξής δράσεις:

- Αναβάθμιση των δυνατοτήτων τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων και του Επιχειρησιακού Σχεδιασμού αντιμετώπισης κρίσεων Δημόσιας Υγείας με επικαιροποίηση του Σχεδίου "ARTEMIS", οργάνωση της Διεύθυνσης Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΕΚΔΥ), συνεργασία με εμπλεκόμενους δημόσιους Εθνικούς και Διεθνείς φορείς που διαχειρίζονται τη κρίση και δημιουργία Συντονιστικού Κέντρου Κρίσεων εντός του Υπουργείου Υγείας.

- Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη των Πολιτών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της Πανδημίας.
- Ενέργειες Πρόληψης της πανδημίας προς το γενικό πληθυσμό με διενέργεια εμβολιασμού του γενικού πληθυσμού, ελέγχους φορέων (testing) και διενέργεια Rapid Test στο γενικό πληθυσμό και πλήρη ενεργοποίηση του Μητρώου Ασθενών CoViD-19.

Πυλώνας 5: Εγγυημένη Χρηματοδότηση της Δημόσιας Υγείας

Ο 5^{ος} Πυλώνας αφορά στην εξασφάλιση σταθερής χρηματοδοτικής ροής για τη σταθερή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Σε αυτό το πλαίσιο επιδιώκεται η συνολική αύξηση της χρηματοδότησης στη Δημόσια Υγεία με αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων. Ειδικότερα, η στρατηγική της Δημόσιας Υγείας για την επόμενη περίοδο προβλέπει τα εξής:

- Αξιοποίηση των πόρων από τον αντικαπνιστικό νόμο, τις παραβάσεις σχετιζόμενες με την εφαρμογή του νόμου και τα πρόστιμα από τους διενεργούμενους ελέγχους για την τήρηση των μέτρων της πανδημίας CoViD-19.
- Απορρόφηση του συνόλου των εγκεκριμένων πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης – εξασφάλιση της απαιτούμενης χρηματοδότησης από το ΕΣΠΑ για την υλοποίηση του «Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025».
- Διερεύνηση της δυνατότητας αύξησης της συμμετοχής του Υπουργείου Υγείας και των εποπτευόμενων Φορέων του σε δράσεις συγχρηματοδοτούμενων ανταγωνιστικών προγραμμάτων της ΕΕ (EU4HEALTH, HORIZON, κ.α.). Σε αυτό το πλαίσιο προβλέπεται η ανάπτυξη πλαισίου συνεργασίας με εθνικούς και διεθνείς φορείς Δημόσιας Υγείας για την από κοινού υλοποίηση Δράσεων Ευρωπαϊκής Προστιθέμενης Αξίας στους τομείς αρμοδιότητας της Δημόσιας Υγείας.

Πυλώνας 6: Αναβάθμιση του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Ο 6^{ος} Πυλώνας αφορά στον ανασχεδιασμό του συστήματος Δημόσιας Υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας προς τους Πολίτες της χώρας με την εισαγωγή νέων μοντέλων διοίκησης υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας τόσο στο Κεντρικό Επίπεδο (Υπουργείο Υγείας, Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας όσο και στο τοπικό και περιφερειακό Επίπεδο (Α' και Β' επιπέδου Τοπική Αυτοδιοίκηση) καθώς και με την ανάπτυξη και προώθηση της Διατομεακής Δημόσιας Υγείας. Ειδικότερα, στο πλαίσιο του «Πυλώνα 6: Αναβάθμιση του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» προβλέπονται οι εξής δράσεις:

- Λειτουργική Αναδιοργάνωση του Συστήματος Παρακολούθησης της Υγείας του Πληθυσμού
- Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη Δημόσια Υγεία
- Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα υπηρεσιών δημόσιας υγείας
- Αποτελεσματικότητα των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απειλών με τη διαμόρφωση χώρων και προμήθεια εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στις πύλες εισόδου της χώρας, στα διεθνή αεροδρόμια και στα λιμάνια, την υγειονομική θωράκιση περιοχών που επιβαρύνονται από τις προσφυγικές ροές και την κάλυψη υγειονομικών αναγκών προσφύγων/ μεταναστών
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας για την ασφαλή διαχείριση αποβλήτων υγειονομικών Μονάδων, την παρακολούθηση

παραγόντων περιβαλλοντικής υγείας και ενέργειες για τη διασφάλιση της υγείας με επιδημιολογικές μετρήσεις της επιβάρυνσης σε περιβαλλοντικά επιβαρυμένες περιοχές.

- Στοματική Υγεία: Περιβαλλοντικά υπεύθυνη και ασφαλής διαχείριση αποβλήτων και απορριμμάτων της οδοντιατρικής πράξης (συμπεριλαμβανομένων των μολυσματικών και τοξικών αποβλήτων), βελτίωση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της οδοντιατρικής πράξης, ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού των οδοντιατρικών μονάδων του ΕΣΥ, κατάρτιση οδοντιάτρων σε συνεργασία με τις Οδοντιατρικές Σχολές και τις επιστημονικές εταιρείες, ίδρυση Παρατηρητηρίου για τη Στοματική Υγεία
- Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με διαπίστευση εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας, εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και εκπόνηση κανονισμών και οδηγιών προστασίας της Δημόσιας Υγείας στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας
- Πληροφορική οργάνωση για τη Δημόσια Υγεία με αναβάθμιση των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του ΥΥ και των υπηρεσιών ΔΥ, λειτουργική διασύνδεση κεντρικών, περιφερειακών, δημοτικών υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας με τις κεντρικές υπηρεσίες του ΥΥ, δημιουργία Εθνικής Βάσης Δεδομένων και Εθνικών Αρχείων για τα Νοσήματα καθώς και λογισμικών εργαλείων για παροχή υπηρεσιών από απόσταση (e-health), e-inclusion, telemedicine και home care
- Λογοδοσία και προβολή του συστήματος Δημόσιας Υγείας και αναβάθμιση της επικοινωνιακής του πολιτικής
- Δράσεις για την προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας και την προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα
- Προώθηση του Ιατρικού Τουρισμού
- Οργανωτική και λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, διατομεακή συνεργασία, ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού και κωδικοποίηση διατάξεων για τη Δημόσια Υγεία

4.2.4 Η πολιτική για τις Εξαρτήσεις

Η παρούσα έκθεση πολιτικής του Υπουργείου Υγείας στον Τομέα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων συνιστά την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης και του στρατηγικού σχεδιασμού της εθνικής πολιτικής για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων για την ΠΠ 2021-2027. Στο συγκεκριμένο Τομέα Πολιτικής το Υπουργείο Υγείας στοχεύει στο συντονισμό όλων των δράσεων και μέτρων για την επίτευξη της μείωσης της εμφάνισης των εξαρτητικών συμπεριφορών και κατ' επέκταση τον περιορισμό της ζήτησης των εθιστικών ουσιών. Στα πλαίσια του περιορισμού της ζήτησης των ουσιών emπίπτουν πολιτικές οι οποίες αποσκοπούν στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, στην παροχή υποστήριξης και θεραπείας στους χρήστες ουσιών, καθώς και στην προώθηση της αποκατάστασης και επανένταξης των χρηστών στην κοινωνία. Η χρηματοδότηση για τα αναφερόμενα προγράμματα πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης και για τις υποστηρικτικές δομές τους, έχει εξασφαλιστεί μέσω Ευρωπαϊκών κονδυλίων και τον κρατικό προϋπολογισμό. Το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών για τις εξαρτήσεις αναπτύσσονται στο πλαίσιο του Νόμου περί Εξαρτησιογόνων Ουσιών (ν.4139/2013) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει και χρήζουν επικαιροποίησης όποτε αυτό καθίσταται αναγκαίο.

Η εξάρτηση αποτελεί φαινόμενο που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και κυρίως από τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες. Οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελούν μια κοινωνική

ομάδα που είναι εξαιρετικά επιβαρυνόμενη και περιθωριοποιημένη. Λόγω της οικονομικής και ανθρωπιστικής κρίσης των τελευταίων χρόνων οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών έχουν αυξηθεί και έχουν επιβαρυνθεί περαιτέρω κοινωνικά, ψυχικά και οικονομικά. Η κρίση της παγκόσμιας πανδημίας επέφερε αρνητικές συνέπειες και στον τομέα των εξαρτήσεων καθώς επιβάρυνε επιπλέον μια ήδη επιβαρυνόμενη κοινωνική ομάδα λόγω των δυσχερών οικονομικών συνθηκών που επέφερε και λόγω του αυξημένου κοινωνικού αποκλεισμού. Η πανδημία επίσης ανέδειξε την πολυπλοκότητα του ζητήματος των εξαρτήσεων και την ανάγκη υγειονομικής κάλυψης πληθυσμών που κάνουν συστηματική ή περιστασιακή χρήση ουσιών χωρίς να είναι εξαρτημένα ή καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και παρουσιάζουν άλλες συμπεριφορές εξάρτησης όπως ο τζόγος, τα τυχερά παιχνίδια και νέες εξαρτητικές συμπεριφορές όπως η προσήλωση στο διαδίκτυο, στα κοινωνικά μέσα δικτύωσης και τις παιχνιδοκονσόλες. Η αντιμετώπιση των εξαρτήσεων πρέπει να εστιάσει πλέον και στον νεότερο πληθυσμό όπως παιδιά και εφήβους που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης συμπεριφορών εξάρτησης με στόχο την έγκαιρη παρέμβαση.

Πολιτική προτεραιότητα του Υπουργείου Υγείας αναφορικά με τις εξαρτήσεις οφείλει να αποτελέσει η καθολική διασφάλιση του δικαιώματος των εξαρτημένων χρηστών στην πρόσβαση σε ολοκληρωμένη φροντίδα, στην κοινωνική αποκατάσταση και ενσωμάτωση σε συνδυασμό με τη συνεργασία των αρμόδιων φορέων για την ορθότερη αξιοποίηση διαθέσιμων πόρων. Οι στρατηγικές προτεραιότητες πολιτικής του Υπουργείου Υγείας επικεντρώνονται σε τέσσερις πυλώνες παρέμβασης που συμπεριλαμβάνουν την πρόληψη, τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη των χρηστών καθώς και την μείωση της βλάβης που επέρχεται από τις εξαρτήσεις. Οι πολιτικές προτεραιότητες επίσης αποσκοπούν στην εξασφάλιση της δυνατότητας καθολικής πρόσβασης και κάλυψης των εξαρτημένων σε προγράμματα θεραπείας στο σύνολο της επικράτειας, στην ολοκληρωμένη παροχή θεραπείας που οδηγεί στην πλήρη απεξάρτηση και τέλος στη διευκόλυνση της κοινωνικής επανένταξης έπειτα από την ολοκλήρωση των εκάστοτε προγραμμάτων εστιάζοντας σε πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο όπως μητέρες, άστεγους, νέους κτλ. Στο σχεδιασμό της πολιτικής των εξαρτήσεων καθίσταται ως αναγκαία προϋπόθεση, η συνέργεια των νέων υπηρεσιών με τις ήδη υφιστάμενες. Οι νεοσύστατες υπηρεσίες θα πρέπει να λειτουργούν σε ένα ενιαίο δίκτυο με τις ήδη υπάρχουσες δομές κατά των εξαρτήσεων, καθώς και με τις υπόλοιπες δομές υγείας/ κοινωνικής φροντίδας (Νοσοκομεία, Τοπικές Μονάδες Υγείας, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, κ.α.), υπό το συντονισμό του Εθνικού Συντονιστή για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών και της Διεύθυνσης Εξαρτήσεων.

Ο 1^{ος} Πυλώνας παρέμβασης αφορά στη **μείωση της βλάβης**, που σχετίζεται με δράσεις ανάπτυξης υπηρεσιών υποστήριξης χρηστών με στόχο τη φροντίδα των υγειονομικών και κοινωνικών αναγκών εξαρτημένων ατόμων με χαμηλό κίνητρο και δυνατότητα απεξάρτησης. Οι δράσεις για τη μείωση βλάβης αφορούν κυρίως πληθυσμούς που συναθροίζονται σε αστικά κέντρα και είναι άστεγοι. Στο πλαίσιο της μείωσης της βλάβης, για την υποστήριξη των χρηστών που αδυνατούν ή δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά χρήζουν άμεσης υποστήριξης, καθίσταται ως προτεραιότητα η δημιουργία Μονάδων Άμεσης Πρόσβασης με υπηρεσίες κινητών μονάδων. Οι δομές αυτές θα παρέχουν εκτίμηση αναγκών, παραπομπές σε δομές αστέγων και θεραπείας των εξαρτήσεων μαζί με ψυχολογική εκτίμηση. Οι κινητές μονάδες θα λειτουργούν σε συνεργασία με τις μονάδες άμεσης πρόσβασης και θα παρέχουν υπηρεσίες μείωσης της βλάβης εκτός δομών. Οι δράσεις τους θα περιλαμβάνουν παρεμβάσεις σε χώρους συνάθροισης χρηστών, ανταλλαγή συρίγγων και παροχή βασικών υγειονομικών υπηρεσιών για αποφυγή θανάτων από υπερβολική δόση. Η ανάπτυξη Κέντρων Ημέρας (ΚΗ) με υπηρεσίες βραχείας φιλοξενίας εντάσσεται στον πυλώνα μείωσης της βλάβης, καθώς τα ΚΗ θα

εξυπηρετούν άτομα με έλλειψη σταθερής στέγης, προσφέροντας ασφαλή χώρο ξεκούρασης, ξενώνες ύπνου, υπηρεσίες υγιεινής και σίτισης προωθώντας παράλληλα την παραπομπή σε προγράμματα θεραπείας. Κάποιες Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης ταυτόχρονα θα εντάσσουν τους χρήστες σε πρωτόκολλο χορήγησης υποκατάστατου (βουπρενορφίνη). Η λειτουργία πιλοτικής δομής Χώρων Εποπτευόμενης Χρήσης (ΧΕΧ) επίσης αποτελεί πολιτική προτεραιότητα καθώς αφορά επιτηρούμενες εγκαταστάσεις κατανάλωσης ναρκωτικών, υπό την επίβλεψη εκπαιδευμένου προσωπικού. Οι αναφερόμενες δομές συμβάλλουν στη μείωση της βλάβης καθώς έχουν ως κύριο στόχο τη μείωση των σοβαρών κινδύνων μετάδοσης ασθενειών και την πρόληψη θανάτων από υπερβολική δόση.

Ο 2^{ος} **Πυλώνας** παρέμβασης εμπεριέχει δράσεις οι οποίες σχετίζονται με τη **θεραπεία των χρηστών**. Η ανάπτυξη μονάδων σωματικής αποτοξίνωσης εντάσσεται στο πλάνο του Υπουργείου Υγείας για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων και απευθύνεται σε άτομα που επιθυμούν και αδυνατούν να ενταχθούν σε θεραπευτικό πλαίσιο αποτοξίνωσης λόγω έλλειψης θέσεων. Στόχος είναι η εξάλειψη του ανασταλτικού παράγοντα έλλειψης πρόσβασης σε υπηρεσίες αποτοξίνωσης. Σημαντική εφαρμογή αποτελούν οι νέες θεραπευτικές μονάδες, με ή χωρίς φαρμακευτική υποστήριξη, σε γεωγραφικές περιοχές που δεν καλύπτονται από το υφιστάμενο δίκτυο (μονάδες ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ) καθώς και η ανάπτυξη των Πολυδύναμων Κέντρων (ΠΚ) εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων για την παροχή πρωτοβάθμιας υποστήριξης και βραχείας παρέμβασης. Η λειτουργία Κινητών Μονάδων θα ενταχθεί συμπληρωματικά με τη λειτουργία των πολυδύναμων κέντρων σε περιοχές με έλλειψη υπηρεσιών κατά των εξαρτήσεων. Οι Μονάδες Απεξάρτησης από το Αλκοόλ θα λειτουργούν στο πρότυπο των ήδη υφιστάμενων προγραμμάτων του εθνικού δικτύου υπηρεσιών και θα εστιάζουν στην παροχή συμβουλευτικής και θεραπευτικής υποστήριξης στους εξαρτημένους και στο στενό οικογενειακό περιβάλλον τους. Επιπλέον μονάδες για άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα θα απευθύνονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα διπλής διάγνωσης, εξάρτηση σε συνδυασμό με κάποιας μορφής ψυχιατρική διαταραχή για την κάλυψη των εξιδεικευμένων αναγκών αυτών των χρηστών που θα περιλαμβάνει την εξατομικευμένη ψυχοκοινωνική και φαρμακευτική υποστήριξη. Στον πυλώνα της θεραπείας των χρηστών επίσης θα ενταχθούν υπηρεσίες παροχής γονεϊκής στήριξης και έγκαιρης παρέμβασης σε εφήβους με παραβατική συμπεριφορά για την αποφυγή μελλοντικής παραβατικότητας.

Στον 3^ο **Πυλώνα** της **κοινωνικής επανένταξης** εντάσσονται πολιτικές προτεραιότητες που αφορούν την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και περιθωριοποίησης και την ενσωμάτωση των πρώην εξαρτημένων ή υπό απεξάρτηση ατόμων. Η επιτυχής κοινωνική ένταξη αποτελεί κεντρικό πυρήνα της πρόληψης της υποτροπής καθώς οι υψηλοί δείκτες ανεργίας και υποαπασχόλησης επιβαρύνουν την αποκατάσταση των αποθεραπευμένων και δημιουργούν συνθήκες στροφής προς τη χρήση ουσιών. Στα πλαίσια κοινωνικής αποκατάστασης των εξαρτημένων, θα ενισχυθούν δομές στο υφιστάμενο εθνικό δίκτυο υπηρεσιών, για προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού, ανάπτυξης δεξιοτήτων και επιμόρφωσης/εκπαίδευσης με στόχο την ένταξη στην αγορά εργασίας. Το Υπουργείο Υγείας δημιούργησε θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας Κοινωνικών Συνεταιρισμών Ένταξης (Κοι.Σ.Εν.), σύμφωνα με το Ν.4600/19 που προβλέπουν την κοινωνικό-οικονομική και επαγγελματική ένταξη αξιοποιώντας πολλαπλές πηγές χρηματοδότησης. Δομές βραχείας φιλοξενίας θα παρέχουν υποστήριξη ατόμων που βρίσκονται σε στάδιο ολοκλήρωσης της κοινωνικής επανένταξης και αδυνατούν να ανταποκριθούν σε έξοδα στέγασης καθώς δεν έχουν απορροφηθεί στην αγορά εργασίας.

Ο 4^{ος} Πυλώνας της *πρόληψης* αποσκοπεί στην ενίσχυση των παρεμβάσεων στο επίπεδο της πρόληψης των εξαρτήσεων από τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και άλλες συμπεριφορές σε όλη την επικράτεια, με χαρακτήρα καθολικής και επικεντρωμένης πρόληψης στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές ομάδες (άνεργοι, μετανάστες, άποροι κ.α.). Οι υπηρεσίες πρόληψης επιπλέον θα συμβάλλουν στη διασύνδεση των δομών κατά των εξαρτήσεων με αυτές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) μέσω της παραπομπής σε εξειδικευμένες δομές. Ενδεικτικά παρεμβατικές δράσεις πρόληψης συμπεριλαμβάνουν την έγκαιρη παρέμβαση στο φοιτητικό πληθυσμό και την οργάνωση δικτύου παρέμβασης στη σχολική κοινότητα.

Οι εξαρτητικές συμπεριφορές έχουν ένα δυσχερές οικονομικό και κοινωνικό αντίκτυπο καθώς η χρήση ουσιών δημιουργεί αρνητικές συνέπειες τόσο στα ίδια τα εξαρτημένα άτομα όσο και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Συνεπώς, μέσα από όλες τις αναφερόμενες πολιτικές, κεντρική αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας αποτελεί η μείωση της βλάβης, η παροχή κατάλληλης θεραπείας και η πρόληψη και αποφυγή εξαρτητικών συμπεριφορών. Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας κατά των εξαρτήσεων προβλέπει παρέμβαση σε πολλαπλά κοινωνικά επίπεδα προκειμένου να επιτευχθεί η ορθή αντιμετώπιση του φαινομένου της εξάρτησης με υψηλή αποτελεσματικότητα.

4.2.5 Η πολιτική για την Ψηφιακή Υγεία

Η Πολιτική της Ψηφιακής Υγείας εστιάζει στον ψηφιακό μετασχηματισμό, ο οποίος αποτελεί προτεραιότητα για όλους τους τομείς πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης της υγείας, συμβάλλοντας στον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας μέσω της υποστήριξης της εφαρμογής καινοτόμων τεχνολογιών πληροφορικής για την ψηφιοποίηση αλλά και την αξιοποίηση δεδομένων.

Στο πλαίσιο του αναπτυξιακού σχεδιασμού, οι παρεμβάσεις στον τομέα της Υγείας επικεντρώνονται και θέτουν ως προτεραιότητα την ψηφιοποίηση. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός του τομέα της Υγείας στοχεύει στην αναβάθμιση και βελτίωση της διαχείρισης και της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας μέσω στοχευμένων δράσεων σε συγκεκριμένους άξονες παρέμβασης που αποσκοπούν στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας ψηφιακών συστημάτων, στη δημιουργία μίας ενιαίας ψηφιακής πλατφόρμας ως σημείο αναφοράς για τον ασθενή, στην εξασφάλιση ανθρωπίνου δυναμικού με ψηφιακές δεξιότητες και τέλος στην ενσωμάτωση τεχνολογιών αιχμής.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν επιφέρει αλλαγές στις προσδοκίες των πολιτών αναφορικά με την παροχή ιατρικής περίθαλψης υψηλών προδιαγραφών. Παραδείγματος χάριν, το ιατρικό προσωπικό ενισχύεται και επιταχύνει τη διαδικασία της αρχικής διάγνωσης μέσω υποβοηθούμενων από τεχνητή νοημοσύνη μέσα όπως απεικονιστικά μηχανήματα κ.α., η ρομποτική υποβοήθηση καθιστά ορισμένες επεμβάσεις λιγότερο επεμβατικές και προσφέρει μεγαλύτερη ακρίβεια, ενώ μέσα από τεχνολογίες τηλε-ιατρικής οι «έξυπνες» μονάδες υγείας δύνανται να παρέχουν φροντίδα έξω από τα φυσικά όρια τους, βελτιώνοντας με τον τρόπο αυτό την εμπειρία του ασθενή (αφού η περίθαλψη πραγματοποιείται στην άνεση του σπιτιού του), αλλά και τη λειτουργική αποδοτικότητα των μονάδων, αφού χρόνιες καταστάσεις αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα με τον τρόπο αυτό, εξοικονομώντας πόρους.

Λόγω των απροσδόκητων αναγκών που προέκυψαν από την πανδημία, η διαδικασία του ψηφιακού μετασχηματισμού επιταχύνθηκε και κατέστη αναγκαία ως μέσο αντιμετώπισης του ιού SARS-CoV-2. Παράλληλα επισημάνθηκαν περιθώρια αναβάθμισης και βελτίωσης στην παροχή ψηφιακών υπηρεσιών που θα είναι εξατομικευμένες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες

του πληθυσμού, οδηγώντας σε σημαντικές αλλαγές στη διακυβέρνηση των εθνικών προδιαγραφών της ηλεκτρονικής υγείας. Η πολιτική της υγείας διαρθρώνεται στα παρακάτω στάδια:

Το 1ο Στάδιο περιλαμβάνει τις ενέργειες για την ολοκλήρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) συμπεριλαμβανομένων όλων των αναγκαίων προϋποθέσεων λειτουργίας αυτού (κωδικοποιήσεις πλαίσιο, διαλειτουργικότητα κλπ).

1.1 Ολοκλήρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας

Στην τρέχουσα περίοδο ο ΑΗΦΥ έχει ενεργοποιηθεί για ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού και κατέχει χαμηλό βαθμό ενημέρωσης από γιατρούς και επαγγελματίες στο χώρο της υγείας. Στην παρούσα περίοδο μετασχηματισμού ο ΑΗΦΥ ενημερώνεται από το σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και λειτουργεί κυρίως ως εφαρμογή καταγραφής ιατρικών επισκέψεων σε δημόσιο φορέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ολοκλήρωση και βελτίωση του ΑΗΦΥ στοχεύει στη δημιουργία ενός ενιαίου φακέλου ιατρικού περιεχομένου σε εθνικό επίπεδο.

Ο ΑΗΦΥ μελλοντικά θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει το ατομικό ιστορικό υγείας του εκάστοτε λήπτη υπηρεσιών υγείας καθώς και κάθε είδους δεδομένα, πληροφορίες και εκτιμήσεις αναφορικά με την ιατρική κατάσταση, διαδικασία περίθαλψης και κλινική εξέλιξη του ασθενή. Ο ΑΗΦΥ θα συμπεριλαμβάνει ένα συνοπτικό ιστορικό υγείας που συμβαδίζει με το πρότυπο του International Patient Summary (EN17269) και τα έγγραφα που οφείλει να περιλαμβάνει είναι: εξιτήρια νοσοκομείων, αποτελέσματα εργαστηριακών και ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων και εκτελεσμένες συνταγές φαρμάκων.

1.2 Επέκταση και Ολοκλήρωση Μητρώων Ασθενών (Patient Registries)

Η πανδημία CoViD-19 ενήργησε ως επιταχυντής για τον ψηφιακό μετασχηματισμό στον τομέα της Υγείας καθώς κατά τη διάρκεια της πανδημίας, τέθηκε σε λειτουργία το Μητρώο Ασθενών CoViD-19 στο οποίο καταγράφονται από το υγειονομικό προσωπικό τα κρούσματα και οι νοσηλείες ασθενών CoViD-19, ενώ υπάρχει διασύνδεση και με το Μητρώο Εμβολιασμών Η ανάπτυξη μητρώων ασθενών παίζει καθοριστικό ρόλο στη μεταβατική προσπάθεια του συστήματος υγείας και προωθεί την ταχύτερη διάγνωση, τη βέλτιστη θεραπεία, την αποτελεσματικότερη παρακολούθηση και την αποδοτικότερη διαχείριση πόρων. Τα Εθνικά Μητρώα Ασθενών (Hellenic National Registries) οφείλουν να ενισχύουν την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ άλλων διεθνών μητρώων και να υποστηρίζουν τη διαλειτουργικότητα.

Το πλαίσιο επέκτασης εθνικών μητρώων περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την ανάπτυξη του Μητρώου Ασθενών με Καρκίνο, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με καρκίνο της στοματικής κοιλότητας.

Η δημιουργία του Μητρώου θα συνδυαστεί με άλλες τεχνολογικές λύσεις με στόχο αφενός τη βελτίωση της παροχής φροντίδας στο Νοσοκομείο, αφετέρου στην υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο – για όλες τις μορφές του - από τη διάγνωση έως την αποκατάσταση. Ο ιατρός θα έχει πρόσβαση σε όλες τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τη λήψη αποφάσεων κατά τη θεραπεία (ιστολογικές, απεικονιστικές, αιματολογικές εξετάσεις, πρακτικά χειρουργικών επεμβάσεων). Επιπροσθέτως, το σύστημα θα παρέχει ψηφιακή υποστήριξη στη διαδικασία προετοιμασίας και χορήγησης χημειοθεραπείας. Τέλος, προβλέπεται η ευρεία χρήση κινητών εφαρμογών για την υποστήριξη και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Στο πλαίσιο ανάπτυξης Μητρώων Ασθενών, προβλέπεται η ανάπτυξη ψηφιακής πλατφόρμας καταγραφής ατόμων που πάσχουν από Άνοια και Αυτισμό. Γενικότερα, έμφαση θα δοθεί και στον τομέα της ψυχικής υγείας με στόχο την καταγραφή και διαχείριση στατιστικών στοιχείων ασθενών στα Δημόσια Νοσοκομεία που διαθέτουν Ψυχιατρική Κλινική (χρόνος Νοσηλείας, διαθέσιμες κλίνες για εισαγγελικό εγκλεισμό κλπ).

1.3 Επέκταση Εθνικού Συστήματος Αιμοδοσίας (Εθνικού Μητρώου Αιμοδοτών)

Στην παρούσα κατάσταση δεν καλύπτεται το σύνολο των αναγκών διαχείρισης της αιμοδοσίας σε εθνικό επίπεδο και το συγκεκριμένο μητρώο στοχεύει στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας του Εθνικού Μητρώου Αιμοδοτών. Μέσα από το Εθνικό Μητρώο Αιμοδοτών, θα παρέχονται ταυτότητες εθελοντών αιμοδοτών και επίσης θα υποστηρίζεται η ανταλλαγή στοχευμένης πληροφορίας μεταξύ των υπηρεσιών αιμοδοσίας, των κέντρων αίματος και του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας και επίσης μεταξύ των νοσοκομείων και των υπηρεσιών αιμοδοσίας όσον αφορά τη διαχείριση των μεταγγιζόμενων ασθενών. Τέλος, θα αναπτυχθούν ψηφιακές υπηρεσίες αιμοδοσίας ενιαίας εξυπηρέτησης πολιτών και ασθενών, με έμφαση στους πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς.

Το 2^ο Στάδιο συμπεριλαμβάνει Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Α΄ βάρθμιας και Β΄ βάρθμιας Φροντίδας Υγείας, αναβάθμιση υποδομών νοσοκομείων και καταγραφή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

2.1 Αναβάθμιση Ψηφιακών Υποδομών στα Νοσοκομεία

Τα Νοσοκομεία θα είναι οι κύριοι τροφοδότες του Εθνικού Ιατρικού Φακέλου και θα κληθούν να υποστηρίξουν και άλλες νέες διαδικασίες όπως η εισαγωγή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs) και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Η ψηφιακή αναβάθμιση των Νοσοκομείων θα εστιάσει στην ανάπτυξη Ιατρικών Πληροφοριακών Συστημάτων (Clinical Information Systems) τα οποία θα πληρούν κοινές προδιαγραφές λειτουργικότητας και διαλειτουργικότητας προκειμένου να υποστηρίξουν τον ψηφιακό μετασχηματισμό της Υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για τον Ψηφιακό Μετασχηματισμό των Νοσοκομείων είναι η αναβάθμιση των υποδομών με έμφαση σε θέματα δικτύων (ενσύρματων και ασύρματων), αξιοποίησης φορητών συσκευών και κυβερνοασφάλειας. Τέλος, προτείνεται εξειδικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης για τη στελέχωση των υπηρεσιών Πληροφορικής των Νοσοκομείων.

2.2 Επέκταση Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος για Νοσοκομειακές Μονάδες για τη βελτίωση της ποιότητας, της διαλειτουργικότητας και της πρόσβασης σε δεδομένα που αφορούν στην υγεία

Στην παρούσα κατάσταση υπάρχει έλλειψη ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος που περιέχει όλα τα δεδομένα σχετικά με τους ασθενείς και τις υπηρεσίες υγείας στις Νοσοκομειακές μονάδες. Παρά τη μεγάλη σημασία για τον τομέα υγείας, τα δεδομένα που συγκεντρώνονται δεν είναι εύκολα προσβάσιμα, καθώς τα συστήματα που τηρούν την πληροφορία δεν επικοινωνούν και σε πολλές περιπτώσεις, η ποιότητά τους δεν επιτρέπει την αποτελεσματική χρήση τους.

Η υφιστάμενη κατάσταση επιβάλλεται να αλλάξει με την υλοποίηση του εθνικού πλαισίου διαλειτουργικότητας για την Υγεία. Ο Νόμος 4727/2020 προωθεί την πολιτική για τη διαχείριση υπολογιστικού νέφους για τα πληροφοριακά συστήματα στον Τομέα Υγείας στην ΗΔΙΚΑ Α.Ε. Στο

Κυβερνητικό Νέφος του Τομέα της Υγείας (H-Cloud) πρέπει υποχρεωτικά να εγκατασταθούν έως τις αρχές του 2023 όλα κεντρικά πληροφοριακά συστήματα και οι εφαρμογές του Υπουργείου Υγείας και των Νοσοκομείων που σχετίζονται με την επεξεργασία ιατρικών δεδομένων.

Η ανάπτυξη ενός ομοιογενούς Πληροφοριακού Συστήματος όχι μόνο θα οδηγήσει στην ενοποίηση δεδομένων σε όλο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ανεξαρτήτως προέλευσης της εκάστοτε πληροφορίας, αλλά θα επιτρέψει την εύκολη πρόσβαση και ανταλλαγή δεδομένων από το ιατρικό προσωπικό για την έγκαιρη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Συνεπώς, το συγκεκριμένο έργο θα ενισχύσει τις υπηρεσίες νοσηλείας και θεραπείας μέσω της βελτίωσης της διαχείρισης δεδομένων των ασθενών από πολλαπλά επίπεδα του συστήματος υγείας.

2.3 Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της Οικονομικής Διαχείρισης των Νοσοκομείων

Παράλληλος στόχος είναι η ανάπτυξη προηγμένων συστημάτων αποθηκών (Warehouse Management Systems) σε ευθυγράμμιση με τις αντίστοιχες δράσεις της ΕΚΑΠΥ. Στόχος είναι η δημιουργία συστημάτων διαχείρισης και καταγραφής Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού (Μητρώο Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού, παρακολούθηση συμβάσεων, έλεγχος κόστους συντηρήσεων κ.λπ.), καταγραφή στρατηγικών αποθεμάτων κ.α.

Το 3^ο Στάδιο συμπεριλαμβάνει τις Τελικές Υπηρεσίες προς τους Χρήστες Υγείας

3.1 Ενίσχυση του συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Το σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης αποτελεί ένα ολοκληρωμένο ψηφιακό σύστημα που συμβαδίζει με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Παρόλα αυτά, ο κύκλος της συνταγογράφησης παραμένει ελλιπής καθώς η εκτέλεση των εξετάσεων (εργαστηριακών και απεικονιστικών) δεν ενημερώνεται στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης. Επομένως, είναι προτεραιότητα η επίσπευση της διαλειτουργικότητας του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης με τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ. Αντίστοιχα σημαντική είναι η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο περιβάλλον του νοσοκομείου και η διαλειτουργικότητα με τα Πληροφοριακά Συστήματα αυτού, ώστε να συμπεριλαμβάνονται στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και οι συνταγές φαρμάκων των νοσηλευόμενων ασθενών. Στο πλαίσιο αντιμετώπισης της πανδημίας τέθηκε σε λειτουργία επιτυχώς η άυλη συνταγογράφηση φαρμάκων και χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς και στους εμβολιασμούς του πληθυσμού.

Σε συνέχεια της άυλης συνταγογράφησης είναι επιβεβλημένο να αναπτυχθούν εφαρμογές για κινητά τηλέφωνα με στόχο την αποφυγή της κοστοβόρας χρήσης SMS. Απώτερος σκοπός είναι η διαλειτουργικότητα της άυλης συνταγογράφησης προσφέροντας τη δυνατότητα εκτέλεσης συνταγής σε τρίτες χώρες και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.

3.2 Ενίσχυση των ψηφιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας για την παροχή προσωποκεντρικής περίθαλψης (Personalized Care)

Πρωθούνται δράσεις για την ενίσχυση των μονάδων υγείας μέσω ψηφιακών εργαλείων. Η εξασφάλιση κατάλληλα καταρτισμένου προσωπικού στη χρήση ψηφιακού ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αποτελεί προτεραιότητα. Για αυτό το λόγο προβλέπεται η δημιουργία ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που θα ενισχύσει τις ψηφιακές δεξιότητες και θα προωθήσει την ενσωμάτωση, κατάρτιση και επανεκπαίδευση στελεχών που θα κληθούν να χειριστούν συστήματα και διαδικασίες στο πλαίσιο των ψηφιακών παρεμβάσεων.

3.3 Επέκταση του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ)

Το ΕΔΙΤ καλείται να βελτιώσει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους των δυσπρόσιτων νησιωτικών και ηπειρωτικών περιοχών, ενισχύοντας την προσβασιμότητά τους στο σύστημα υγείας. Το ΕΔΙΤ καλύπτει πλέον το σύνολο σχεδόν της νησιωτικής χώρας αλλά προς το παρόν περιορίζεται σε επικοινωνία ιατρού προς ιατρό. Η γεωγραφική εξάπλωση του ΕΔΙΤ στις δυσπρόσιτες περιοχές της ηπειρωτικής χώρας και η επέκτασή του σε επικοινωνία μεταξύ ιατρού – ασθενή αποτελεί αναγκαία επέκταση. Επιπλέον, προβλέπεται η ανάπτυξη συστημάτων κατ' οίκον παρακολούθησης ασθενών επιλεγμένων ευπαθών ομάδων μέσω προσωπικών υπηρεσιών τηλε-συμβουλευτικής.

3.4 Δημιουργία συστήματος διαχείρισης Φαρμακείων ΕΟΠΥΥ και διανομή φαρμάκων υψηλού κόστους κατ' οίκον

Προκειμένου να καλυφθεί η έλλειψη ενός συστήματος διαχείρισης φαρμακείων ΕΟΠΥΥ, προτείνεται η δημιουργία ενός κεντρικού συστήματος διαχείρισης που θα περιλαμβάνει λειτουργίες όπως η κεντρική διαχείριση παραγγελιών, η αυτόματη παραγγελιοληψία, η κεντρική διαχείριση των αποθεμάτων με παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο και η διαχείριση των πληρωμών και της τιμολόγησης.

3.5 Δημιουργία Ενιαίου Συστήματος Διαχείρισης Ραντεβού για Δομές ΠΦΥ και Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων

Το υπάρχον σύστημα Ηλεκτρονικού Ραντεβού παρουσιάζει ελλείψεις καθώς εξυπηρετεί μόνο ένα μέρος των δομών ΠΦΥ και όχι τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων. Σχεδιάζεται η δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος διαχείρισης ραντεβού (ηλεκτρονικές και τηλεφωνικές υπηρεσίες) για δομές ΠΦΥ και εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, που θα επιτρέψει τη βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος με αποτέλεσμα τη μείωση των χρόνων αναμονής, τη διευκόλυνση του πολίτη στην αναζήτηση των ραντεβού, την κατάργηση των χρεώσεων των πολιτών για τηλεφωνικές κλήσεις και την ενίσχυση της πρόσβασης στην ΠΦΥ.

Το σύνολο των παραπάνω παρεμβατικών δράσεων θα επιτύχουν:

- τη δημιουργία μίας ενιαίας αρχιτεκτονικής ψηφιακών συστημάτων, την τυποποίηση των ροών πληροφορίας μέσω πληροφοριακών συστημάτων και κατ' επέκταση την αναβάθμιση των υποδομών των νοσοκομειακών μονάδων
- την ανάπτυξη ενός ενιαίου συνοπτικού ιστορικού υγείας με δυνατότητα διαμοίρασης σε διεθνές επίπεδο που υποστηρίζει τη διαλειτουργικότητα στον εγχώριο τομέα
- τη διαμόρφωση μητρώων ασθενών που θα ενισχύσουν την ανταλλαγή ιατρικών δεδομένων και ως αποτέλεσμα θα βελτιώσουν τη διάγνωση και την παρακολούθηση ασθενών με έμφαση σε συγκεκριμένες ομάδες – π.χ. καρκινοπαθείς, άτομα με άνοια
- την επέκταση των εφαρμογών τηλε-ιατρικής σε δυσπρόσιτες ηπειρωτικές περιοχές για την αντιμετώπιση της ανισότητας στη πρόσβαση υγειονομικής περίθαλψης καθώς και την ανάπτυξη της απαραίτητης διαλειτουργικότητας του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο για τη δυνατότητα εκτέλεσης συνταγών διασυνοριακά
- την εξασφάλιση ανθρωπίνου δυναμικού με ψηφιακές δεξιότητες για τη βέλτιστη ενσωμάτωση και λειτουργία των τεχνολογιών αιχμής στο τομέα της Υγείας

4.2.6 Η Διασυνοριακή Πολιτική του τομέα Υγείας

Η διασυνοριακή πολιτική στον τομέα της Υγείας αφορά στη διαμόρφωση συνεργειών μεταξύ συστημάτων υγείας σε Ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Η διασυνοριακή πολιτική επίσης περιλαμβάνει τη διασυνοριακή συνεργασία στην ανάπτυξη περιφερειακών έργων για την ενίσχυση πρόσβασης πολιτών που βρίσκονται σε δυσπρόσιτες γεωγραφικές περιοχές ή εντάσσονται σε κινούμενους πληθυσμούς, στην υγειονομική περίθαλψη. Επομένως, βασικός στόχος της διασυνοριακής πολιτικής αποτελεί η αναδιοργάνωση των συστημάτων υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλη την επικράτεια καθώς και σε δυσπρόσιτες περιοχές που παρουσιάζουν υστέρηση και ανισότητα ως προς την πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας. Εξίσου σημαντικό στόχο της διασυνοριακής πολιτικής αποτελεί η ενίσχυση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας μέσω της ανάπτυξης ιατρικού τουρισμού και των διασυνοριακών συνεργασιών. Για την ενίσχυση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας είναι απαραίτητη η βελτίωση των επικοινωνιακών πολιτικών προς τους πολίτες αναφορικά με νεοσύστατες δράσεις και επιδημιολογικά στοιχεία στο τομέα της υγείας καθώς και η ανάπτυξη διασυνοριακών ικανοτήτων σχετικά με τη διαμοίραση του ηλεκτρονικού φακέλου, την έκδοση συνταγογράφησης και την παροχή περίθαλψης σε άλλες χώρες. Σημαντική επενδυτική ευκαιρία και προϋπόθεση για την ενίσχυση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας, αποτελεί η ολοκλήρωση σχεδίου του ιατρικού τουρισμού για τη διαμόρφωση δομών αποθεραπείας και κέντρων αποκατάστασης. Η διασυνοριακή πολιτική περιλαμβάνει και υποστηρίζει προγράμματα σε διαπεριφερειακό, διακρατικό και διασυνοριακό επίπεδο. Στα πλαίσια Ευρωπαϊκών προγραμμάτων όπως το EU4Health και το HORIZON θα υποστηρίζονται οι συνεργασίες μεταξύ Ευρωπαϊκών χωρών και οι κοινές δράσεις που θα προκύπτουν από αυτές τις συνεργασίες.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της Υγείας σε συνδυασμό με τη μεγάλη κινητικότητα πληθυσμών, ασθενών και επαγγελματιών του τομέα της υγείας, που λαμβάνουν και παρέχουν αντίστοιχα υπηρεσίες υγείας σε άλλες χώρες εντός και εκτός των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν επιφέρει αλλαγές στις προσδοκίες σχετικά με την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη. Τα προγράμματα Εδαφικής Συνεργασίας (ΕΕΣ) αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την ενδυνάμωση των χωρικών συνεργασιών μέσω προγραμμάτων διασυνοριακής, διακρατικής και διαπεριφερειακής συνεργασίας που αφορούν στον τομέα της υγείας καθώς και τη γενικότερη βιώσιμη ανάπτυξη των χωρών. Τα εν λόγω προγράμματα διακρίνονται σε διμερή και πολυμερή, στοχεύουν στην έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη, και εμπεριέχουν δράσεις που αφορούν στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και δημογραφία, περιβάλλον και κλιματική αλλαγή και την φυσική και πολιτιστική κληρονομιά. Ο σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι να αντιμετωπίσουν τις κοινές εντοπισμένες προκλήσεις των χωρών που συμμετάσχουν. Η διασυνοριακή συνεργασία στην Υγεία έχει ήδη λάβει παρεμβατικές πρωτοβουλίες όπως τα προαναφερθέντα προγράμματα Εδαφικής Συνεργασίας τα οποία είναι Επιχειρησιακά Προγράμματα του Στόχου «Ευρωπαϊκή Εδαφική Συνεργασία» (INTERREG) που συγχρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και από Εθνικούς Πόρους των κρατών.

Αναφορικά με την ΠΠ 2021-2027 έχει οριστεί η συμμετοχή της Ελλάδας σε διμερή Interreg προγράμματα συνεργασίας Ελλάδα-Βουλγαρία, Ελλάδα-Ιταλία, Ελλάδα-Κύπρος. Παράλληλα, η Ελλάδα θα συμμετάσχει και στο Interreg Πρόγραμμα Balkan-Mediterranean, Interreg-IPA CBC Ελλάδα-Βόρεια Μακεδονία και Interreg-IPA CBC Ελλάδα-Αλβανία. Αναφορικά, με τον τομέα της Υγείας, το ΥΥ συμμετέχει στο διμερές πρόγραμμα Ελλάδα-Ιταλία και υποστηρίζει καινοτόμες δράσεις για νοσοκομεία (δράσεις σε 13 μεγάλα νοσοκομεία της 6^{ης} ΥΠΕ). Στο πρόγραμμα διασυνοριακής συνεργασίας Ελλάδα-Βουλγαρία 2021-2027 αναφέρεται η ενίσχυση της ίσης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη στα πλαίσια του στόχου πολιτικής για μία πιο

κοινωνική Ευρώπη. Το πολυμερές πρόγραμμα διακρατικής συνεργασίας Balkan-Mediterranean το οποίο συνασπίζει πέντε χώρες (τρία κράτη μέλη της ΕΕ, Βουλγαρία, Κύπρος και Ελλάδα και δύο υποψήφιες χώρες την Αλβανία και την Βόρεια Μακεδονία) στοχεύει στην ενίσχυση των συνεργειών στις περιοχές της Βαλκανικής Χερσονήσου και Ανατολικής Μεσογείου για την εκπλήρωση κοινών αναγκών σε διάφορους τομείς. Λόγω χρηματοδοτικών περιορισμών και ανταποκρινόμενα στις ρυθμιστικές προϋποθέσεις, τα προγράμματα αποδίδουν προτεραιότητα σε μερικές από τις εντοπισθείσες προκλήσεις (π.χ. παρεμβάσεις σχετικά με το περιβάλλον και την καινοτομία).

Όσον αφορά τα άτομα που εντάσσονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο (Ν. 4368/2016) παρέχει δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική αγωγή για άτομα χωρίς κοινωνική ασφάλιση. Ωστόσο, παρά το ευνοϊκό νομικό πλαίσιο, η πραγματική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρεμποδίζεται στην πράξη από σημαντικές ελλείψεις πόρων και χωρητικότητας τόσο για τους αλλοδαπούς όσο και για τον τοπικό πληθυσμό, επομένως δράσεις για παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ή σε μετακινούμενους πληθυσμούς χρήζουν υλοποίησης.

Οι δράσεις του Υπουργείου Υγείας σκοπεύουν να αναβαθμίσουν το δημόσιο σύστημα υγείας μέσω δράσεων που θα καλύψουν τις ανάγκες και ελλείψεις που παρουσιάζονται. Η δημοσίευση της κοινής υπουργικής απόφασης για την έκδοση του ΠΑΑΥΠΑ (Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού) αποτελεί μία πρόσφατη δράση με στόχο την ενίσχυση της πρόσβασης ανασφάλιστων μεταναστών σε ιατρική περίθαλψη.

Η Διασυνωριακή Πολιτική του τομέα Υγείας στοχεύει στην ανάπτυξη των απαιτούμενων συνεργιών και συνεργασιών με τις γειτονικές χώρες για την εν γένει προώθηση της Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία (π.χ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Δημόσια Υγεία, Ψυχική Υγεία, Ψηφιακή Υγεία κλπ.) και στην ενίσχυση της πρόσβασης κατοίκων δυσπρόσιτων περιοχών και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (πρόσφυγες, Ρομά, μετανάστες) στην υγειονομική περίθαλψη μέσω Προγραμμάτων Εδαφικής Συνεργασίας.

4.3 Οι Στρατηγικοί Στόχοι, Άξονες και Δράσεις του Τομέα Υγείας

Η στρατηγική υγείας για την περίοδο 2021-2027 εστιάζει στο μετριασμό των προκλήσεων που παρουσιάστηκαν στην ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και στην εξειδίκευση των επιμέρους πολιτικών σε καθορισμένες δράσεις, προερχόμενη από ένα ιδιαίτερα πιεσμένο σύστημα υγείας λόγω της πανδημίας, των πρόσφατων προσφυγικών ροών και των μακροχρόνιων συνεπειών της χρηματοοικονομικής κρίσης.

Χρόνια πιέσεων κατέστησαν το σύστημα υγείας παρωχημένο με κατακερματισμένες υπηρεσίες και σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό αλλά και εξοπλισμό με ασθενείς οι οποίοι επιβαρύνονται ιδιαίτερα από άτυπες πληρωμές και πολλές φορές με αμφιβόλου ποιότητας φροντίδα. Πρόσφατα, η Δημόσια Διοίκηση ωθούμενη από την πανδημία εκκίνησε ένα μεγάλο σχέδιο δράσης ενίσχυσης και εγκαθίδρυσης της ΠΦΥ ως μια «πρώτη στάση» στο σύστημα με παραπομπές στις υπόλοιπες βαθμίδες υγείας. Παράλληλα μέσω δράσεων ενίσχυσης κατάφερε να οχυρώσει σημαντικά το ΕΣΥ μέσω της προσθήκης πολλαπλών κλινών Μ.Ε.Θ και την προμήθεια εξοπλισμού για την καταπολέμηση της πανδημίας, ενώ, η νέα πραγματικότητα επισήμανε την ανάγκη του ψηφιακού εκσυγχρονισμού και της απομακρυσμένης διάγνωσης σε συνδυασμό με την κατ' οίκον νοσηλεία. Η ενίσχυση της Ψυχικής Υγείας και η ενσωμάτωσή της

στην ΠΦΥ μέσω κοινοτικών δράσεων (έπειτα από τις απαραίτητες διαβουλεύσεις και διοικητικές αναδιαρθρώσεις), αποτελεί πλέον αναγκαία προτεραιότητα πηγάζοντας από τις πρωτόγνωρες συνθήκες που βίωσε ο πληθυσμός κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Παράλληλα, η πανδημία επέφερε την ανάγκη της συνεργασίας και της συλλογικότητας ειδικότερα μέσα στην ΕΕ μέσω κοινών προγραμμάτων έρευνας, κοινά μέτωπα απέναντι στην πανδημία και κοινές διαδικασίες μετακίνησης του πληθυσμού όπως το Ευρωπαϊκό πιστοποιητικό εμβολιασμού. Η εξωστρέφεια του συστήματος είναι πλέον βασική προτεραιότητα όπως επίσης και η ανάγκη για διαρκή ετοιμότητα προκειμένου να αντιμετωπιστούν παρόμοιες μελλοντικές προκλήσεις. Η υγεία του πληθυσμού έρχεται στο προσκήνιο και η στενή και συνεχής επιτήρησή της μέσω συλλογής πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων είναι επιτακτική για το μετριασμό του αντίκτυπου μελλοντικών εξάρσεων. Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, όλες οι πολιτικές θα πρέπει να προσανατολίζονται προς τη μακροχρόνια φροντίδα προκειμένου να διασφαλιστεί η υγιής γήρανση του πληθυσμού και να μετριαστεί η επίπτωση των κοστοβόρων θεραπειών των χρόνιων ασθενειών στο σύστημα. Για να μην καταλήξουν ουτοπικά τα παραπάνω, το σύστημα χρήζει βιώσιμης χρηματοδότησης η οποία δεν θα επιβαρύνει τον ασθενή αλλά ούτε και το κράτος με αλόγιστες δαπάνες.

Για να σχεδιαστεί προσεκτικά μία στρατηγική η οποία θα συμπεριλαμβάνει όλα τα παραπάνω ενώ παράλληλα θα παρακολουθεί τις επιπτώσεις των δράσεων της στο σύστημα αλλά και στη θέση του ασθενή ως προς το σύστημα, η μεθοδολογία όφειλε να είναι ολιστική και να συνυπολογίζει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Επομένως, η ανάλυση της στρατηγικής της προηγούμενης περιόδου σε συνδυασμό με το ποσοστό υλοποίησης των σχετικών δράσεων και έργων ήταν η πρώτη ενέργεια στο σχεδιασμό της νέας στρατηγικής. Σε συνδυασμό με την εν λόγω ανάλυση, λήφθηκαν υπόψη στρατηγικά κείμενα θέσεων του Υπουργείου Υγείας όπως οι Στρατηγικοί Στόχοι που καθορίστηκαν για την περίοδο 2021 – 2023 , τα κείμενα θέσεων της Ομάδας Χάραξης Πολιτικής Υγείας (ΟΧΠΥ), οι νέες εγκύκλιοι για το ΕΣΠΑ όπως επίσης και οι Στόχοι Πολιτικής της ΕΕ αλλά και τα συνοδευτικά κείμενα που αντιστοιχούν στον ΣΠ.4 ο οποίος στοχεύει με υποδράσεις του άμεσα τον τομέα της υγείας.

Η νέα στρατηγική αποτελεί μια ολοκλήρωση των δράσεων της προηγούμενης με σταθερές βάσεις για το μέλλον, ένα ευέλικτο σχήμα προκειμένου να ανταποκρίνεται στις συνεχείς αλλαγές με κέντρο τον ασθενή και δίπλα του, ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο και κινητοποιημένο ανθρώπινο δυναμικό όπως επίσης και σύγχρονες υποδομές υποστηριζόμενες από τεχνολογίες αιχμής. Στοχεύει στην ολιστική προσέγγιση της υγείας των πολιτών μέσα από ένα πλαίσιο διαφάνειας το οποίο αξιοποιεί όσο το δυνατόν καλύτερα το εξωτερικό περιβάλλον.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της στρατηγικής παραμένει η καθολική υγειονομική κάλυψη και ενισχύεται από δράσεις που εστιάζουν στην υγεία του πληθυσμού υγείας οι οποίες θα διασφαλίσουν την ετοιμότητα του συστήματος σε επικείμενες προκλήσεις. Διαρθρώνεται σε **4 Στρατηγικούς Στόχους** οι οποίοι διαθέτουν **19 Άξονες και 86 δράσεις - Αναλυτικότερα:**

- Ο **1^{ος} Στρατηγικός Στόχος** της στρατηγικής υγείας για την περίοδο 2021-2027 αφορά στην εξασφάλιση της **καθολικής πρόσβασης** σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μέσω **εξάλειψης των εμποδίων πρόσβασης** και επιπλέον την ενίσχυση της ΠΦΥ με ένταξη ιατρικών Ψυχικής Υγείας εντός αυτής, την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, την ανάπτυξη ενός δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας, την αναβάθμιση της ανταποκρισιμότητας της επείγουσας φροντίδας και την αναδιάρθρωση των κέντρων υγείας και των μονάδων αποκατάστασης προκειμένου να εξασφαλιστεί η μακροχρόνια περίθαλψη.

- Ο 2^{ος} **Στρατηγικός Στόχος** αναφέρεται στο σχεδιασμό ενός συστήματος με **ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα** το οποίο θα αξιοποιεί στρατηγικά δεδομένα για τη διακυβέρνησή του, θα στρέφεται σε **διασυννοριακές συνεργασίες** για την παροχή φροντίδας, θα συλλέγει δεδομένα που θα βοηθούν στην παροχή εξατομικευμένης περίθαλψης, θα αξιοποιεί καινοτόμα προϊόντα έρευνας και θα δημιουργήσει πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση κινδύνων, ενισχύοντας παράλληλα τη δημόσια λογοδοσία και τον κοινωνικό έλεγχο.
- Ο 3^{ος} **Στρατηγικός Στόχος** αφορά την **αποτελεσματικότητα, βιωσιμότητα και ανθεκτικότητα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας** μέσω της βελτίωσης της ετοιμότητας των πολιτών έναντι κινδύνων για την υγεία τους, την ενσωμάτωση του προσυμπτωματικού ελέγχου στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών και την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των δράσεων πρόληψης και προάσπισης της Δημόσιας Υγείας.
- Ο 4^{ος} **Στρατηγικός Στόχος** στοχεύει στην **Ανάπτυξη Ανθρώπινου Κεφαλαίου** του συστήματος υγείας μέσω στοχευμένων επενδύσεων στην αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων μέσω επανασχεδιασμού της εκπαίδευσης, συνεχούς κατάρτισης, της αναβάθμισης των δεξιοτήτων και της ενσωμάτωσης των διδαγμάτων της πανδημίας και κινητοποίησης των επαγγελματιών μέσω της χορήγησης κινήτρων.

4.3.1. Καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε ολιστικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (ΣΣ 1)

Μέσα στην ΠΠ 2021-2027 το ΥΥ στοχεύει στην επίτευξη 7 (επτά) Αξόνων που αφορούν τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης και την εξισορρόπηση ανισοτήτων στις παροχές υπηρεσιών υγείας. Ο ΣΣ 1 αποτελείται από 35 δράσεις που αποσκοπούν στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο κυρίως μέσω της ενδυνάμωσης των συστημάτων της ΠΦΥ, της επείγουσας φροντίδας, της ψυχικής υγείας αλλά και της μακροχρόνιας περίθαλψης. Οι δράσεις που παρουσιάζονται δύναται να τροποποιηθούν σε σχέση με τη γενικότερη στόχευση σύμφωνα με τη συνάφειά τους με τα περιεχόμενα των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του ΕΣΠΑ 2021-2027. Κεντρικός πυρήνας αυτού του ΣΣ αποτελεί η ενίσχυση της λειτουργίας ενός εθνικού δικτύου ποιοτικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε τοπικό επίπεδο με σκοπό την αποφόρτιση της εξειδικευμένης νοσοκομειακής φροντίδας. Δράσεις για την επίτευξη των στόχων αυτού του ΣΣ αποτελούν η ενίσχυση του ρόλου των οικογενειακών και γενικών ιατρών, η δημιουργία υποστήριξης προγραμμάτων για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και η αξιοποίηση τεχνολογιών για την προώθηση ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης. Η εκπλήρωση των Αξόνων του ΣΣ 1, προϋποθέτει τη συνεργασία των περιφερειών και των τοπικών κοινοτήτων για την υλοποίηση ενός εθνικού δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ που διέπεται από ετοιμότητα και διασυνδεσιμότητα και ταυτόχρονα επιτυγχάνει την εξάλειψη εμποδίων αναφορικά με την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και ενσωματώνει την ψυχική υγεία σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και μεριμνά για την υγιή γήρανση του πληθυσμού.

Πίνακας 5:

Αξονες ΣΣ 1: «Καθολική και Ισότιμη Πρόσβαση σε ολιστικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας»

1.1 Εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση σε ολιστικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ιδίως των πιο αδυνάτων και των πιο απομακρυσμένων περιοχών

1.2. Ενίσχυση δικτύου της ΠΦΥ μέσω των Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας

1.3 Ενίσχυση της ετοιμότητας και ικανότητας ανταπόκρισης της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας

1.4 Αναδιάρθρωση του μοντέλου λειτουργίας των Κέντρων Υγείας στις αστικές και αγροτικές περιοχές, διασύνδεση με υπηρεσίες στην κοινότητα και την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

1.5 Μέτρα και πολιτικές για την μακροχρόνια φροντίδα και για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων – αποκατάσταση

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

1.1 Εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση σε ολιστικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας

1.1.1 Παρεμβάσεις για την υγειονομική υποστήριξη, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας συμπεριλαμβανομένης και της στοματικής υγείας του πληθυσμού με επιμέρους σχεδιασμό για ειδικές κοινωνικές ομάδες καθώς και τους χώρους εργασίας και τις απαραίτητες υποστηρικτικές δομές τους

1.1.2 Δημιουργία Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (TOMY, KOMY) οι οποίες θα περιλαμβάνουν και ειδικότητες ψυχολόγων και φυσιοθεραπευτών καθώς και δημιουργία κινητών ομάδων στοματικής υγείας σε νησιωτικές και ορεινές δυσπρόσιτες περιοχές καθώς και για παρεμβάσεις σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού

1.1.3 Ανάπτυξη υπηρεσιών απομακρυσμένης φροντίδας για παροχή υπηρεσιών σε απόκεντρες περιοχές και για άτομα με δυσχέρεια πρόσβασης (e-health, e-inclusion, telemedicine και home care)

1.1.4 Ανάπτυξη διαπολιτισμικών δεξιοτήτων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού της ΠΦΥ

1.1.5 Διασφάλιση συνεχούς πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας και/ή κοινωνικού αποκλεισμού

1.2 Ενίσχυση δικτύου της ΠΦΥ μέσω διατήρησης / ενεργοποίησης των Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (TOMY, KOMY)

1.2.1 Ενίσχυση του Ρόλου του Οικογενειακού Ιατρού, με τη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων πρώτης επαφής υγείας σε τοπικό επίπεδο (κοινότητα) TOMY / KOMY με διασύνδεση με τις υπόλοιπες βαθμίδες υγείας

1.2.2 Συντονισμένη συνεργασία των Υπηρεσιών των 13 Περιφερειών με τις αντίστοιχες ΥΠΕ και τις δομές ΠΦΥ στη κοινότητα και των κεντρικών δομών δημόσιας υγείας για διάγνωση αναγκών και συντονισμένη εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης σε τοπικό επίπεδο

1.2.3 Αναδιοργάνωση του χάρτη υπηρεσιών της ΠΦΥ με τα δεδομένα της χαρτογράφησης της υποδομής και του προσωπικού της ΠΦΥ και επικαιροποίηση, επέκταση και εφαρμογή πρωτοκόλλων

1.3 Αναβάθμιση της ετοιμότητας και ικανότητας ανταπόκρισης της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας

1.3.1 Επιχειρησιακή και λειτουργική ενίσχυση του ΕΚΑΒ με παράλληλη μείωση του χρόνου ανταπόκρισης

1.3.2 Ανάπτυξης αυτόνομων ΤΕΠ (τμημάτων επειγόντων περιστατικών)

1.4 Αναδιάρθρωση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας

1.4.1 Ενίσχυση της τομεοποίησης μέσω πιλοτικής λειτουργίας τοπικών δικτύων υπηρεσιών της ΠΦΥ στον πυρήνα των οποίων θα λειτουργούν τα κέντρα υγείας (Τομείς ΠΦΥ) με στόχο την καθολική κάλυψη και την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων/την διασύνδεση των δομών υγείας

1.4.2 Λειτουργία διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας στα Κέντρα Υγείας (Ομάδες επαγγελματιών και οικογενειακών ιατρών στα αστικά κέντρα και κινητές ομάδες για απόκεντρες περιοχές μαζί με ομάδες ειδικού σκοπού) για μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην ΠΦΥ

1.5 Μέτρα και πολιτικές για την μακροχρόνια φροντίδα και για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων

1.5.1 Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων (πλαίσιο, πρωτόκολλα, υπηρεσίες) και δημιουργία Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας στην ΠΦΥ, όπου θα πραγματοποιούνται συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, με σκοπό τη μείωση των εισαγωγών στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις συσχετιζόμενες δαπάνες

1.5.2 Υλοποίηση προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας και ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς και πάσχοντες από σοβαρές και χρόνιες παθήσεις για μεταθεραπευτική αντιμετώπιση, αποκατάσταση και επανένταξη στα πλαίσια της τριτογενούς πρόληψης

1.5.3 Υλοποίηση πλάνου για τη διάρθρωση της μακροχρόνιας φροντίδας και την ενίσχυση των υποστηρικτικών δομών της

1.5.4 Ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων ενίσχυσης ομάδων αυτοβοήθειας και αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και κατάρτιση των τυπικών και άτυπων φροντιστών τους

1.5.5 Δημιουργία Μονάδων Αποθεραπείας για περιστατικά CoViD – 19

1.5.6 Ενίσχυση των δράσεων κοινωνικής ένταξης που συμβάλλουν στην αποθεραπεία / αποκατάσταση, δημιουργία νέων δομών σε παλαιά νοσηλευτικά ιδρύματα

1.5.7 Ανάπτυξη συνεργειών μεταξύ ΠΦΥ και δράσεων Πρόνοιας, εκτενής συνεργασία Υπουργείου Υγείας με Υπουργείο Εργασίας με σκοπό την από-ιδρυματοποίηση

1.5.8 Υλοποίηση προγραμμάτων ανάπτυξης εγγραμματοσύνη της υγείας (health literacy) με έμφαση στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού

1.6 Ολοκλήρωση και εφαρμογή του εθνικού σχεδίου για την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας

1.6.1 Ανάπτυξη και Παροχή Εξειδικευμένων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας λόγω νέων αναδυομένων αναγκών και νέων εξαρτήσεων (επαγγελματίες επιφορτιζόμενοι από την αντιμετώπιση κρίσεων, εθισμός στα κοινωνικά μέσα δικτύωσης) και Δημιουργία Εξειδικευμένων Δομών για Alzheimer, αυτισμό κ.α.

1.6.2 Ανάπτυξη πρωτοβάθμιων και κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κάθε τομέα (ΤΟΨΥ) με έμφαση στις υπηρεσίες παιδιών, εφήβων και ατόμων τρίτης ηλικίας στελεχωμένες από ομάδες επαγγελματιών και αξιοποιώντας σύγχρονες τεχνολογίες με ειδικές διατάξεις για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), διατροφικές διαταραχές και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος

1.6.3 Εφαρμογή της ψυχογηριατρικής στην κοινότητα και ένταξη προγραμμάτων υποστήριξης ατόμων με άνοια με σκοπό την υγιή γήρανση

1.6.4 Εξάλειψη τμημάτων χρόνιων ασθενών στα εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία του ΕΣΥ με σκοπό τη μείωση της ακούσιας νοσηλείας και την ένταξη στην κοινότητα

1.6.5 Ανάπτυξη Μονάδων Ψυχιατρικής Εντατικής Θεραπείας για την αναπλήρωση της κατάργησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων και για την αλλαγή των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών

1.6.6 Ολοκλήρωση του δικτύου των ΚοιΣΠΕ σε όλη την επικράτεια, εντός ΤΟΨΥ και ΠΕΔΙΤΟΨΥ προκειμένου να αποφορτιστούν τα Γενικά Νοσοκομεία

1.6.7 Στελέχωση, αναδιοργάνωση και δημιουργία νέων οξέων Ψυχιατρικών Τμημάτων με την πρόσληψη ειδικά καταρτισμένου ανθρώπινου δυναμικού

1.6.8 Θέσπιση της τομεοποίησης στην επικράτεια σε καθολικό επίπεδο, με βάση τους υφιστάμενους πυλώνες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα

1.6.9 Διασφάλιση της ποιότητας αλλά και της ασφάλειας των ληπτών ψυχικής υγείας μέσω αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και προστασία των δικαιωμάτων τους

1.6.10 Υλοποίηση προγραμμάτων ένταξης / υποστήριξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω της εργασιακής απασχόλησης

1.6.11 Ανανέωση και ρύθμιση των κανόνων λειτουργίας των δομών αλλά και επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας με σαφή επιτήρηση και χώρο για συνέργειες

1.7 Συντονισμός μέτρων για την επίτευξη της μείωσης των εξαρτητικών συμπεριφορών

1.7.1 Ενίσχυση χώρων εποπτευόμενης χρήσης και στελέχωση με αρμόδιους επαγγελματίες υγείας προς αποφυγή μολύνσεων και μετάδοσης ιών, πρόληψη υπερβολικών δόσεων και αντιμετώπιση τραυμάτων για τη μείωση της βλάβης

1.7.2 Δημιουργία πολυδύναμων κέντρων και κινητών μονάδων άμεσης πρόσβασης όπως και κέντρων ημερήσιας νοσηλείας για την παροχή υπηρεσιών ξενώνα, συμβουλευτικών υπηρεσιών, εκτιμήσεων και ορθή παραπομπή σε πρόγραμμα απεξάρτησης ανάλογα με τις ανάγκες σε θέματα εξαρτήσεων από το αλκοόλ τα ναρκωτικά και άλλες εξαρτητικές ουσίες

1.7.3 Ενίσχυση προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης χρηστών μέσω ένταξης στην αγορά εργασίας, προγράμματα εκπαίδευσης και κοινωνικούς συνεταιρισμούς ένταξης (Κοι.Σ.Εν)

1.7.4 Διασύνδεση των δομών κατά των εξαρτήσεων με αυτές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) μέσω της ευαισθητοποίησης του υγειονομικού προσωπικού και της παραπομπής των εξαρτημένων ατόμων σε εξειδικευμένες δομές

4.3.2 Ένα ανθρωποκεντρικό, αποδοτικό, ευέλικτο και εξωστρεφές σύστημα υγείας μέσω σύγχρονης διακυβέρνησης (ΣΣ 2)

Ο ΣΣ 2 αποσκοπεί στην ανάπτυξη ενός ανθρωποκεντρικού και ευέλικτου συστήματος υγείας που χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια αλλά και από σύγχρονη διακυβέρνηση του τομέα της Υγείας. Ο ΣΣ 2 αποτελείται από 4 Άξονες που στοχεύουν στην αποτελεσματική και αποδοτική δημόσια διακυβέρνηση και ορθότερη διοίκηση μέσω εφαρμογής συγκεκριμένων μηχανισμών και διαδικασιών. Στους εν λόγω Άξονες υπάγονται 15 δράσεις, οι οποίες θα προωθήσουν την ορθότερη λήψη αποφάσεων, την εξωστρέφεια του συστήματος υγείας, την αξιοποίηση της έρευνας και τον συντονισμό των εμπλεκόμενων φορέων καθώς και την προτεραιοποίηση των πολιτικών τους. Άξονας μείζονος σημασίας αποτελεί η ανάπτυξη ενός συστήματος συλλογής και αξιοποίησης δεδομένων και πληροφοριών για τη βελτίωση της συγκεντρωτικής λήψης στρατηγικών αποφάσεων στη Δημόσια Διοίκηση. Αυτός ο άξονας θα υποστηριχθεί μέσω δράσεων όπως η ανάπτυξη μητρώων εξοπλισμών, η βελτιστοποίηση της χρήσης πόρων και η δημιουργία βάσης δεδομένων για τη συλλογή πληροφοριών. Υψηλή σημασία κατέχει ο συντονισμός και η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων για την επίτευξη της σύγχρονης διακυβέρνησης με διαμορφωμένες πολιτικές προτεραιότητες, συστήματα παρακολούθησης, εργαλεία μέτρησης αποτελεσματικότητας των αποφάσεων της Πολιτείας και ενισχυμένη εποπτεία της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα. Οι υποστηρικτικές δράσεις αναφορικά με την ενίσχυση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας αποσκοπούν στην ενίσχυση διασυνοριακών συνεργασιών, στην ανάδειξη του ιατρικού τουρισμού και στη βελτίωση της ενημέρωσης των πολιτών. Στα πλαίσια της ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας του ΣΣ 2, δίνεται έμφαση στην αξιοποίηση καινοτόμων προϊόντων έρευνας για την ανάπτυξη εθνικών ηλεκτρονικών μητρώων ασθενών και την εφαρμογή ομοιογενών θεραπευτικών πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση κινδύνων και την θεραπεία νοσημάτων.

Πίνακας 6:

Άξονες ΣΣ 2: «Ένα ανθρωποκεντρικό, αποδοτικό, ευέλικτο και εξωστρεφές σύστημα υγείας μέσω σύγχρονης διακυβέρνησης»

2.1 Ανάπτυξη των συστημάτων έγκαιρης συλλογής και αξιοποίησης δεδομένων υγείας για τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων για ορθότερη διακυβέρνηση

2.2 Βελτίωση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας για την ενσωμάτωση διεθνούς εμπειρίας, διασυνοριακές συνεργασίες, ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού

2.3 Αξιοποίηση καινοτόμων προϊόντων έρευνας και τεχνολογίας, δημιουργία πρωτοκόλλων και επικαιροποιούμενων σχεδίων δράσης για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου Δημιουργία πρωτοκόλλων για την θεραπεία νοσημάτων, διασφάλιση της ποιότητας

2.4 Διαφανής, χωρίς αποκλεισμούς, σύγχρονη και αποτελεσματική διακυβέρνηση. Ενίσχυση και συντονισμός των Φορέων Υγείας, δημόσια λογοδοσία και κοινωνικό έλεγχο, ευχερής πρόσβαση σε λεπτομερείς και έγκαιρες πληροφορίες για την υγεία από τους διαχειριστές συστημάτων υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται συνοπτικά οι συσχετιζόμενες Δράσεις ανά Άξονα στον ΣΣ 2:

2.1 Ανάπτυξη συστημάτων συλλογής και αξιοποίησης δεδομένων υγείας για τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων για ορθότερη διακυβέρνηση

2.1.1 Ανάπτυξη μητρώων ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των πόρων του συστήματος υγείας, προμηθειών, της διαχείρισης αποθήκης - αναδιοργάνωση των logistics ιδίως για τα νοσοκομεία και τις ΥΠΕ

2.1.2 Εισαγωγή Συστήματος Διοικητικής Πληροφόρησης και Επιχειρηματικής Ευφυΐας, για την προώθηση της λειτουργικής συνεργασίας των Μονάδων Υγείας, των Υγειονομικών Περιφερειών και των Υπηρεσιών των Κ.Υ. του Υπουργείου Υγείας

2.1.3 Δημιουργία κεντρικής βάσης δεδομένων συλλογής και επεξεργασίας των λειτουργικών και οικονομικών στοιχείων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της Χώρας, για την υποστήριξη της λήψης αποφάσεων σε επίπεδο Υπουργείου, Υγειονομικών Περιφερειών και Νοσοκομείων

2.2 Βελτίωση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας μέσω ανάπτυξης ιατρικού τουρισμού, διασυνοριακών συνεργασιών και φιλικότητας ως προς τον χρήστη

2.2.1 Ενίσχυση των επικοινωνιακών πολιτικών προς τους πολίτες αναφορικά με νεοσύστατες δράσεις, επιδημιολογικά στοιχεία, δείκτες έκβασης και αξιολόγησης κλπ.

2.2.2 Ανάπτυξη διασυνοριακών ικανοτήτων σε επίπεδο διαμοίρασης ηλεκτρονικού φακέλου, έκδοσης συνταγογράφησης και παροχής περίθαλψης

2.2.3 Ολοκλήρωση σχεδίου ιατρικού τουρισμού και ανάδειξη της χώρας ως προς αυτό μέσω ΣΔΙΤ (π.χ. για την κατασκευή κέντρων αποκατάστασης, δομών αποθεραπείας)

2.3 Αξιοποίηση καινοτόμων προϊόντων έρευνας και δημιουργία πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και την θεραπεία νοσημάτων

2.3.1 Ανάπτυξη εθνικών ηλεκτρονικών μητρώων ασθενών για την καταγραφή και συλλογή στοιχείων για την πληρέστερη αντιμετώπιση ασθενειών

2.3.2 Προτυποποίηση και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας στο σύστημα υγείας (προηγμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι, ιατροτεχνολογικά προϊόντα κ.α.)

2.3.3 Ολοκλήρωση των ΟΔΚ και πλήρη εφαρμογή σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα μέσω ενίσχυσης του ρόλου του ΚΕΤΕΚΝΥ

2.3.4 Ενίσχυση συνεργασιών με ακαδημαϊκούς – ερευνητικούς φορείς για την ενίσχυση της καινοτομίας και της έρευνας υπηρεσιών υγείας

2.4 Διαφανής, χωρίς αποκλεισμούς, σύγχρονη και αποτελεσματική διακυβέρνηση και συντονισμός των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, με δημόσια λογοδοσία και κοινωνικό έλεγχο

2.4.1 Αναδιάρθρωση – Ενίσχυση Λειτουργίας ΕΟΠΥΥ κυρίως της διαπραγματευτικής του ικανότητας και στρατηγικής αγορών / σύναψης συμβάσεων

2.4.2 Διαδικασίες Εφαρμογής της διασύνδεσης των μονάδων Υγείας και της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ)

2.4.3 Σχεδιασμός και εφαρμογή Συστήματος Μέτρησης και Αξιολόγησης της Αποτελεσματικότητας του Τομέα Υγείας μέσω δικτύου αυτό-αξιολόγησης μονάδων υγείας και κοινή ηλεκτρονική εφαρμογή καταχώρησης με ΟΔΙΠΥ βάσει εθνικών προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για ασθενείς και εργαζομένους

2.4.4 Διαρκής αξιολόγηση για τα προγράμματα πρόληψης στην κοινότητα, για τις υπηρεσίες σε ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες πληθυσμών και ανάδειξη και διάχυση καλών πρακτικών

2.4.5 Καθιέρωση διαδικασιών διαβούλευσης για τις πολιτικές προτεραιότητες υγείας που βρίσκονται υπό σχεδιασμό

4.3.3 Αποτελεσματικότητα, βιωσιμότητα, ανθεκτικότητα του Δημόσιου Συστήματος Υγείας (ΣΣ 3)

Ο ΣΣ 3, στα πλαίσια της πολιτικής για τον τομέα της Υγείας της ΠΠ 2021-2027 επικεντρώνεται στη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας, της βιωσιμότητας και της ανθεκτικότητας του Δημόσιου Συστήματος Υγείας έναντι προκλήσεων και κινδύνων στη δημόσια υγεία του πληθυσμού. Λόγω του φαινομένου της πανδημίας, ο πρώτος εκ των επτά Άξόνων του ΣΣ 3 αφορά στη λήψη μέτρων για τη βελτίωση άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου και της ετοιμότητας για μελλοντικές εξάρσεις. Κεντρικός Άξονας του ΣΣ 3 αποτελεί η πραγματοποίηση Εθνικών Προγραμμάτων Προ-συμπτωματικού Ελέγχου προκειμένου να ελέγχεται η υγεία του πληθυσμού και να εντοπίζονται σημεία εξάρσεων με ευκολία. Στο συγκεκριμένο άξονα, υπάγονται δράσεις για την ανάπτυξη πληθυσμιακών προγραμμάτων προ-συμπτωματικού ελέγχου για νοσήματα υψηλού επιπολασμού, προγραμμάτων πρόληψης και προτύπων ποιότητας και ασφάλειας σε όλες τις βαθμίδες παροχής υπηρεσιών. Τέλος, στον ΣΣ 3 εμπίπτουν δράσεις αναφορικά με τους Άξονες που εστιάζουν στην ενίσχυση των παρεμβατικών δράσεων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της δημόσιας υγείας προκειμένου να βεβαιωθεί η επίδραση των πολιτικών σε επίπεδο κοινότητας. Ο ΣΣ3 επικεντρώνεται στην προστασία της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας μέσω ενός Άξονα που περιλαμβάνει δράσεις για την αναδιοργάνωση των συστημάτων προϋπολογισμού, τη διαμόρφωση συστημάτων εσωτερικού ελέγχου και τη χαρτογράφηση υποδομών και παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό την ορθή και βέλτιστη μελλοντική επένδυση σε υποδομές και εξοπλισμό. Κεντρικός πυρήνας του ΣΣ 3, αποτελεί ο Άξονας που αφορά στον Ψηφιακό Εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας μέσω ανάπτυξης του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, ανάπτυξη ψηφιακών υποδομών, πληροφοριακών συστημάτων και ηλεκτρονικών διαδικασιών και υπηρεσιών. Οι δράσεις στα πλαίσια του ψηφιακού εκσυγχρονισμού είναι σημαντικές για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας καθώς στοχεύουν στην προώθηση της διαλειτουργικότητας, διαμοίρασης και ενημέρωσης σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Δράσεις όπως η αποτελεσματική διαχείριση αποβλήτων και η ενεργειακή αναβάθμιση υποδομών μέσω αξιοποίησης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, εμπίπτουν στον Άξονα που αποσκοπεί στη βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του τομέα της υγείας και συμβάλλουν στη βιωσιμότητα της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Κεντρικό Άξονα επίσης αποτελεί η εξασφάλιση διαφανούς χρηματοδότησης και ο περιορισμός των φαρμακευτικών δαπανών μέσω μίας ενιαίας πηγής χρηματοδότησης στα πλαίσια διαφανούς τιμολόγησης από τον

ιδιωτικό τομέα. Υποστηρικτικές δράσεις αναφορικά με τη ρύθμιση των φαρμακευτικών δαπανών και τη μείωση ιδίων/άμεσων πληρωμών αποτελεί η εισαγωγή νέων μεθόδων τιμολόγησης και μηχανισμών παρακολούθησης της φαρμακευτικής δαπάνης, η συγκέντρωση πόρων κρατικού προϋπολογισμού και κοινωνικής ασφάλισης και η μείωση των ιδίων / άμεσων πληρωμών. Ο ΣΣ 3 περιλαμβάνει 7 Άξονες που αναλύονται σε 30 επιμέρους δράσεις.

3.1 Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία (θεσμική εμπιστοσύνη, ικανότητα συνεργασίας, ευαισθητοποίηση του κοινού για τους κινδύνους για την υγεία)

3.2 Σχεδιασμός και υλοποίηση εθνικών προγραμμάτων προ-συμπτωματικού ελέγχου

3.3 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, του φορέα διασφάλισης ποιότητας και προσβασιμότητας των μονάδων υγείας, της Δημόσιας Υγείας συμπεριλαμβανομένων επαρκούς και ευαίσθητου συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης και αναθεωρούμενων –ενημερωμένων σχεδίων διαχείρισης κινδύνων,

3.4 Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας μέσω στοχευμένων επενδύσεων σε υποδομές και εξοπλισμό, βελτίωση συστημάτων αγοράς υπηρεσιών, προϊόντων, διαχείρισης αποθεμάτων, της διοίκησης μονάδων υγείας

3.5 Ψηφιακός Εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας

3.6 Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του τομέα υγείας μέσω εφαρμογής του θεσμού των «πράσινων» δομών υγείας (zero energy)

3.7 Διαφανής και βιώσιμη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας, διαφοροποίηση εσόδων/ πηγών χρηματοδότησης

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται συνοπτικά οι συσχετιζόμενες Δράσεις ανά Άξονα στον ΣΣ 3:

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

3.1.1 Ανάπτυξη και επικαιροποίηση των σχεδίων έκτακτης ανάγκης (ARTEMIS) και υλοποίηση τακτικών ασκήσεων που σχετίζονται με την αντιμετώπιση πανδημιών με ταυτόχρονη οργάνωση του ΕΚΔΥ, σε συνεργασία με συναρμόδια Υπουργεία και Φορείς με σκοπό την διαρκή ετοιμότητα

3.1.2 Σχεδιασμός παρεμβάσεων αγωγής υγείας σε επίπεδο κοινότητας, αναφορικά με την πρόληψη των λοιμώξεων και τη διαχείριση κινδύνων

3.1.3 Έγκαιρη πρόγνωση κινδύνων υγείας και λήψη μέτρων πρόληψης μέσω της συλλογής επιδημιολογικών δεδομένων για την υγεία, συμπεριλαμβανομένου της ψυχικής υγείας, της στοματικής υγείας μέσω του Παρατηρητηρίου για τη Στοματική Υγεία καθώς και μελέτης των ανισοτήτων.

3.1.4 Μείωση της επίδρασης των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (παιδική παχυσαρκία, αντικαπνιστικές πολιτικές, καρκίνος, στοματική υγεία, εμβολιασμοί, ψυχοκοινωνικές καταστάσεις) μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων στους εμπορικούς προσδιοριστές της υγείας

3.1.5 Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη των Πολιτών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας

3.1.6 Ενέργειες Πρόληψης της πανδημίας προς τον γενικό πληθυσμό με διενέργεια εμβολιασμού του γενικού πληθυσμού, ελέγχους φορέων (testing) και διενέργεια Rapid Test στον γενικό πληθυσμό και πλήρη ενεργοποίηση του Μητρώου Ασθενών CoViD-19

3.2 Σχεδιασμός και υλοποίηση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου

3.2.1 Ανάπτυξη Προγραμμάτων Πρωτογενούς Πρόληψης για τη μείωση της παχυσαρκίας και προώθησης της άθλησης, ενίσχυσης του αντικαπνιστικού νόμου, ενημέρωσης και πρώιμης αναγνώρισης των συνηθέστερων μορφών κακοηθών νεοπλασιών, καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές, καθώς και της οδοντιατρικής φροντίδας

3.2.2 Ανάπτυξη Προγραμμάτων Οργανωμένου Πληθυσμιακού Προσυμπτωματικού Ελέγχου για μείζονα νοσήματα και νοσήματα υψηλού επιπολασμού (καρκίνος του μαστού, καρκίνος του στόματος, καρκίνος του παχέος εντέρου και καρδιακές νόσοι κλπ) μέσω δράσεων Δευτερογενούς πρόληψης

3.2.3 Αξιοποίηση δομών σε λειτουργία για την προστασία της υγείας του πληθυσμού, με σκοπό την ένταξη προγραμμάτων πρόληψης χρονίων νοσημάτων

3.3 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας

3.3.1 Εξειδίκευση των υποχρεώσεων για την προάσπιση της δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο, μετά από συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, από τους παρόχους ΠΦΥ /ΤΟΜΥ/ΚΟΜΥ

3.3.2 Ανάπτυξη ενός πλαισίου εφαρμογής για τη συνεχή παρέμβαση στους κοινωνικούς αλλά και στους εμπορικούς προσδιοριστές της υγείας (ανθυγιεινά καταναλωτικά προϊόντα που συμβάλλουν στην κακή υγεία), για μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας σε τοπικό επίπεδο με εφαρμογή του δόγματος της υγείας σε όλες τις πολιτικές

3.3.3 Ανάπτυξη προγραμμάτων άμβλυνσης επιπτώσεων από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (ποιότητα ποσίων υδάτων, υπεδάφους, ατμοσφαιρικού αέρα) και εφαρμογή/ παρακολούθηση σε τοπικό επίπεδο

3.4 Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας μέσω στοχευμένων επενδύσεων σε υποδομές και εξοπλισμό

3.4.1 Αναδιοργάνωση συστημάτων προϋπολογισμού και ενίσχυσης οικονομικής διαχείρισης συστημάτων με την εφαρμογή διαδικασιών εσωτερικού ελέγχου

3.4.2 Επένδυση σε συνδυασμό με χρήση του Εθνικού Μητρώου για την παροχή και εγκατάσταση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

3.4.3 Χαρτογράφηση μονάδων (υποδομών) ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους και αναδιοργάνωση ανάλογα με περιοχές που παρουσιάζουν ανεπάρκειες

3.5 Ψηφιακός Εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας

- 3.5.1 Ανάπτυξη ενιαίου και ισόβιου Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου με δυνατότητα αυτόματης ενημέρωσης και διαμοίρασης σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο
- 3.5.2 Αναβάθμιση ψηφιακών υποδομών και ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος για Νοσοκομειακές Μονάδες για τη βελτίωση της ποιότητας, της διαλειτουργικότητας και της πρόσβασης σε δεδομένα που αφορούν την υγεία σε πραγματικό χρόνο
- 3.5.3 Δημιουργία ηλεκτρονικών διαδικασιών διαχείρισης ασθενών (ηλεκτρονικά ραντεβού, εξωτερικά ιατρεία, λίστες χειρουργείων, διαχείριση κλινών, επείγουσα φροντίδα)
- 3.5.4 Επέκταση του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ) και εφαρμογή εθνικού δικτύου Τηλεϊατρικής με σκοπό την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως γεωγραφικής περιοχής
- 3.5.5 Συμμετοχή σε ψηφιακές υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας (eHDSI), που παρέχεται στο πλαίσιο συμφωνιών του Ευρωπαϊκού Δικτύου Υγείας, με στόχο την παραγωγική λειτουργία του ΑΗΦΥ σε πανευρωπαϊκό επίπεδο και της λειτουργίας της υπηρεσίας εκτέλεσης συνταγών σε τρίτη χώρα
- 3.5.6 Δημιουργία συστήματος διαχείρισης Φαρμακείων ΕΟΠΥΥ και διανομή φαρμάκων υψηλού κόστους κατ' οίκον
- 3.5.7 Δημιουργία Ενιαίου Σύστηματος Διαχείρισης Ραντεβού για Δομές ΠΦΥ και Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων

3.6 Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του τομέα Υγείας μέσω εφαρμογής του θεσμού των «πράσινων» δομών υγείας

- 3.6.1 Ενίσχυση των διαδικασιών προστασίας του περιβάλλοντος μέσω της εφαρμογής του μοντέλου των «πράσινων» νοσοκομείων και της κτηριακής ενεργειακής αναβάθμισης με χρήση ανανεώσιμων πηγών ενέργειας
- 3.6.2 Αποτελεσματική διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων και ραδιενεργών ρύπων νοσοκομείων – συμπεριλαμβανομένων των αποβλήτων και απορριμμάτων της οδοντιατρικής πράξης
- 3.6.3 Παραγωγή οξυγόνου και προώθηση συμπαραγωγής ηλεκτρισμού και θερμότητας υψηλής απόδοσης στο σύνολο των μεγαλύτερων μονάδων του ΕΣΥ

3.7 Διαφανής και βιώσιμη χρηματοδότηση της φροντίδας

- 3.7.1 Εισαγωγή νέων μεθόδων τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων και εισαγωγή μέτρων ελέγχου, μηχανισμού παρακολούθησης και περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης
- 3.7.2 Επαρκής και διαφανής χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας με συνέργεια του κρατικού προϋπολογισμού και της κοινωνικής ασφάλισης (ΕΟΠΥΥ)
- 3.7.3 Προστασία του πληθυσμού έναντι των οικονομικών συνεπειών της ασθένειας και της πανδημίας μειώνοντας τις ίδιες / άμεσες πληρωμές και επαναφέροντας σταδιακά τη δημόσια δαπάνη ως ένα ισχυρό ποσοστό του ΑΕΠ
- 3.7.4 Αξιοποίηση των πόρων από τον αντικαπνιστικό νόμο, τις παραβάσεις σχετιζόμενες με την εφαρμογή του νόμου και τα πρόστιμα από τους διενεργούμενους ελέγχους για την

τήρηση των μέτρων της πανδημίας CoViD-19 και την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας

3.7.5 Αύξηση της συμμετοχής του Υπουργείου Υγείας και των εποπτευόμενων Φορέων του σε δράσεις συγχρηματοδοτούμενων ανταγωνιστικών προγραμμάτων της ΕΕ (EU4HEALTH, HORIZON, κ.α.)

4.3.4 Ανάπτυξη Ανθρώπινου Κεφαλαίου (ΣΣ 4)

Ο ΣΣ 4 προβλέπει την ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου για την ΠΠ 2021-2027, Ο Άξονας αναφορικά με την αναβάθμιση του υγειονομικού προσωπικού μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ψηφιακής εκπαίδευσης του ανθρωπίνου δυναμικού υποστηρίζεται από δράσεις που επίσης συνάδουν με τον Ψηφιακό Εκσυγχρονισμό του συστήματος όπως παρουσιάζονται στον ΣΣ3. Ο Στρατηγικός Στόχος περιλαμβάνει 1 άξονα που αναλύεται σε 6 επιμέρους δράσεις.

Πίνακας 8: Άξονας ΣΣ 4: «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Κεφαλαίου»

4.1 Αναβάθμιση των ανθρωπίνων πόρων του Τομέα Υγείας μέσω μετασχηματισμού της εκπαίδευσης για την ανάπτυξη δεξιοτήτων στα πρότυπα της διοίκησης ολικής ποιότητας, οργανωσιακή μαθησιακή κουλτούρα εντός του συστήματος υγείας, καλά υποστηριζόμενο δυναμικό υγείας, κίνητρα, προστασία από επαγγελματική εξουθένωση

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται συνοπτικά οι συσχετιζόμενες Δράσεις ανά Άξονα στον ΣΣ 4:

4.1 Αναβάθμιση των ανθρωπίνων πόρων του Τομέα Υγείας μέσω μετασχηματισμού της ιατρικής εκπαίδευσης για την ανάπτυξη δεξιοτήτων στα πρότυπα της διοίκησης ολικής ποιότητας

4.1.1 Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την αναβάθμιση των ψηφιακών δεξιοτήτων του υγειονομικού προσωπικού με σκοπό τη βέλτιστη χρήση τεχνολογιών αιχμής και των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας

4.1.2 Ανάπτυξη εθνικού σχεδίου εκπαίδευσης, επαγγελματικής εξέλιξης και αξιολόγησης για το σύνολο του προσωπικού του Τομέα Υγείας (ιατρικού και μη) σε συνεννόηση με το Υπουργείο Παιδείας

4.1.3 Προσαρμογή των ιατρικών ειδικοτήτων στις (ακάλυπτες) ανάγκες υγείας του πληθυσμού μέσω παροχής κινήτρων όπως η παροχή στέγασης (αύξηση γενικών ιατρών και παιδοψυχιάτρων) και δημιουργία νέων ειδικοτήτων για προβλήματα της 3ης ηλικίας

4.1.4 Ανάπτυξη των δεξιοτήτων που είναι σημαντικές για τη βιωσιμότητα του τομέα ανθρωπίνου δυναμικού μέσω προγραμμάτων κατάρτισης και επιμόρφωσης

4.1.5 Προσαρμογή των διδαγμάτων της πανδημίας (lessons learned) μέσα στη βασική βιβλιογραφία εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας με σκοπό τη διαρκή ετοιμότητα και την άμεση προσαρμογή στα νέα δεδομένα και τις πρακτικές διαχείρισής τους

4.1.6 Κινητροδότηση ομάδων επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών) για παραμονή στο σύστημα υγείας μέσω ενίσχυσης αρμοδιοτήτων, χρηματικών αποζημιώσεων και ενίσχυση της

4.4 Αντιστοίχιση Στρατηγικών Προτεραιοτήτων με Υπό-Κριτήρια Αναγκαίου Όρου και Στόχους Πολιτικής του ΕΣΠΑ στην ΠΠ 2021 – 2027

Προκειμένου να αξιολογηθεί η συνάφεια της πολιτικής με τα επικαιροποιημένα κριτήρια που έχει θέσει η Ευρωπαϊκή Ένωση, σχεδιάστηκαν δύο Μήτρες Συνάφειας που αντιστοιχίζουν τους Άξονες της Πολιτικής αρχικά με τα υπο-κριτήρια εκπλήρωσης των αναγκών όρων του ειδικού Στόχου Πολιτικής 4 και έπειτα με τους 5 Στόχους Πολιτικής του ΕΣΠΑ 2021 – 2027, προκειμένου να βεβαιωθεί η επικαιρότητά της και η συμπερίληψη όλων των Ευρωπαϊκών οδηγιών στις δράσεις τις νέας πολιτικής.

Μήτρα Συνάφειας Αξόνων με τα Υπό-κριτήρια των Αναγκαίων Όρων

Άξονες	Υπο-Κριτήρια Αναγκαίων Όρων		
	1 ^ο Υπό-κριτήριο: Χαρτογράφηση των αναγκών υγείας και των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας (long-term care needs) και με όρους του ιατρικού και λουπού προσωπικού (και αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού), για να διασφαλισθούν διατηρήσιμα και συντονισμένα μέτρα πολιτικής	2 ^ο Υπό-κριτήριο: Μέτρα που θα διασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας αποδοτικές, διατηρήσιμες, προσβάσιμες, προσιτές υπηρεσίες υγείας που θα συμπεριλαμβάνουν ειδικότερη στόχευση/εστίαση σε άτομα που αποκλείστηκαν από το σύστημα υγείας και όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση	3 ^ο Υπό-κριτήριο: Μέτρα που προωθούν υπηρεσίες με βάση την κοινότητα και την οικογένεια, μέσω του από-ιδρυματισμού, συμπεριλαμβάνοντας την πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα και λουιτές υπηρεσίες στην κοινότητα
1.1 Εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση σε ολιστικές, ποιοτικές υπηρεσίες υγείας	X	X	X
1.2 Ενίσχυση δικτύου της ΠΦΥ μέσω διατήρησης / ενεργοποίησης των Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (TOMY, KOMY)		X	X
1.3 Αναβάθμιση της ετοιμότητας και ικανότητας ανταπόκρισης της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας		X	
1.4 Αναδιάρθρωση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας	X	X	X
1.5 Μέτρα και πολιτικές για την μακροχρόνια φροντίδα και για τη διαχείριση χρόνιων	X	X	X

νοσημάτων			
1.6 Ολοκλήρωση και εφαρμογή του εθνικού σχεδίου για την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας		X	X
2.1 Ανάπτυξη συστημάτων συλλογής και αξιοποίησης δεδομένων υγείας για τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων για ορθότερη διακυβέρνηση	X	X	
2.2 Βελτίωση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας μέσω ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού, διασυννοριακών συνεργασιών και φιλικότητας ως προς τον χρήστη		X	X
2.3 Αξιοποίηση καινοτόμων προϊόντων έρευνας και δημιουργία πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και την θεραπεία νοσημάτων	X	X	
2.4 Διαφανής, χωρίς αποκλεισμούς, σύγχρονη και αποτελεσματική διακυβέρνηση και συντονισμός των Φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, με δημόσια λογοδοσία και κοινωνικό έλεγχο	X	X	X
3.1 Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία		X	X
3.2 Σχεδιασμός και υλοποίηση εθνικών προγραμμάτων προ-συμπτωματικού ελέγχου		X	X
3.3 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας			X
3.4 Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας μέσω στοχευμένων επενδύσεων σε υποδομές και εξοπλισμό	X	X	X
3.5 Ψηφιακός Εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, προώθηση της πληροφορικής		X	X

τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας			
3.6 Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του τομέα υγείας μέσω εφαρμογής του θεσμού των «πράσινων» δομών υγείας		X	
3.7 Διαφανής και βιώσιμη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας		X	
4.1 Αναβάθμιση των ανθρωπίνων πόρων του Τομέα Υγείας μέσω μετασχηματισμού της εκπαίδευσης για την ανάπτυξη δεξιοτήτων στα πρότυπα της διοίκησης ολικής ποιότητας		X	X

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι Άξονες αντιστοιχίζονται πλήρως με τα υπο-κριτήρια εκπλήρωσης του Α.Ο, με την πλειοψηφία των παρεμβάσεων να αφορά το 2^ο υπο-κριτήριο για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας και προσβασιμότητας του συστήματος υγείας. Πληθώρα εκ των προτεραιοτήτων θα βοηθήσει επίσης και στη χαρτογράφηση των αναγκών της υγείας ενώ οι κοινοτικές, οικογενειακές και οι βασισμένες στην κοινότητα δράσεις, βρίσκονται στο επίκεντρο της νέας εθνικής πολιτικής για την Υγεία. Ο Στόχος της πολιτικής θα είναι να υλοποιήσει δράσεις που θα σχεδιάσουν προσεκτικά την προσφορά των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με την ζήτηση και τις διαθέσιμες υποδομές, ενώ παράλληλα θα φροντίζει για το μέλλον και την υγιή γήρανση. Αποσκοπεί στο να σχεδιαστεί ένα βιώσιμο σύστημα υγείας το οποίο θα είναι αποτελεσματικό, ασφαλές και προσβάσιμο από όλους με κατεύθυνση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα και των κοινοτικών παρεμβάσεων.

Μήτρα Συνάφειας Στρατηγικών Στόχων με Στόχους Πολιτικής ΕΣΠΑ 2021 – 2027

Άξονες	Στόχοι Πολιτικής ΕΣΠΑ 2021 - 2027				
	ΣΠ 1: 1. Μία εξυπνότερη Ευρώπη μέσω της προώθησης του καινοτόμου και έξυπνου οικονομικού μετασχηματισμού	ΣΠ2: Μία πιο πράσινη Ευρώπη με χαμηλές εκπομπές άνθρακα της προσαρμογής στην κλιματική αλλαγή, της πρόληψης και της διαχείρισης κινδύνων	ΣΠ3: Μία πιο διασυνδεδεμένη Ευρώπη μέσω της ενίσχυσης της κινητικότητας και των περιφερειακών διασυνδέσεων ΤΠΕ	ΣΠ4: Μία πιο κοινωνική Ευρώπη μέσω της υλοποίησης του ευρωπαϊκού πυλώνα κοινωνικών δικαιωμάτων	ΣΠ5: Μία Ευρώπη πιο κοντά στους πολίτες της, μέσω της προώθησης της βιώσιμης και ολοκληρωμένης ανάπτυξης των αστικών, αγροτικών και παράκτιων περιοχών, καθώς και μέσω της στήριξης τοπικών πρωτοβουλιών
1.1 Εξάλειψη εμποδίων στην πρόσβαση σε ολιστικές, ποιοτικές υπηρεσίες υγείας			X	X	X
1.2. Ενίσχυση δικτύου της ΠΦΥ μέσω διατήρησης / ενεργοποίησης των Διεπιστημονικών Ομάδων Υγείας προς ενίσχυση των Κέντρων Υγείας (ΤΟΜΥ,ΚΟΜΥ)				X	X
1.3 Αναβάθμιση της ετοιμότητας και ικανότητας ανταπόκρισης της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας				X	X
1.4 Αναδιάρθρωση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας				X	X
1.5 Μέτρα και πολιτικές για την μακροχρόνια φροντίδα και για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων				X	X
1.6 Ολοκλήρωση και εφαρμογή του εθνικού σχεδίου για την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας				X	X
2.1 Ανάπτυξη συστημάτων συλλογής και αξιοποίησης δεδομένων υγείας για τη λήψη στρατηγικών	X	X	X		

αποφάσεων για ορθότερη διακυβέρνηση					
2.2 Βελτίωση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας μέσω ανάπτυξης του ιατρικού τουρισμού, διασυνοριακών συνεργασιών και φιλικότητας ως προς τον χρήστη	X			X	X
2.3 Αξιοποίηση καινοτόμων προϊόντων έρευνας και δημιουργία πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και την θεραπεία νοσημάτων	X		X	X	
2.4 Διαφανής, χωρίς αποκλεισμούς, σύγχρονη και αποτελεσματική διακυβέρνηση και συντονισμός των Φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, με δημόσια λογοδοσία και κοινωνικό έλεγχο				X	X
3.1 Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία	X	X	X		
3.2 Σχεδιασμός και υλοποίηση εθνικών προγραμμάτων προ-συμπτωματικού ελέγχου	X			X	X
3.3 Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας				X	X
3.4 Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας μέσω στοχευμένων επενδύσεων σε υποδομές και εξοπλισμό	X			X	X
3.5 Ψηφιακός Εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας	X	X	X	X	X
3.6 Βελτίωση της περιβαλλοντικής	X			X	X

επίδοσης του τομέα υγείας μέσω εφαρμογής του θεσμού των «πράσινων» δομών υγείας					
3.7 Διαφανής και βιώσιμη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας	X			X	
4.1 Αναβάθμιση των ανθρωπίνων πόρων του Τομέα Υγείας μέσω μετασχηματισμού της εκπαίδευσης για την ανάπτυξη δεξιοτήτων στα πρότυπα της διοίκησης ολικής ποιότητας				X	X

Οι Άξονες αντιστοιχούν με περισσότερη ποικιλομορφία σε σχέση με την άλλη Μήτρα Συνάφειας και αντιστοιχούν σε όλους τους ΣΠ με κυρίαρχο τον ΣΠ4 όπως είναι λογικό, δεδομένου ότι εξειδικεύεται περαιτέρω στο κομμάτι της Υγείας. Επιπρόσθετα, οι Άξονες απευθύνονται ως επί το πλείστον και στον ΣΠ5 λόγω της ανθρωποκεντρικής κατεύθυνσης της Στρατηγικής και της ενίσχυσης των τοπικών δράσεων. Η Στρατηγική έχει σχεδιαστεί με τις αρχές της αναλογικής καθολικότητας και προκειμένου να εστιάσει ολοκληρωτικά στην παροχή φροντίδας, οι δράσεις θα πρέπει να σχεδιαστούν διαβαθμισμένα σε τοπικό επίπεδο προκειμένου να καλύπτουν και να εξυπηρετούν το σύνολο του πληθυσμού. Ο ΣΠ2 έλαβε τη μικρότερη απήχηση αλλά δεν μεταφράζεται σε μη οικολογικές δράσεις στον τομέα της Υγείας, κρίνοντας από την δέσμευση για πιο οικολογικές δομές και ενεργειοδότηση μέσω ΑΠΕ στις μελλοντικές δράσεις. Ο ΣΠ3 συναντάται σε περιορισμένο αριθμό στόχων χωρίς να παραλείπεται κρίνοντας από τις δράσεις διασυννοριακού χαρακτήρα. Τέλος, ο ΣΠ1 συναντά μεγάλη απήχηση λόγω της πρωτοβουλίας εκσυγχρονισμού του τομέα και της επένδυσης σε νέες ψηφιακές υποδομές.

4.5 Μηχανισμός Υλοποίησης Στρατηγικής

Η πανδημία πέρα από τις πολλαπλές αρνητικές επιπτώσεις που επέφερε παγκοσμίως, ανακατεύθυνε ένα μεγάλο κομμάτι των πόρων από Ευρωπαϊκά κονδύλια στον τομέα της Υγείας υπογραμμίζοντας την ανάγκη για διαρκή ετοιμότητα των συστημάτων και προάσπιση της υγείας των πολιτών σε πληθυσμιακό επίπεδο. Ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός ο οποίος επίσης εντάθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας λόγω των μέτρων κοινωνικού αποκλεισμού και της ανάγκης αποσυμφόρησης δημόσιων δομών κατέχει κεντρικό ρόλο σε πολλαπλά προγράμματα. Τα επιχειρησιακά προγράμματα ΕΣΠΑ καθώς και τα έργα / επενδύσεις και μεταρρυθμίσεις που προωθούνται μέσω του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (ΕΣΑΑ) - Ελλάδα 2.0, συνολικά θα προσφέρουν περισσότερα από €2,5 δισ. χρηματοδότηση στη χώρα μας για τον τομέα της Υγείας. Τα προγράμματα ΕΣΠΑ θα χρηματοδοτηθούν κυρίως από τα ταμεία ΕΤΠΑ και ΕΚΤ+ ενώ το Σχέδιο Ελλάδα 2.0 μέσα από τον Άξονα 3.3 προωθεί πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας του συστήματος υγείας χρηματοδοτώντας μεταρρυθμίσεις ύψους €1,54 δισ. Οι κύριες μεταρρυθμίσεις του ΕΣΑΑ αφορούν τους τομείς της ΠΦΥ, της πρόληψης μέσω του προγράμματος του Σπύρος Δοξιάδης, την ψυχική υγεία, τον ψηφιακό μετασχηματισμό και την ενίσχυση των υποδομών. Εκ πρώτης

όψεως παρουσιάζεται επικάλυψη στους επιδιωκόμενους στόχους μεταξύ του ΕΣΣΑ και του ΕΣΠΑ κρίνοντας από τις πολιτικές και τις δράσεις που έχουν παρουσιαστεί ανωτέρω. Όμως, σύμφωνα με τις νέες Ευρωπαϊκές οδηγίες, οι δράσεις θα πρέπει να διαχωριστούν και να χρηματοδοτούνται από το εκάστοτε ταμείο ξεχωριστά.

Ως γνωστόν, το σύστημα υγείας της οποιαδήποτε χώρας αφορά ένα από τα πιο περίπλοκα οικοσυστήματα λόγω του γεγονότος ότι επηρεάζεται αλλά και επηρεάζει πολλαπλούς τομείς πολιτικής όπως η οικονομία, η ανάπτυξη, η παιδεία, η κοινωνική πρόνοια κ.α. Επιπλέον πολλαπλοί είναι και οι εμπλεκόμενοι φορείς στα εν λόγω οικοσυστήματα, το οποίο στην περίπτωση της χώρας μας περιλαμβάνει πέρα από το Υπουργείο Υγείας διάφορους φορείς υλοποίησης έργων οι οποίοι χρειάζεται να συνεργαστούν και να συντονιστούν προκειμένου να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν στρατηγικές. Φορείς όπως οι εκάστοτε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οργανισμοί αρμόδιοι για τα φάρμακα, για τις νοσοκομειακές μονάδες, για το σχεδιασμό πολιτικής χρήζουν συντονισμού ενώ για συγχρηματοδοτούμενα έργα θα είναι απαραίτητη η απρόσκοπτη συνεργασία με ειδικές υπηρεσίες συντονισμού του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας που διαχειρίζεται από το Υπουργείο Οικονομικών, με την Εθνική Αρχή Συντονισμού (ΕΑΣ) που υπάγεται στο Υπουργείο Ανάπτυξης και είναι υπεύθυνο για το συνολικό συντονισμό του ΕΣΠΑ, τις Ειδικές Γραμματείες διαχείρισης προγραμμάτων ΕΤΠΑ, ΤΣ και ΕΚΤ, τις επιμέρους Ειδικές Υπηρεσίες Διαχείρισης των τομεακών και περιφερειακών επιχειρησιακών προγραμμάτων και άλλες Υπηρεσίες Τοπικής και περιφερειακής αυτοδιοίκησης (π.χ. Δημοτικά Ιατρεία, Υπηρεσίες Πρόνοιας Δήμων, Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας Περιφερειών, Ιατροί Εργασίας) - δημιουργώντας πολλαπλές ανάγκες συντονισμού.

Δεδομένου των παραπάνω και ειδικότερα προς αποφυγή επικαλύψεων μεταξύ των δράσεων ΕΣΠΑ, του ΕΣΑΑ αλλά και του ΠΔΕ στον τομέα υγείας αλλά και εξάλειψης της πολυπλοκότητας στην ευθυγράμμιση, δημιουργείται η ανάγκη για τη δημιουργία ενός ενιαίου **Μηχανισμού Υλοποίησης της στρατηγικής του τομέα υγείας**, ο οποίος θα κατέχει συντονιστικό ρόλο στην εξειδίκευση, προγραμματισμό, ένταξη, υλοποίηση αλλά και διαχείριση των δράσεων του τομέα υγείας, υποστηρίζοντας τον επιτελικό ρόλο του Υπουργείου Υγείας. Ο εν λόγω μηχανισμός θα κατέχει μια συνολική εποπτική θέση και θα είναι αρμόδιος για την ιεράρχηση και εξειδίκευση των αναγκών. Ο συγκεκριμένος μηχανισμός προτείνεται να ενταχθεί στο Υπουργείο Υγείας προκειμένου να αποτελέσει τη λύση στον κατακερματισμό της υλοποίησης των προγραμμάτων. Η αρμοδιότητα του φορέα ως συντονιστή θα δύναται να ευθυγραμμίσει όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στο σχεδιασμό πολιτικών. Επιπρόσθετα, θα δύναται να διατρέχει οριζόντιες δράσεις που σχετίζονται με την τεχνική βοήθεια αλλά και τη δημοσιότητα με στόχο την ορθή ενημέρωση δράσεων υγείας προς τους πολίτες με στόχο την ενίσχυση της εμβέλειάς τους.




4.6 Αξιολόγηση Παλαιών και Σχεδιασμός Προτεινόμενων Δεικτών Πολιτικής Υγείας

Στα πλαίσια της ΠΠ του 2014 – 2020 μια σειρά από δείκτες είχαν σχεδιαστεί προκειμένου να αξιολογηθεί η πρόοδος και η επιτυχία της Στρατηγικής της εν λόγω ΠΠ. Η αξιολόγηση τους στο τέλος της, χρήζει σχολιασμού με τον παράλληλο σχεδιασμό νέων δεικτών προς ολιστική εξέταση των δράσεων και της Στρατηγικής συνολικά.

4.6.1 Αξιολόγηση Δεικτών ΠΠ 2014 – 2020

Για σκοπούς πληρότητας έχει αναπτυχθεί ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την αξιολόγηση των δεικτών των έργων, το οποίο θα αξιολογήσει τους δείκτες από διαφορετικές «οπτικές γωνίες» / κριτήρια με βάση τις παρακάτω «πτυχές»:

- **Αρτιότητα** του Δείκτη: κατά πόσο ο δείκτης μπορεί να σταθεί ακέραιος / αυτόνομος όσον αφορά τη μέτρηση του εκάστοτε στρατηγικού στόχου
- **Αναγκαιότητα** του Δείκτη: κατά πόσο κρίσιμος είναι ο εν λόγω δείκτης στην προσμέτρηση του εκάστοτε στρατηγικού στόχου
- **Σαφήνεια** του Δείκτη: κατά πόσο η διατύπωση και ορολογία του δείκτη καθιστά ξεκάθαρη την μέτρηση του στρατηγικού στόχου
- **Μετρησιμότητα** του Δείκτη: κατά πόσο είναι εύκολα μετρήσιμοι οι δείκτες δίχως να προκαλούν πρόσθετο διοικητικό φορτίο στην αναθέτουσα Αρχή, είτε αφορούν ποσοτικά είτε ποιοτικά δεδομένα
- **Κάλυψη του πεδίου πολιτικής:** κατά πόσο ο εκάστοτε δείκτης καλύπτει το πεδίο της πολιτικής που εξετάζεται

	Ποιοτική Βαθμολογία
	Υψηλή
	Μέτρια
	Χαμηλή

Η βαθμολογία των δεικτών υπολογίστηκε σύμφωνα με το διπλανό Πίνακα για την κάθε πτυχή αξιολόγησης.

Κατά βάση, οι δείκτες της προηγούμενης ΠΠ σημείωσαν Μέτρια και Χαμηλή βαθμολογία όσον αφορά την αρτιότητα τους, λόγω είτε της γενικής τους φύσης είτε της έμμεσης διασύνδεσης με τους Στρατηγικούς Στόχους. Αναφορικά με την Αναγκαιότητα των δεικτών, η βαθμολογία ήταν στη πλειοψηφία της υψηλή με ορισμένους δείκτες να βρίσκονται στο μέτριο επίπεδο. Όσον αφορά την Σαφήνεια τους, οι δείκτες ήταν μοιρασμένοι στη βαθμολογία μεταξύ υψηλού και μετρίου επιπέδου. Στην πλειοψηφία τους οι δείκτες κρίνονται ως «μετρήσιμοι» αλλά δεν κατάφεραν να καλύψουν το πεδίο πολιτικής που τους αφορούσε επαρκώς, κρίνοντας από το γεγονός ότι οι περισσότεροι χρήζουν συμπληρωματικούς δείκτες προκειμένου να αξιολογηθεί επαρκώς ο κάθε στρατηγικός στόχος. Τα γενικότερα σχόλια ορίζουν τους δείκτες ασαφή ως ένα σημείο με την ανάγκη συγκεκριμενοποίησης ή συμπλήρωσης μέσω άλλων δεικτών προκειμένου να αποδοθεί μια ολιστική εικόνα ανά στρατηγικό στόχο και εν δυνάμει για την Στρατηγική συνολικά. Με βάση τα επιμέρους σχόλια και εν συνεχεία της βαθμολόγησης προτείνονται νέοι δείκτες προς παρακολούθηση τη νέα ΠΠ, προκειμένου να οριστικοποιηθεί και να ενισχυθεί η αξιολόγηση της πολιτικής οι οποίοι παρατίθενται στην επόμενη ενότητα.

	Στρατηγικός Σχεδιασμός Υπουργείου Υγείας	Δείκτες	Τιμές Δεικτών	Αριότητα του Δείκτη	Αναγκαιότητα του Δείκτη	Σαφήνεια του Δείκτη	Μετρησιμότητα του Δείκτη	Κάλυψη του πεδίου πολιτικής	Σχόλια
Σχετιζόμενοι Άξονες Πολιτικής		Δείκτες Αποτελεσμάτων	Βάση/Στόχος						
Πυλώνας 1									
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 1.Β	Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	1. Ποσοστό μείωσης προσφυγής σε β' βαθμιαίες μονάδες υγείας	%						Ενδεχομένως ο συγκεκριμένος δείκτης θα μπορούσε να παραμείνει σε συνδυασμό με έναν δείκτη παραπομπής σε πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας.
	Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα: 1. Περιορισμός προσφυγής σε β' βαθμιαίες μονάδες υγείας	2. Μείωση εισαγωγών σε νοσοκομεία	2. Μείωση εξετάσεων	Αριθμός					

	Στρατηγικός Σχεδιασμός Υπουργείου Υγείας	Δείκτες	Τιμές Δεικτών	Αριότητα του Δείκτη	Αναγκαιότητα του Δείκτη	Σαφήνεια του Δείκτη	Μετρησιμότητα του Δείκτη	Κάλυψη του πεδίου πολιτικής	Σχόλια
Σχετιζόμενοι Άξονες Πολιτικής		Δείκτες Αποτελεσμάτων	Βάση/Στόχος						
Πυλώνας 1									
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 1.Γ	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας, Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας	Ποσοστό Ψηφιακών Συστημάτων Υγείας που διαλειτουργούν	%						Μπορεί να αποτελέσει έναν εκ των δεικτών αλλά χρήζει περαιτέρω ενίσχυσης.
	Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα: Ηλεκτρονικοποίηση λειτουργιών συστήματος υγείας								

	Στρατηγικός Σχεδιασμός Υπουργείου Υγείας	Δείκτες	Τιμές Δεικτών	Αριότητα του Δείκτη	Αναγκαιότητα του Δείκτη	Σαφήνεια του Δείκτη	Μετρησιμότητα του Δείκτη	Κάλυψη του πεδίου πολιτικής	Σχόλια
Σχετιζόμενοι Άξονες Πολιτικής		Δείκτες Αποτελεσμάτων	Βάση/Στόχος						
Πυλώνας 1									
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 1.Δ	Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας	Αριθμός νέων θέσεων εργασίας	Αριθμός						Ο δείκτης χρήζει περαιτέρω ενίσχυσης και είναι απαραίτητη η αποσαφήνιση αναφορικά με την αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων; εάν αναφέρεται στην αναβάθμιση του υφιστάμενου ανθρώπινου δυναμικού ή στην αύξηση του.
	Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα: Αύξηση ποσοστού πιστοποιημένων απασχολούμενων στον τομέα υγείας σε τομακές δεξιότητες								

Στρατηγικός Σχεδιασμός Υπουργείου Υγείας	Δείκτες	Τιμές Δεσφών	Αριότητα του Δείκτη	Αναγκαιότητα του Δείκτη	Σαφήνεια του Δείκτη	Μετρησιμότητα του Δείκτη	Κάλυψη του πεδίου πολιτικής	Σχόλια	
Σχετιζόμενοι Άξονες Πολιτικής	Δείκτες Αποτελεσμάτων	Βάση/Στόχος							
Πυλώνας 2									
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 2.Α	Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> N/A	Ποσοστό κάλυψης αστικού πληθυσμού της χώρας που επωφελούνται από τις υπηρεσίες Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY).	%						Το πεδίο χρήζει ενίσχυσης και πέρα από το ποσοστό που δύναται να επωφελείται (κάλυψη) πρέπει να διευρευνηθεί ποιο ποσοστό χρησιμοποιεί (αξιοποίηση) τις TOMY.

Στρατηγικός Σχεδιασμός Υπουργείου Υγείας	Δείκτες	Τιμές Δεσφών	Αριότητα του Δείκτη	Αναγκαιότητα του Δείκτη	Σαφήνεια του Δείκτη	Μετρησιμότητα του Δείκτη	Κάλυψη του πεδίου πολιτικής	Σχόλια	
Σχετιζόμενοι Άξονες Πολιτικής	Δείκτες Αποτελεσμάτων	Βάση/Στόχος							
Πυλώνας 2									
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 2.Γ	Προώθηση της Ψυχικής Υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Δραστηριοποίηση ψυχικά πασχόντων σε επιχειρήσεις κοινωνικής οικονομίας	1. Αριθμός ψυχικά πασχόντων που δραστηριοποιούνται σε επιχειρήσεις κοινωνικής οικονομίας ένταξης	Αριθμός						Ο δείκτης προσμετρά ακριβώς το πεδίο ενδιαφέροντος.
		2. Ποσοστό Ατόμων που τους παρέχονται νέες και βελτιωμένες υπηρεσίες Ψυχ. Υγείας	%						Το ποσοστό που τις χρησιμοποιεί καθίσταται δύσκολο να μετρηθεί καθώς δεν είναι εύκολο να διαφοροποιηθούν οι νέες και βελτιωμένες υπηρεσίες από τις παλιές.
		3. Αύξηση του αριθμού ΚΟΙΣΠΕ για την κοινωνική και εργασιακή ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων.	Αριθμός						Γενικότερα ο δείκτης είναι λειτουργικός.
		4. Αύξηση του αριθμού δράσεων κοινωνικής επιχειρηματικότητας ένταξης	Αριθμός						Δεν υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της δραστηριοποίησης πασχόντων και του αριθμού δράσεων.

Στρατηγικός Σχεδιασμός Υπουργείου Υγείας	Δείκτες	Τιμές Δεσφών	Αριότητα του Δείκτη	Αναγκαιότητα του Δείκτη	Σαφήνεια του Δείκτη	Μετρησιμότητα του Δείκτη	Κάλυψη του πεδίου πολιτικής	Σχόλια	
Σχετιζόμενοι Άξονες Πολιτικής	Δείκτες Αποτελεσμάτων	Βάση/Στόχος							
Πυλώνας 3									
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 3.Α	Επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας	1. Ποσοστό πληθυσμού που καλύπτεται από βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας ως προς το σύνολο του πληθυσμού της περιφέρειας (13 δείκτες, ένας ανά περιφέρεια)	%						Δύσκολο να ορισθούν και να διαχωρισθούν οι υφιστάμενες από τις βελτιωμένες υπηρεσίες. Χρήζει διευρέυσης του ποσοστού αξιοποίησης.
		2. Αριθμός ανασφάλιστων που καλύπτονται από το ΕΣΥ (13 δείκτες, ένας ανά περιφέρεια)	Αριθμός						Ο δείκτης είναι γενικά λειτουργικός.

4.6.2 Προτεινόμενοι Δείκτες ΠΠ 2021 – 2027

Παρακάτω παρουσιάζονται προτεινόμενοι δείκτες της νέας προγραμματικής περιόδου, σε αντιπαράθεση με εκείνους της ΠΠ 2014-2020, οι οποίοι μπορούν να αξιοποιηθούν για την αξιολόγηση της υλοποίησης της στρατηγικής υγείας κατά την περίοδο 2021-2027.

	Στρατηγικός Σχεδιασμός Υπουργείου Υγείας	Δείκτες ΠΠ 2014-2020	Τιμές Δεικτών	Προτεινόμενοι Δείκτες για ΠΠ 2021-2027
Πυλώνας 1				
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 1.Β	Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος Υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> 1. Περιορισμός προσφυγής σε β' βαθμίες μονάδες υγείας 2. Μείωση εισαγωγών σε νοσοκομεία	1. Ποσοστό μείωσης προσφυγής σε β' βαθμίες μονάδες υγείας	%	<ul style="list-style-type: none"> Ποσοστό προσφυγής πληθυσμού σε πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας Ποσοστό προσφυγής σε γενικούς ή οικογενειακούς ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό Αριθμός παραϊατρικών και ιατρικών παραπομπών Μείωση ημερών νοσηλείας (LOS)
		2. Μείωση εξετάσεων	Αριθμός	
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 1.Γ	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας, Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> 1. Ηλεκτρονικοποίηση λειτουργιών συστήματος υγείας	Ποσοστό Ψηφιακών Συστημάτων Υγείας που διαλειτουργούν	%	<ul style="list-style-type: none"> Ποσοστό ψηφιοποίησης διαδικασιών Ποσοστό χρήσης Ηλεκτρονικού Ατομικού Φακέλου Υγείας Ποσοστό διαθέσιμων στοιχείων σε ηλεκτρονική μορφή Αριθμός παρόχων υπηρεσιών τηλεϊατρικής
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 1.Δ	Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Αύξηση ποσοστού πιστοποιημένων απασχολούμενων στον τομέα υγείας σε τομεακές δεξιότητες	Αριθμός νέων θέσεων εργασίας	Αριθμός	<ul style="list-style-type: none"> Συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων Ποσοστό ανθρωπίνου δυναμικού που ολοκλήρωσε πιστοποιήσεις Αριθμός διαθέσιμων προγραμμάτων εκπαίδευσης ανά ειδικότητα
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 2.Α	Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> N/A	Ποσοστό κάλυψης αστικού πληθυσμού της χώρας που επωφελούνται από τις υπηρεσίες Τοπικές Μονάδες Υγείας, (TOMY)	%	<ul style="list-style-type: none"> Αριθμός δράσεων πρόσπισης της δημόσιας υγείας Ποσοστό διαθέσιμων δεδομένων πληθυσμιακής υγείας
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 2.Γ	Προώθηση της Ψυχικής Υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Δραστηριοποίηση ψυχικά πασχόντων σε επιχειρήσεις κοινωνικής οικονομίας	1. Αριθμός ψυχικά πασχόντων που δραστηριοποιούνται σε επιχειρήσεις κοινωνικής οικονομίας ένταξης	Αριθμός	<ul style="list-style-type: none"> Αριθμός νεοσύστατων επιτροπών για τη διασφάλιση της ποιότητας παροχής της ψυχικής υγείας Απορρόφηση σε προγράμματα ΚΟΙΣΠΕ Ποσοστό συμμετοχής σε νέες δράσεις κοινωνικής επιχειρηματικότητας ένταξης
		2. Ποσοστό Ατόμων που τους παρέχονται νέες και βελτιωμένες υπηρεσίες Ψυχ. Υγείας	%	
		3. Αύξηση του αριθμού ΚΟΙΣΠΕ για την κοινωνική και εργασιακή ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων	Αριθμός	
		4. Αύξηση του αριθμού δράσεων κοινωνικής επιχειρηματικότητας ένταξης	Αριθμός	
Στρατηγικός Στόχος Υγείας 3.Α	Επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας <u>Επιδιωκόμενα Αποτελέσματα:</u> Άμβλυση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας	1. Ποσοστό πληθυσμού που καλύπτεται από βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας ως προς το σύνολο του πληθυσμού της περιφέρειας (13 δείκτες, ένας ανά περιφέρεια)	%	<ul style="list-style-type: none"> Ποσοστό προσφυγής σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας εντός της περιφέρειας και εκτός της περιφέρειας Αριθμός αναπτυγμένων κοινοτικών υποδομών σε σχέση με τον πληθυσμό ανά περιφέρεια Ποσοστό ατόμων με καθολική πρόσβαση στην υγεία
		2. Αριθμός ανασφάλιστων που καλύπτονται από το ΕΣΥ (13 δείκτες, ένας ανά περιφέρεια)	Αριθμός	

4.7 Προτεινόμενες Μελλοντικές Δράσεις

Πέρα από το σχεδιασμό μιας ολοκληρωμένης Εθνικής Στρατηγικής για τον Τομέα της Υγείας, σημαντικότερο κομμάτι αποτελεί η εφαρμογή της, η αξιολόγησή της αλλά και η επικαιροποίησή της κατά τη διάρκεια της υλοποίησης και μετά το πέρας της, προκειμένου να προγραμματιστούν έγκαιρα διορθωτικές κινήσεις, να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων με μετρήσιμο και διαφανή τρόπο και να δημιουργηθούν διδάγματα για το μέλλον. Για τους παραπάνω λόγους προτείνεται μια σειρά από μελέτες, έρευνες οι οποίες θα προσμετρούν την αποτελεσματικότητα της στρατηγικής.

Πρωταρχικά, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να βοηθήσουν και στην ορθότερη εφαρμογή της στρατηγικής μέσω της διερεύνησης κινήτρων προκειμένου να επιτύχουν οι σχεδιασμένες αλλαγές σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Χρήσιμο παράδειγμα αυτού θα αποτελούσε μία μελέτη αναφορικά με τα **κίνητρα** των επαγγελματιών υγείας για μετεγκατάσταση σε αποκεντρωμένες, νησιώτικες ή ορεινές περιοχές προκειμένου να παρέχουν τοπικά Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η αξιοποίηση των νέων σχεδιασμένων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη **χαρτογράφηση** των προσφερόμενων υπηρεσιών (που διενεργείται από τον ΟΔΙΠΥ στα πλαίσια του RRF) θα βοηθήσει στο σχεδιασμό του συστήματος παροχής φροντίδας μέσω του εντοπισμού αναξιοποίητων υπηρεσιών και επανασχεδιασμού ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες. Μια μελέτη αξιοποίησης υπηρεσιών θα βοηθούσε δυνητικά στην αξιολόγησή τους από τον ΟΔΙΠΥ.

Η βιωσιμότητα των μονάδων υγείας θα μπορούσε επίσης να προσμετρηθεί προκειμένου να γίνει μια συγκριτική βαθμολόγηση και να παρουσιαστούν μονάδες που χρήζουν σημαντικής ενίσχυσης προκειμένου να μπορέσουν να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε οποιαδήποτε τοποθεσία. Επιπρόσθετα, θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν μελέτες τύπου «baseline» ώστε να μετρηθεί η επίδοση σε συγκεκριμένους δείκτες υγείας κατά την αρχή της τρέχουσας ΠΠ και να παρακολουθείται η πρόοδος τους διαχρονικά καθ' όλη τη διάρκεια της ΠΠ.

Ίσως η πιο σημαντική μελέτη, δεδομένου του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα της πολιτικής, αποτελεί η μελέτη ικανοποίησης των χρηστών η οποία θα προσφέρει μια ολιστική εικόνα στην Πολιτεία για τη θεωρημένη ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν οι πολίτες αλλά και ένα μέσο συγκέντρωσης προτάσεων από τους ίδιους τους πολίτες για τη βελτίωσή τους. Σε συνδυασμό με τη μελέτη, κρίσιμη ενέργεια αποτελεί και η αξιοποίηση των εκθέσεων που συντάσσονται σε βμηνιαία βάση από το Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας βάσει στοιχείων που συγκεντρώνει από ερωτηματολόγια. Επομένως, η ορθή αξιοποίηση και η συγκριτική αποτύπωση στοιχείων διαφορετικών περιόδων για την εξαγωγή συμπερασμάτων και δεικτών αποτελεί κρίσιμη ενέργεια για μελλοντικές διορθωτικές κινήσεις. Πέρα από τον επιτυχή σχεδιασμό και την υλοποίηση της στρατηγικής, η αξιολόγησή της και η ενασχόληση της κοινότητας με αυτήν θα προσφέρει μία πλήρως ολιστική προσέγγιση στο σχεδιασμό της επόμενης στρατηγικής με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα αλλά και στοχευμένες διαρθρωτικές κινήσεις προκειμένου να ξεπεραστούν παλαιότερες αγκυλώσεις.

Τέλος, σημαντικές θεωρούνται και μελέτες οι οποίες θα υποστηρίξουν την ωρίμανση σημαντικών δράσεων αλλά και το σχεδιασμό και την υλοποίηση σημαντικών μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας.

Οι παραπάνω μελέτες μπορούν να δράσουν ως ένα εργαλείο καθοδήγησης, ένα εργαλείο στρατηγικής, ένα εργαλείο ενδυνάμωσης της στρατηγικής αλλά και ενδυνάμωσης της φωνής των ασθενών στο σχεδιασμό της δικής τους φροντίδας και δύνανται να συνεισφέρουν στην πραγμάτωση των στρατηγικών στόχων του τομέα υγείας κατά την περίοδο 2021-2027.

5. Χρηματοδότηση της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2021-2027

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υποβολής προτάσεων στο πλαίσιο του επιχειρησιακού του σχεδίου, σε συνεννόηση με τα αντίστοιχα Επιχειρησιακά και Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα.

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

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η πρόταση του Υπουργείου για την τρέχουσα εξειδίκευση του επιχειρησιακού του σχεδίου και αφορούν σε έργα και δράσεις των προτεραιοτήτων της πολιτικής του Τομέα Υγείας.



Πίνακας 9 Προτεινόμενος προϋπολογισμός δράσεων Τομέα Υγείας

	Παρεμβάσεις	Τομεακά ΕΠ (εκατ. €)	ΠΕΠ (εκατ. €)	Σύνολο (εκατ. €)
1	ΠΦΥ	40	195	235
2	Δημόσια Υγεία	198	417,5	615,5
3	Εξαρτήσεις	0	75	75
4	Ψυχική Υγεία	161,2	175,1	336,3
5	Μακροχρόνια Φροντίδα	40	38	78
6	Υπηρεσίες Υγείας - Ανθεκτικότητα του Συστήματος Υγείας (συνεκτικές και πιλοτικές δράσεις για το Υπουργείο, ΥΠΕ, Νοσοκομεία, και εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου όπως ΕΟΠΠΥ, ΟΔΗΠΥ, ΕΟΔΥ, ΚΕΣΥ, ΥΠΕ, ΕΚΑΒ, ΚΕΤΕΚΝΥ, ΕΟΜ).	62		62
		94,6		94,7
7	Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε άτομα με δυσκολία πρόσβασης σε αυτές, όπως ανασφάλιστους, άτομα με χαμηλό εισόδημα, δικαιούχοι κοινωνικών επιδομάτων κ.λπ. καθώς και τις οικογένειές τους κλπ. μέσω των Προγραμμάτων του ΕΟΠΠΥ σύμφωνα με το ισχύον πλαίσιο και δράσεις για τη στήριξη παιδιών με καρκίνο και σπάνιες παθήσεις, καθώς και των οικογενειών τους.	212		212
8	Επένδυση στη διαρκή αναβάθμιση και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας	95,5		95,5
9	Τεχνική Βοήθεια			6
	Σύνολο	903	901	1.804,0

Design of Health Proposals for the 13 Regional Programs (PEP)

Resources reaching up to **€901 mil.**

Design of 13 Regional Programs (PEP)

103 | Σελίδα

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται ενδεικτικά οι **διαθέσιμοι πόροι έργων/δράσεων του τομέα Υγείας** των ΠΕΠ για το ΕΠ 2021-2027 σε δράσεις ΕΚΤ, όπως έχουν τεθεί υπόψη μας πριν υποβληθούν προς έγκριση προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Πίνακας 10 Ενδεικτικοί διαθέσιμοι πόροι με όρους κοινοτικής συνδρομής έργων Υγείας των ΠΕΠ και του ΕΠ ΑΔ&ΚΣ 2021-2027 σε δράσεις ΕΚΤ

Περιφέρεια	Ειδικός Στόχος	Κατηγορία Δράσεων:	Προϋπολογισμός
Θεσσαλία	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	12.000.000,00 €
	4.ια	Ενίσχυση υπηρεσιών ψυχικής υγείας	5.400.000,00 €
	4.ια	Ανάπτυξη υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές), συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων πρόληψης, 4 εκ.€	4.000.000,00 €
		Σύνολο	21.400.000,00 €
Αττική	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	26.623.881,00 €
	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	10.000.000,00 €
	4.ια	Ανάπτυξη υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης (Αλκοόλ, Ναρκωτικές ουσίες, κλπ.)	18.591.000,00 €
		Σύνολο	55.214.881,00 €
Ήπειρος	4Β.ια.7	Διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας	21.100.000,00 €
		Σύνολο	21.100.000,00 €
Δυτική Μακεδονία	4.ια	Ενίσχυση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	4.000.000,00 €
	4.ια	Ενίσχυση υπηρεσιών δημόσιας υγείας	2.500.000,00 €
	4.ια	Ενίσχυση υπηρεσιών ψυχικής υγείας	2.000.000,00 €
	4.ια	Ανάπτυξη υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων	1.500.000,00 €
	4.ια	Μέτρα για τη βελτίωση της πρόσβασης στη μακροχρόνια περίθαλψη (εξαιρουμένων των υποδομών)	2.300.000,00 €
		Σύνολο	12.300.000,00 €
Δυτική Ελλάδα	4.ια	Μέτρα για τη βελτίωση της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (εξαιρουμένων των υποδομών)	11.900.000,00 €
		Σύνολο	11.900.000,00 €
Κεντρική Μακεδονία	4.ια	Μέτρα για τη βελτίωση της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (εξαιρουμένων των υποδομών)	44.000.000,00 €
		Σύνολο	44.000.000,00 €
Ανατολική Μακεδονία Θράκη	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας / Ενίσχυση Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, ενίσχυση υπηρεσιών ψυχικής υγείας / ανάπτυξη υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες κλπ.) μονάδες προστασίας εξαρτημένων & γονεϊκής στήριξης (Επειδή περιλαμβάνονται πολλές δράσεις είναι πιθανόν το Πεδίο Παρέμβασης να διαφοροποιείται για ορισμένες)	21.000.000,00 €
		Σύνολο	21.000.000,00 €
Πελοπόννησος	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	3.529.412,00 €
	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (περιλαμβανομένων των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης	3.058.824,00 €

Περιφέρεια	Ειδικός Στόχος	Κατηγορία Δράσεων:	Προϋπολογισμός
		(Αλκοόλ, Ναρκωτικές ουσίες, κλπ.) και των μονάδων προστασίας εξαρτημένων & γονεϊκής στήριξης)	
	4.ια	Πρόγραμμα κοινωνικού φροντιστή και προσωπικού βοηθού ΑΜΕΑ, ηλικιωμένων κ.λπ..	2.352.941,00 €
		Σύνολο	8.941.177,00 €
Στερεά Ελλάδα		Μέτρα για τη βελτίωση της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (εξαιρουμένων των υποδομών)	24.000.000,00 €
		Σύνολο	24.000.000,00 €
Βόρειο Αιγαίο	4.ια	Δράσεις παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας [Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), Κινητές Μονάδες Υγείας (ΚΟΜΥ)	2.500.000,00 €
	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	1.200.000,00 €
	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας	1.500.000,00 €
		Σύνολο	5.200.000,00 €
Νότιο Αιγαίο	4.ια	Δ.5.20. Ενίσχυση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	5.500.000,00 €
	4.ια	Δ.5.21. Ενίσχυση λειτουργίας μονάδων ψυχικής υγείας	2.500.000,00 €
	4.ια	Δ.5.22. Ανάπτυξη κινητών μονάδων υγείας και ιατρικής φροντίδας στο σπίτι	1.500.000,00 €
	4.ια	Δ.5.23. Ενίσχυση λειτουργίας μονάδων αντιμετώπισης εξαρτήσεων και υποστήριξης ατόμων με εξαρτήσεις	1.500.000,00 €
	4.ια	Δ.5.24. Ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας με έμφαση σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (μετανάστες, Ρομά, ευάλωτα παιδιά)	800.000,00 €
		Σύνολο	11.800.000,00 €
Κρήτη	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	8.000.000,00 €
	4.ια	Ενίσχυση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	3.500.000,00 €
	4.ια	Ανάπτυξη Υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης (ΑΛΚΟΟΛ, ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΛΠ.)	4.200.000,00 €
		Σύνολο	15.700.000,00 €
Ιόνια Νησιά	4.ια	<ul style="list-style-type: none"> Ενίσχυση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤΟΜΥ) Ενίσχυση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Ανάπτυξη Υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης (ΑΛΚΟΟΛ, ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΛΠ.) 	6.500.000,00 €
		Σύνολο	6.500.000,00 €
Σύνολο ΕΚΤ+ ΠΕΠ			235.056.058,00 €
Σύνολο ΕΚΤ+ στο ΕΠ ΑΔΚΣ			68.119.112,00 €
Σύνολο ΕΚΤ+			303.175.170,00 €

Ειδικότερα για τους παραπάνω διαθέσιμους πόρους ΕΚΤ στα ΠΕΠ στον Τομέα της Υγείας, ενδέχεται να υπάρχουν αποκλίσεις λόγω μη ακριβούς προσδιορισμού/αναλογίας των διαθεσίμων πόρων στον τομέα της Υγείας, στο πεδίο παρέμβασης 4.ια.

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται ενδεικτικά οι διαθέσιμοι πόροι έργων Υγείας των ΠΕΠ για το ΕΠ 2021-2027 σε δράσεις ΕΤΠΑ, όπως έχουν υποβληθεί προς έγκριση προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Πίνακας 11 Ενδεικτικοί διαθέσιμοι πόροι με όρους κοινοτικής συνδρομής έργων Υγείας των ΠΕΠ για το ΕΠ 2021-2027 σε δράσεις ΕΤΠΑ

Α/Α ΠΡ	Πρόγραμμα (συντ.)	ΣΠ	Στόχος πολιτικής	Ταμείο	Κατηγορία περιφέρειας	Ειδικός στόχος	Κωδικός	Ποσό (EUR)	Τίτλος Πεδίου Παρέμβασης
10	ΗΠΕΙΡΟΣ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	1.ii	19	425.000	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
15	ΙΟΝΙΑ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	1.ii	19	1.637.548	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
19	Ν.ΑΙΓ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	1.ii	19	500.000	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
16	Β.ΑΙΓ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	1.ii	19	425.000	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
14	ΠΕΛ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	1.ii	19	1.000.000	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
2	ΨΗΜΕΤ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	1.ii	19	5.226.737	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
2	ΨΗΜΕΤ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	1.ii	19	29.145.773	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
18	ΑΤΤΙΚΗ	1	ΣΠ1	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	1.ii	19	5.000.000	Υπηρεσίες και εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας
10	ΗΠΕΙΡΟΣ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	6.375.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
10	ΗΠΕΙΡΟΣ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	6.375.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
8	Κ.ΜΑΚ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	15.300.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
8	Κ.ΜΑΚ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	59.500.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
7	ΑΜΘ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	8.500.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας

A/A ΠΡ	Πρόγραμμα (συντ.)	ΣΠ	Στόχος πολιτικής	Ταμείο	Κατηγορία περιφέρειας	Ειδικός στόχος	Κωδικός	Ποσό (EUR)	Τίτλος Πεδίου Παρέμβασης
									υγείας
7	ΑΜΘ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	11.647.514	Υγειονομικός εξοπλισμός
7	ΑΜΘ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	130	1.700.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον τομέα της υγείας
7	ΑΜΘ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	132	2.550.000	Κρίσιμος εξοπλισμός και προμήθειες απαραίτητες για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης
15	ΙΟΝΙΑ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	5.100.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
15	ΙΟΝΙΑ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	2.805.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
15	ΙΟΝΙΑ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	130	595.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον τομέα της υγείας
17	ΚΡΗΤΗ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	6.800.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
17	ΚΡΗΤΗ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	10.200.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
17	ΚΡΗΤΗ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	130	1.700.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον τομέα της υγείας
19	Ν.ΑΙΓ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	4.v	128	2.250.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
19	Ν.ΑΙΓ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	4.v	129	1.100.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
19	Ν.ΑΙΓ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	4.v	130	400.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον τομέα της υγείας
19	Ν.ΑΙΓ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	4.v	131	250.000	Ψηφιοποίηση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης
13	ΣΤΕΡΕΑ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	10.000.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας

A/A ΠΡ	Πρόγραμμα (συντ.)	ΣΠ	Στόχος πολιτικής	Ταμείο	Κατηγορία περιφέρειας	Ειδικός στόχος	Κωδικός	Ποσό (EUR)	Τίτλος Πεδίου Παρέμβασης
									υγείας
13	ΣΤΕΡΕΑ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	5.000.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
13	ΣΤΕΡΕΑ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	130	2.000.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον τομέα της υγείας
13	ΣΤΕΡΕΑ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	132	1.000.000	Κρίσιμος εξοπλισμός και προμήθειες απαραίτητες για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης
11	Δ.ΕΛΛ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	5.100.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
11	Δ.ΕΛΛ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	10.200.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
16	Β.ΑΙΓ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	8.500.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
16	Β.ΑΙΓ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	4.250.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
16	Β.ΑΙΓ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	130	1.700.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον τομέα της υγείας
14	ΠΕΛ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	4.000.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
14	ΠΕΛ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	5.000.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
18	ΑΤΤΙΚΗ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	4.v	128	10.000.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
18	ΑΤΤΙΚΗ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	4.v	129	25.000.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
12	Δ.ΜΑΚ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	9.775.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
12	Δ.ΜΑΚ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	129	7.225.000	Υγειονομικός εξοπλισμός
9	ΘΕΣ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	128	19.550.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
9	ΘΕΣ	4	ΣΠ4_ΕΤΠΑ	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	4.v	130	850.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον

A/A ΠΡ	Πρόγραμμα (συντ.)	ΣΠ	Στόχος πολιτικής	Ταμείο	Κατηγορία περιφέρειας	Ειδικός στόχος	Κωδικός	Ποσό (EUR)	Τίτλος Πεδίου Παρέμβασης
									τομέα της υγείας
7	ΑΜΘ	5	ΣΠ5	ΕΤΠΑ	Λιγότερο ανεπτυγμένες	5.ii	130	850.000	Κινητά περιουσιακά στοιχεία στον τομέα της υγείας
19	Ν.ΑΙΓ	5	ΣΠ5	ΕΤΠΑ	Μετάβασης	5.ii	128	1.050.000	Υποδομές στον τομέα της υγείας
Σύνολο:								317.557.572	

Βιβλιογραφία

- “1η ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ για το σχεδιασμό του νέου Εταιρικού Συμφώνου για το Πλαίσιο Ανάπτυξης: ΕΣΠΑ 2021-2027 στο πλαίσιο του αναπτυξιακού προγραμματισμού”. Υπουργείο Οικονομίας & Ανάπτυξης. Ιούλιος 2019
- “2η ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ για την προετοιμασία του σχεδιασμού των Προγραμμάτων 2021-2027.” Υπουργείο Ανάπτυξης και Επενδύσεων. Νοέμβριος 2020.
- “2030 Digital Compass: the European way for the Digital Decade - EU4Digital.” *EU4Digital*. 2021. <https://eufordigital.eu/library/2030-digital-compass-the-european-way-for-the-digital-decade/>
- “Availability of CT and MRI Units in Hospitals.” *Ec.europa.eu*, ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210702-2
- “Body Mass Index (BMI) by Sex, Age and Country of Birth.” *Database - Eurostat*, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database/>
- “Country Report Greece 2019.” *Europa.eu*, 2019, https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/2019-european-semester-country-report-greece_en.pdf
- “Country Report Greece 2020.” *Europa.eu*, 2020, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020SC0507&from=EN>
- “EU4Health 2021-2027 – a Vision for a Healthier European Union.” *Δημόσια υγεία - European Commission*, 27 May 2020, ec.europa.eu/health/funding/eu4health_el
- “Greece. Profile of health and well-being (2016)”. *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* <https://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/greece.-profile-of-health-and-well-being-2016>
- “Health care use - Magnetic resonance imaging (MRI) exams - OECD Data” *OECD* <https://data.oecd.org/healthcare/magnetic-resonance-imaging-mri-exams.htm>
- “Health Resources - Doctors - OECD Data.” *OECD*, 2019, data.oecd.org/healthres/doctors.htm
- “Healthcare Expenditure Statistics.” *Ec.europa.eu*, ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics
- “Healthy life years statistics - Statistics Explained.” *Ec.europa.eu*. 2021 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics
- “Horizon 2020 Εν συντομία.” *Έρευνα και Καινοτομία. Ευρωπαϊκή Επιτροπή*, https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/default/files/H2020_EL_KI0213413ELN.pdf
- “International Trade in Medicinal and Pharmaceutical Products.” *Ec.europa.eu*, ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_trade_in_medicinal_and_pharmaceutical_products&oldid=396501

“Mortality and life expectancy statistics - Statistics Explained.” *Ec.europa.eu*. 2021
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics

“One in five people in the EU at risk of poverty or social exclusion.” *Ec.europa.eu*. 2021
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20211015-1>

“Population projections in the EU - Statistics Explained.” *Ec.europa.eu*. 2021.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=People_in_the_EU_-_population_projections&oldid=497115#Population_projections_by_country

“Rates by Country- Consumption of Antibacterials for Systemic Use (ATC Group J01) in the Community (Primary Care Sector) in Europe, Reporting Year 2019.” *European Centre for Disease Prevention and Control*,
www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/rates-country

“Self-Reported Screening — Proportion of People Aged 50 to 74 Years Having Had a Colorectal Cancer Screening Test within the Specified Time Periods, 2014.” *Ec.Europa.eu*,
[ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Self-reported_screening_%E2%80%94_proportion_of_people_aged_50_to_74_years_having_had_a_colorectal_cancer_screening_test_within_the_specified_time_periods,_2014_\(%25\)_Health20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Self-reported_screening_%E2%80%94_proportion_of_people_aged_50_to_74_years_having_had_a_colorectal_cancer_screening_test_within_the_specified_time_periods,_2014_(%25)_Health20.png)

“The 2021 Ageing Report ISSN 2443-8014 (online) Underlying Assumptions & Projection Methodologies.” *Ec.europa.eu*. 2021.
https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip142_en.pdf

“Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review.” *Francis-Oliviero, Florence, et al. Revista Panamericana de Salud Pública* 44 (2020).

“Unmet health care needs statistics - Statistics Explained.” *Ec.europa.eu*. 2021.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care

“Βίβλος Ψηφιακού Μετασχηματισμού 2020-2025.”,
digitalstrategy.gov.gr

“Γεννήσεις - ELSTAT.” *Ελληνική Στατιστική Αρχή - ELSTAT*,
www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO03/-

“Δημογραφικοί Δείκτες- ELSTAT.” *Ελληνική Στατιστική Αρχή - ELSTAT*,
www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/DKT75/-

“Ειδική έκθεση αριθ. 23/2018: Ατμοσφαιρική ρύπανση: Η προστασία της υγείας μας παραμένει ανεπαρκής.” *Op.europa.eu*,
op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/air-quality-23-2018/el/

“Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα Γεγονότα & Στοιχεία 2018”. IOBE.

[RES_05_A_22042019_REP_GR.PDF](#)

“Πληθυσμός Και Κοινωνικές Συνθήκες - ELSTAT.” Ελληνική Στατιστική Αρχή - ELSTAT,
<https://www.statistics.gr/statistics/pop>

“Προγράμματα Εδαφικής Συνεργασίας.” ΕΣΠΑ 2014-2020,
www.espa.gr/el/pages/staticTerritorialCoopOP.aspx

“Προγραμματική Περίοδος 2021-2027 – Interreg.” INTERREG,
interreg.gr/programming-period-2021-2027/

“Προγραμματική Περίοδος 2021-2027 Προτάσεις Στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας.” Υπουργείο Υγείας.
Οκτώβριος 2019.