

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*ΤΟ ΤΡΙΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ*

*ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ 2014 – 2020 ΤΗΣ ΕΕ.*

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΜΑΝΤΖΟΥ ΚΙΛΙΚΙΑ ΑΜ: 2007081

ΜΠΙΛΙΑ ΕΛΕΝΑ ΑΜ: 2007103

ΜΩΡΑΪΤΟΥ ΙΩΑΝΝΑ ΑΜ: 2007027

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΟΥΝΤΑΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2014

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μας **κ. Κωνσταντίνο Τσουντα**, για την πολύτιμη καθοδήγησή του. Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας για την γνώση που τόσο απλόχερα μας παρείχαν.

Επιπρόσθετα, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στην οικογένεια μας που μας συμπαράσταθηκαν σε όλα τα χρόνια της φοίτησης μας στο Τ.Ε.Ι Πελοποννήσου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του Τρίτου Προγράμματος Δράσης για την Υγεία αναφορικά με τις αρχές και τους στόχους που καλείται να εκπληρώσει.

Η μελέτη ξεκινάει με μια σύνδεση με το παρελθόν της δημόσιας υγείας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσα από την παρουσίαση των κυριότερων ευρωπαϊκών συνθηκών που είχαν ως επίκεντρό τους τον συγκεκριμένο τομέα, ενώ γίνεται αναφορά και στις δράσεις που προηγήθηκαν του τρίτου προγράμματος προκειμένου ο αναγνώστης να διαπιστώσει με ποιον τρόπο φτάσαμε στην πραγμάτωση του προγράμματος δράσης που μελετάμε. Στη συνέχεια γίνεται μια παρουσίαση του σχεδίου δράσης για την ανάπτυξη στην υγεία, έτσι όπως αυτό αποτυπώνεται στο επίσημο έγγραφο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και μια σχετική ανάλυση των αρχών και των παραμέτρων που αναφέρονται μέσα στο πρόγραμμα δράσης. Στο πλαίσιο αυτό, επιχειρείται και μια τοποθέτηση των προτάσεων που εμπεριέχονται μέσα στο κείμενο της πρότασης για την ανάπτυξη της υγείας αναφορικά με το ισχύον καθεστώς που επικρατεί στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Τελειώνοντας, γίνεται αναφορά στο μέλλον της υγείας στη χώρα μας με την εφαρμογή των ιδεών του προγράμματος για την υγεία.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>	<b>i</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>ii</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	<b>iii</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΩΣ ΦΤΑΣΑΜΕ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ</b>	<b>4</b>
1.1 Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη και δημόσια υγεία	4
1.2 Η δημόσια υγεία στη συνθήκη του Μάαστριχτ	5
1.3 Η δημόσια υγεία στη Συνθήκη Λειτουργίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης	7
1.4 Δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ</b>	<b>17</b>
2.1 Γενικά	17
2.2 Η προτεραιότητα του επιπέδου υγείας	18
2.3 Η επικαιροποίηση της πολιτικής υγείας	19
2.4 Το πρόγραμμα «Υγεία για την ανάπτυξη» (2014-2020)	21
2.4.1 Συνδυασμός με άλλες δράσεις	22
2.4.2 Στόχοι του προγράμματος	24
2.4.3 Δράση σε επίπεδο Κρατών	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ</b>	<b>34</b>
3.1 Τα νέα στοιχεία του Προγράμματος Δράσης	35

<b>3.2</b>	<b>Προτάσεις για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος</b>	<b>37</b>
3.2.1	Κράτη και δημόσια υγεία	37
3.2.2	Πρόσβαση των πολιτών στην υγεία	40
3.2.3	Διατήρηση της υγείας και πρόληψη νόσων	43
3.2.4	Προστασία από διασυννοριακές απειλές για την υγεία	44
<b>3.3</b>	<b>Η εφαρμογή του προγράμματος</b>	<b>46</b>
<b>3.4</b>	<b>Έλεγχος του προγράμματος και αξιολόγηση αυτού</b>	<b>48</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΕ</b>		
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ</b>		
		<b>51</b>
<b>4.1</b>	<b>Γενική θεώρηση της κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα</b>	<b>51</b>
<b>4.2</b>	<b>Τα προβλήματα του τομέα της υγείας στην Ελλάδα</b>	<b>53</b>
<b>4.3</b>	<b>Εφαρμογή του προγράμματος δράσης για την υγεία στην Ελλάδα</b>	<b>58</b>
<b>4.4</b>	<b>Η ελληνική εφαρμογή του προγράμματος δράσης</b>	<b>60</b>
4.4.1	Το ελληνικό σχέδιο δράσης για την υγεία	61
4.4.1.1	Πυλώνας 1: Βιωσιμότητα του συστήματος υγείας	61
4.4.1.2	Πυλώνας 2: Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο	69
4.4.1.3	Πυλώνας 3: Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα υγείας	75
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Η υγεία στην Ελλάδα με το πρόγραμμα δράσης</b>		
		<b>78</b>
<b>5.1</b>	<b>Αντί εισαγωγής</b>	<b>78</b>
<b>5.2</b>	<b>Τα χαρακτηριστικά της υγείας στην Ελλάδα</b>	<b>80</b>
<b>5.3</b>	<b>Η υγεία στην Ελλάδα της κρίσης</b>	<b>82</b>
<b>5.4</b>	<b>Υγεία στην Ελλάδα και Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης</b>	<b>87</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>		
		<b>91</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>		
		<b>93</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τα αρχαία χρόνια είναι γνωστό πως η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό για την ανθρώπινη ύπαρξη, καθώς δεν η τήρησή της δεν αποτελεί μέλημα αποκλειστικά του ίδιου του ατόμου ως οντότητα, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι.

Όπως όλοι οι τομείς που διέπουν την ορθή λειτουργία του κοινωνικού συνόλου, έτσι και η υγεία υπόκειται σε συνεχείς αλλαγές, προκειμένου να γίνει όσο το δυνατόν περισσότερο προσβάσιμη από τους πολίτες, και να μπορέσει ταυτόχρονα να προσφέρει όλες εκείνες τις υπηρεσίες που αποτελούν προϋπόθεση για τη σωστή διαβίωσή τους. Η επικαιροποίηση της υγείας λοιπόν, ανάλογα με τις καταστασιακές συγκυρίες που λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα κράτος, αποτελεί βασικό άξονα για την παροχή όσο το δυνατόν καλύτερων υπηρεσιών και συνθηκών υγείας.

Στην παρούσα εργασία θα μελετήσουμε σε μεγάλο βαθμό το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία. Πιο συγκεκριμένα, αντικείμενο της μελέτης μας θα αποτελέσει η ανάλυση των αρχών και των στόχων που οι δημιουργοί του επιθυμούν αυτό να επιτελέσει. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε πως το συγκεκριμένο πλαίσιο δράσης είναι μια προσπάθεια ανταπόκρισης στην ανάγκη ενίσχυσης των προσπαθειών που καταβάλλουν τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών και την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας ως φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας γίνεται μια σύνδεση με το παρελθόν της δημόσιας υγείας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσα από την παρουσίαση των κυριότερων ευρωπαϊκών συνθηκών που είχαν ως επίκεντρό τους τον

συγκεκριμένο τομέα, ενώ γίνεται αναφορά και στις δράσεις που προηγήθηκαν του τρίτου προγράμματος προκειμένου ο αναγνώστης μας να διαπιστώσει με ποιον τρόπο φτάσαμε στην πραγμάτωση του προγράμματος δράσης που μελετάμε. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια παρουσίαση του σχεδίου δράσης για την ανάπτυξη στην υγεία, έτσι όπως αυτό αποτυπώνεται στο επίσημο έγγραφο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σκοπός μας είναι να φέρουμε τον αναγνώστη σε μια πρώτη επαφή με το αντικείμενο της μελέτης μας προκειμένου να κατανοήσει το περιεχόμενό της αλλά και να γνωρίσει τις αρχές και τους στόχους που πρέπει να επιτελέσει. Το τρίτο κεφάλαιο της εργασίας χαρακτηρίζεται από την ποιότητα της διεισδυτικότητας καθώς σε αυτό υπάρχει μια σχετική ανάλυση των αρχών και των παραμέτρων που αναφέρονται μέσα στο πρόγραμμα δράσης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της μελέτης μας επιχειρείται μια τοποθέτηση των προτάσεων που εμπεριέχονται μέσα στο κείμενο της πρότασης για την ανάπτυξη της υγείας αναφορικά με το ισχύον καθεστώς που επικρατεί στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, γίνεται μια προσπάθεια διερεύνησης του εάν η πρόταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης μπορεί να εφαρμοστεί στο ελληνικό σύστημα υγείας και με ποιες μεθόδους. Το πέμπτο, και τελευταίο, κεφάλαιο της εργασίας μας είναι αφιερωμένο στο μέλλον της υγείας στη χώρα μας με την εφαρμογή των ιδεών του προγράμματος για την υγεία. Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε πως λειτουργεί ως έκθεση των συμπερασμάτων που εξαγάγαμε από τα πορίσματα που εκτέθηκαν στο τρίτο κεφάλαιο αυτής. Η όλη εργασία μας κλείνει με την παράθεση των συνολικών συμπερασμάτων που αποκομίσαμε από την εξέταση του θέματός μας.

Καμία εργασία δεν πραγματοποιείται χωρίς να υπάρχουν ορισμένοι ερευνητικοί σκοποί που πρέπει να επιτευχθούν. Στην περίπτωση αυτής της εργασίας σκοπός δεν απετέλεσε μόνο η μελέτη του Τρίτου Προγράμματος Δράσης για την Υγεία. Στόχος

αυτής είναι να δοθούν απαντήσεις και σε ορισμένα ζητήματα που ανέκυψαν κατά τη διάρκεια της μελέτης του αντικειμένου όπως είναι η εξέταση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που αποτελούν χαρακτηριστικά της φύσης μιας ενιαίας ευρωπαϊκής πολιτικής, οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει μια πιθανή εφαρμογή των αρχών του σχεδίου δράσης σε μια εθνική πολιτική υγείας, σαν αυτή που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, αλλά και οι μεταβολές που είναι πιθανόν να επέλθουν σε αυτή μετά το πέρας της εφαρμογής των προτάσεων του σχεδίου.

Τέλος, οφείλουμε να κάνουμε μια σύντομη αναφορά στη μεθοδολογική διαδικασία που ακολουθήθηκε κατά την εκπόνηση της εργασίας. Η μελέτη μας βασίστηκε κατά κύριο λόγο στην βιβλιογραφική επισκόπηση και στην αναφορά σε δημόσια έγγραφα σχετικά με το αντικείμενο της μελέτης μας, θέλοντας με αυτό τον τρόπο να δημιουργήσουμε ένα απόλυτα τεκμηριωμένο κείμενο. Δευτερευόντως, έγινε χρήση και υλικού που αναζητήθηκε μέσω του διαδικτύου το οποίο αφορά κυρίως δημοσιογραφικά κείμενα και απόψεις που έχουν εκφραστεί κατά καιρούς για το υπό μελέτη θέμα. Κλείνοντας, θα πρέπει να αναφέρουμε πως, επειδή το θέμα της εργασίας μας είναι σχετικά σύγχρονο, δεν είχαμε τη δυνατότητα να ανατρέξουμε σε μια ευρεία βιβλιογραφία που θα μας επέτρεπε να αποτυπώσουμε και άλλες διαστάσεις του θέματος.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΩΣ ΦΤΑΣΑΜΕ ΣΤΟ ΤΡΙΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Από την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ) ο τομέας της δημόσιας υγείας απασχόλησε σε μεγάλο βαθμό τις όποιες δραστηριότητες της, με αποτέλεσμα να συμπεριλαμβάνεται στην πλειοψηφία των συνθηκών που συντάχθηκαν και υπογράφηκαν κατά καιρούς από τα κράτη-μέλη που την απαρτίζουν, δείχνοντας με αυτό τον τρόπο ότι η Ένωση μεριμνά σε μεγάλο βαθμό για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας με το προαναφερθέν πεδίο να βρίσκεται ψηλά στην ατζέντα των ιδυόντων για τη λειτουργία της.

### 1.1 Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη και δημόσια υγεία

Η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη υπογράφηκε στο Λουξεμβούργο στις 17 Φεβρουαρίου 1986 από εννέα κράτη-μέλη και στις 28 Φεβρουαρίου 1986 από τη Δανία, την Ιταλία και την Ελλάδα και αποτελεί την πρώτη μεγάλης σημασίας τροποποίηση της συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ)<sup>1</sup>. Μέσα στη συγκεκριμένη θεσμική πράξη περιλαμβάνεται και το άρθρο 130 που σχετίζεται με την πολιτική που θα ακολουθούσαν τα μέλη στον τομέα του περιβάλλοντος και στο οποίο εμμέσως διατυπώνεται μια πρώτη αναφορά στη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με αυτό το άρθρο η τότε κοινότητα έθετε ως στόχο στο πεδίο του περιβάλλοντος, πέρα από τη διατήρηση, την προστασία, τη βελτίωση της ποιότητάς του, την εξασφάλιση συνετής και ορθολογικής χρησιμοποίησης των φυσικών

---

<sup>1</sup> Από την ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης [http://europa.eu/legislation\\_summaries/institutional\\_affairs/treaties/treaties\\_single\\_act\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/treaties_single_act_el.htm), ανακτήθηκε την 02/04/2014.

πόρων και τη συμβολή στην προστασία της υγείας των προσώπων. Ειδικότερα, η δράση της κοινότητας στον τομέα του περιβάλλοντος στηριζόταν στις αρχές της προληπτικής δράσης και προϋπέθετε τη συνεργασία της Κοινότητας και των κρατών-μελών της με τρίτες χώρες και με αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς. Θα πρέπει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο πως η διάταξη αυτή της κοινότητας δεν επιβάλλει από μόνη της τις δράσεις που θα πραγματοποιήσει κάθε χώρα-μέλος της κοινότητας για την πραγμάτωση της συγκεκριμένης διάταξης, αλλά δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές που θα πρέπει να ακολουθήσουν για την επίτευξη αυτού του στόχου. Όπως χαρακτηριστικά βρίσκουμε μέσα στο κείμενο της Πράξης, η διατύπωση για τη συνεργασία της Κοινότητας και των μελών της με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανισμούς *δεν θίγει την αρμοδιότητα των κρατών μελών να διαπραγματεύονται στα πλαίσια διεθνών οργάνων και να συνάπτουν διεθνείς συμφωνίες*. Με λίγα λόγια, η Κοινότητα δεν δεσμεύει τα μέλη της αναφορικά με την υιοθέτηση των κοινοτικών διατάξεων στο εσωτερικό τους δίκαιο, ενώ τους δίνει το ελευθέρως να πράξουν κατά βούληση προκειμένου να πετύχουν τους στόχους που αυτή έχει θέσει στο συγκεκριμένο πεδίο<sup>2</sup>.

## **1.2 Η δημόσια υγεία στη συνθήκη του Μάαστριχτ**

Συνέχεια της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης υπήρξε η συνθήκη του Μάαστριχτ, η οποία υπεγράφη στις 7 Φεβρουαρίου 1992 και τέθηκε σε ισχύ την 1η Νοεμβρίου 1993. Στη συγκεκριμένη συνθήκη η δημόσια υγεία καταλαμβάνει ένα ξεχωριστό και αυτόνομο κομμάτι, το

---

<sup>2</sup> βλ. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, “Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη”, ημερομηνία δημοσίευσης 29/6/1987, ανάκτηση από τον ιστότοπο [http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:7734bd6d-1870-4310-9b8c-db6214b1918d.0007.01/DOC\\_1&format=PDF](http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:7734bd6d-1870-4310-9b8c-db6214b1918d.0007.01/DOC_1&format=PDF). ανακτήθηκε την 02/04/2014.

οποίο είναι αποδεδειγμένο από οποιοδήποτε άλλη πολιτική που θα εφαρμοζόταν εντός της Ένωσης. Με λίγα λόγια, η συνθήκη του Μάαστριχτ εισάγει μια καθαρή πολιτική για τη δημόσια υγεία, χωρίς να παρεμβάλλεται κάποιος άλλος παράγοντας, όπως συνέβη με την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη όπου η δημόσια υγεία λογαριάστηκε ως παράμετρος της πολιτικής για το περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα, με το άρθρο 129 της προαναφερθείσας συνθήκης, δηλώνεται ρητά πως η Κοινότητα συμβάλλει προκειμένου να εξασφαλιστεί υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου, κάτι που μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της ενθάρρυνσης της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών και της υποστήριξης της δράσης τους σε αυτό τον τομέα, αν είναι απαραίτητο. Η δράση της Κοινότητας αφορά την πρόληψη των ασθενειών και ιδίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται και η τοξικομανία, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών και των τρόπων μετάδοσής τους καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση των πολιτών των κρατών-μελών της Ένωσης στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, γίνεται σαφές πως τα κράτη-μέλη είναι εκείνα που συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματα τους, ενώ η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη-μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού. Ειδικότερα, η Επιτροπή είναι υπεύθυνη για τη θέσπιση δράσεων ενθάρρυνσης, χωρίς ωστόσο να εναρμονίζει τις νομοθετικές και κανονιστικές διατάξεις των κρατών-μελών, κάτι που σημαίνει ότι τα κράτη-μέλη είναι υπεύθυνα για τη χάραξη των στρατηγικών που θα ακολουθήσουν και οι οποίες θα είναι βασισμένες πάνω στους άξονες που έχουν οριστεί από την Ένωση. Το μόνο καθήκον από πλευράς της Ένωσης είναι να διατυπώνει

συστάσεις, βασισμένες πάντοτε στην αρχή της πλειοψηφίας, κάτι που καταδεικνύει την ουδέτερη και μετριοπαθή στάση που κρατούν τα όργανά της επί των θεμάτων αυτών<sup>3</sup>.

### 1.3 Η δημόσια υγεία στη Συνθήκη Λειτουργίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η δημόσια υγεία βρίσκεται στο επίκεντρο και της ενοποιημένης απόδοσης της Συνθήκης για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έτσι όπως αυτή διακηρύχθηκε στις 7 Δεκεμβρίου 2000. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 168 της προαναφερθείσας συνθήκης, δηλώνεται και πάλι με ρητό τρόπο πως κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται η υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Ένωσης, η οποία σημειωτέον συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, καθώς επίσης και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές που μπορεί αυτή να λάβει αλλά και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου που πιθανώς να εκθέσουν τη σωματική και ψυχική υγεία. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στο κείμενο της συνθήκης *η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας καθώς και την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση τέτοιων απειλών και την*

---

<sup>3</sup> βλ. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, “Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (92/C 191/01)”, ημερομηνία δημοσίευσης 29/7/1992, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:11992M/TXT&pid=4>, ανακτήθηκε την 02/04/2014.

καταπολέμησή τους. Με λίγα λόγια, η Ένωση επιχειρεί να καλύψει ένα ευρύ φάσμα πιθανοτήτων που μπορεί να βλάψουν σε μεγάλο βαθμό τη δημόσια υγεία αλλά και να προσφέρει στους πολίτες της την απαραίτητη ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση, απαραίτητα στοιχεία που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη πάσης φύσεως νοσημάτων.

Εκτός των προαναφερθέντων, η Ένωση ενθαρρύνει ιδιαίτερα τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών προκειμένου να υπάρξει βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές, ενώ τα κράτη-μέλη συντονίζουν μεταξύ τους σε συνδυασμό με την Επιτροπή, η οποία αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση, τις πολιτικές και τα προγράμματα τους. Ταυτόχρονα, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο παραμένει πλήρως ενήμερο για τις δράσεις αυτές και μαζί με το Συμβούλιο, αποφασίζοντας σύμφωνα με τη συνήθη νομοθετική διαδικασία και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, και την Επιτροπή των Περιφερειών, μπορούν να θεσπίζουν μέτρα που θα ενθαρρύνουν τα κράτη-μέλη να δραστηριοποιηθούν για την προστασία και τη βελτίωση της υγείας του ανθρώπου, και ιδίως για την καταπολέμηση των σοβαρών ασθενειών που μπορούν να λάβουν διασυνοριακή διάσταση, την επαγρύπνηση κατά σοβαρών διασυνοριακών απειλών κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε παρόμοιες περιπτώσεις και την καταπολέμησή τους, καθώς και μέτρα για που έχουν ως άμεσο στόχο τους την προστασία της δημόσιας υγείας εκούσιες βλαβερές συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατάχρηση οινόπνευματων. Όπως

αναφέρεται στο κείμενο της Συνθήκης η δράση της Ένωσης αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι ευθύνες των κρατών μελών όσον αφορά τη διαμόρφωση της πολιτικής τους στον τομέα της υγείας, καθώς και την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης. Στις ευθύνες των κρατών μελών εμπίπτει η διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές, τονίζοντας για ακόμη μια φορά την προσωπική δράση των κρατών-μελών για την επίτευξη των στόχων που ορίζονται από τη συνθήκη αυτή<sup>4</sup>.

#### 1.4 Δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία

Στο πλαίσιο της δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ενήμερωση και τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας εντός των συνόρων της, πραγματοποιήθηκαν κατά καιρούς στοχευμένες δράσεις με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των παροχών υπηρεσιών δημόσιας υγείας προς τους πολίτες της. Χαρακτηριστικές δράσεις αποτελούν:

- **Η δράση “Ηλ-υγεία (ηλεκτρονική υγεία)”**

Το πρόγραμμα δράσης «ηλ-υγεία» έχει ως στόχο του την εισαγωγή των τεχνολογιών που σχετίζονται με τις πληροφορίες και τις επικοινωνίες (ΤΠΕ) προκειμένου να είναι εφικτή η καλύτερη παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ολόκληρη την Ευρώπη, που θα χαρακτηρίζεται από σταθερό ή μειούμενο κόστος, αλλά και από τη μείωση των χρόνων αναμονής και των σφαλμάτων. Όπως αναφέρεται στην ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η οποία σχετίζεται με τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη, στόχος του προγράμματος δράσης είναι η

---

<sup>4</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Ένωση (2010), *Ενοποιημένες Συνθήκες. Χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σελ. 122-124



δημιουργία «ευρωπαϊκού χώρου ηλ-υγείας» και η καταγραφή των πρακτικών μέτρων που απαιτούνται για την υλοποίησή του με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής στη συνταγογράφηση, στους ηλεκτρονικούς φακέλους ασθενών, στην ταυτοποίηση των ασθενών και στις κάρτες υγείας, και με την επιτάχυνση της εισαγωγής του ευρυζωνικού Διαδικτύου στα συστήματα υγείας. Ο απόλυτος στόχος είναι στο τέλος της δεκαετίας η ηλ-υγεία να έχει ενταχθεί στις συνήθειες των επαγγελματιών της υγείας, των ασθενών και των πολιτών. εντάσσεται στη στρατηγική που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος δράσης eEurope της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο αποβλέπει να θέσει στη διάθεση όλων των πολιτών της Ευρώπης τα πλεονεκτήματα που συνδέονται με την κοινωνία των πληροφοριών. Με λίγα λόγια, ο στόχος του προγράμματος είναι η αξιοποίηση του συστήματος και των υπηρεσιών που μετέχουν ενεργά στην παροχή υπηρεσιών υγείας και η αναγωγή τους σε ένα νέο πλαίσιο, έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών<sup>5</sup>.

**• Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008)**

Το πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008) αποτελεί τον πρώτο πρόδρομο του Τρίτου Προγράμματος Δράσης για την Υγεία (2014-2020) και εκπονήθηκε προκειμένου να κατευθύνει τα κράτη-μέλη της Ένωσης στη δημιουργία και επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τις αρχές του συγκεκριμένου προγράμματος δράσης, για την επίτευξη αυτού του στόχου γίνεται μια στροφή στην πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με την υγεία, στην ικανότητα αντίδρασης της Κοινότητας σε ενδεχόμενες απειλές για την υγεία, καθώς και στην πρόληψη

---

<sup>5</sup> βλ. Ιστοσελίδα της Ε.Ε. για τη δημόσια υγεία στον ιστότοπο [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/124226f\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/124226f_el.htm). ανακτήθηκε την 02/04/2014.

των νόσων και μολύνσεων. Σημειώνεται μάλιστα πως το παρόν πρόγραμμα δράσης είναι ένα συνολικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει επιμέρους προγράμματα αναφορικά με την προαγωγή της υγείας, τον καρκίνο, το AIDS και ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες, την τοξικομανία, την επιτήρηση της υγείας και τις ασθένειες που οφείλονται στη ρύπανση του περιβάλλοντος, την πρόληψη των τραυματισμών και τις σπάνιες ασθένειες.

Όπως βρίσκουμε στην ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία, το πρόγραμμα αποτελεί ένα θεμελιώδες στοιχείο της στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στον τομέα της υγείας και επικεντρώνεται στην πραγμάτωση στόχων και ενεργειών όπως είναι η βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και των συστημάτων υγείας μέσα από τη δημιουργία ενός συνεκτικού συστήματος συλλογής, ανάλυσης και αξιολόγησης πληροφοριών και γνώσεων που στόχο θα έχει την ενημέρωση, την παροχή συμβουλών και τη διάδοση πληροφοριών σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων του κοινού, των αρμόδιων αρχών και των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, το πρόγραμμα δράσης στοχεύει στην ενίσχυση της ικανότητας ταχείας αντίδρασης και κατά συντονισμένο τρόπο στις απειλές για την υγεία που συνιστούν οι διασυνοριακές απειλές μέσα από την ανάπτυξη και την παροχή ενίσχυσης και υποστήριξης στην ικανότητα, τη λειτουργία και τη διασύνδεση των μηχανισμών παρακολούθησης, έγκαιρης προειδοποίησης και ταχείας αντίδρασης, αλλά και στην αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας μέσα από δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας που συνοδεύονται από ενέργειες και ειδικά μέσα μείωσης και εξάλειψης των κινδύνων. Πέρα από τα προαναφερθέντα μέτρα στα πλαίσια του προγράμματος περιλαμβάνεται η εκπόνηση ενός ετήσιου προγράμματος εργασίας που αποτελείται από συγκεκριμένους στόχους και ενέργειες και η



εκπόνηση δεικτών υγείας και το οποίο θα είναι συνδεδεμένο και με άλλα παρεμφερή κοινοτικά προγράμματα και πρωτοβουλίες<sup>6</sup>.

**• Το δεύτερο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013)**

Το δεύτερο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας, γνωστό και ως “Λευκή Βίβλος: Μαζί για την υγεία” βασίζεται στα αποτελέσματα του προηγούμενου προγράμματος δράσης και κατευθύνεται προς την υλοποίηση του ίδιου με εκείνο σκοπού που δεν είναι άλλο από τη διασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας και της ασφάλειας των ευρωπαϊών πολιτών. Ως γνωστόν, η πολιτική υγείας σε κοινοτικό επίπεδο πρέπει να στοχεύει στην προαγωγή της καλής υγείας, στην προστασία των πολιτών από τους κινδύνους και στη στήριξη της αειφορίας και προκειμένου να αντιμετωπίσει τις σημαντικές προκλήσεις που παρουσιάζονται στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκής Ένωσης, το στρατηγικό σχέδιο δράσης για την υγεία που θα εφαρμοζόταν κατά την πενταετία 2008-2013 θα υλοποιείτο μέσα από την επίτευξη τριών στόχων όπως είναι:

- η προαγωγή της καλής υγείας προκειμένου να υπάρξει μια μετέπειτα “υγιής γήρανση” του πληθυσμού. Όπως αναφέρεται στο κείμενο της Λευκής Βίβλου *η βελτίωση της υγείας των παιδιών, των ενηλίκων παραγωγικής ηλικίας και των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας θα συμβάλει στη δημιουργία υγιούς, παραγωγικού πληθυσμού και θα προωθήσει την «υγιή γήρανση» σήμερα και στο μέλλον. Ομοίως, η «υγιής γήρανση» μπορεί να ενισχυθεί μέσω της ανάληψης δράσης για την προώθηση πιο υγιεινών τρόπων ζωής και τη μείωση επικίνδυνων συμπεριφορών καθώς και την πρόληψη και θεραπεία συγκεκριμένων ασθενειών, περιλαμβανομένων των*

---

<sup>6</sup> βλ. Ιστοσελίδα της Ε.Ε. για τη δημόσια υγεία στον ιστότοπο [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/c11503b\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/c11503b_el.htm), ανακτήθηκε την 02/04/2014.

γενετικών διαταραχών. Με λίγα λόγια, ο στόχος αυτός περιλαμβάνει την έννοια της πρόληψης στις νεαρότερες ηλικίες που θα έχει ως φυσικό επακόλουθο μια υγιή ζωή στην τρίτη ηλικία. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, οι εμπνευστές του προγράμματος δράσης προβάλλουν την ενεργό προώθηση της ανάπτυξης της επιστήμης της γηριατρικής, με ιδιαίτερη έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών. Επιπλέον, θεωρούν σημαντική και την ικανοποίηση των αναγκών για παρηγορητική αγωγή και καλύτερη κατανόηση των νευροεκφυλιστικών ασθενειών, όπως είναι η νόσος Αλτσχάιμερ. Ο στόχος αυτός μπορεί, κατά τους εμπνευστές της Λευκής Βίβλου, να πραγματοποιηθεί μέσα από διάφορες ενέργειες όπως είναι ο σχεδιασμός μέτρων προώθησης της υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και του εργατικού δυναμικού καθώς και ενεργειών για την προάσπιση της υγείας των παιδιών και των νέων, ο ορισμός νέων κατευθυντήριων γραμμών για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου και η δημιουργία ανακοίνωσης σχετικά με την ευρωπαϊκή δράση στον τομέα των σπάνιων ασθενειών, αλλά και η παρακολούθηση της ανακοίνωσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση, ενέργειες που βαρύνουν σε μεγάλο βαθμό την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ενώ ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενεργειών σχετικά με τον καπνό, τη διατροφή, το αλκοόλ, την ψυχική υγεία και άλλους ευρύτερους περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία είναι μια ενέργεια που μπορεί να πραγματοποιηθεί τόσο υπό την αιγίδα της Επιτροπής όσο και από τα κράτη-μέλη της Ένωσης.

- Η προστασία των πολιτών από τους κινδύνους για την υγεία. Κατά τους δημιουργούς του προγράμματος, η δράση σε κοινοτικό επίπεδο περιλαμβάνει την επιστημονική εκτίμηση κινδύνου, την ετοιμότητα και την αντιμετώπιση των επιδημιών και της βιοτρομοκρατίας, στρατηγικές για την αντιμετώπιση κινδύνων που απορρέουν από συγκεκριμένες ασθένειες και συνθήκες, δράση για τη

μείωση των ατυχημάτων και των τραυματισμών, μέσω της βελτίωσης της ασφάλειας των εργαζομένων, καθώς και ενέργειες για την ασφάλεια των τροφίμων και την προστασία των καταναλωτών. Με λίγα λόγια, τόσο η Επιτροπή - ίσως σε μεγαλύτερο βαθμό - όσο και τα κράτη-μέλη επιφορτίζονται με το καθήκον του σχεδιασμού ενός πλάνου αντιμετώπισης πιθανών μελλοντικών κινδύνων που θα περιλαμβάνουν δράσεις που θα στοχεύουν στην ενίσχυση των μηχανισμών παρακολούθησης και αντιμετώπισης των κινδύνων για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της εξέτασης του πεδίου των αρμοδιοτήτων του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων αλλά και στον καθορισμό παραμέτρων υγείας όσον αφορά την προσαρμογή στην αλλαγή του κλίματος.

- Η προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών. Όπως υπογραμμίζουν οι δημιουργοί του προγράμματος δράσης τα συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση δέχονται αυξανόμενη πίεση προκειμένου να ανταποκριθούν στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο τομέας της δημόσιας υγείας όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού, οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών, η μετανάστευση και η κινητικότητα των ασθενών και των επαγγελματιών του κλάδου της υγείας. Κατ' αυτούς οι νέες τεχνολογίες είναι ικανές να φέρουν την επανάσταση στη φροντίδα υγείας και τα συστήματα υγείας και να συμβάλουν στη μελλοντική τους βιωσιμότητα. Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά η ηλεκτρονική υγεία, η γονιδιωματική και οι βιοτεχνολογίες μπορούν να βελτιώσουν την πρόληψη των ασθενειών, την παροχή θεραπειών και να υποστηρίξουν τη στροφή από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να συμβάλει στην παροχή καλύτερης φροντίδας με επίκεντρο τον πολίτη καθώς και στη μείωση του κόστους και την ενίσχυση της διαλειτουργικότητας πέρα από τα εθνικά σύνορα, διευκολύνοντας την κινητικότητα των ασθενών και την ασφάλεια. Παρ' όλα αυτά, οι νέες τεχνολογίες

πρέπει να αξιολογούνται κατάλληλα από την άποψη, μεταξύ άλλων, της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και της ισοτιμίας, και πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ενδεχόμενες συνέπειές τους όσον αφορά την κατάρτιση και τις ικανότητες των επαγγελματιών του κλάδου της υγείας. Με λίγα λόγια, οι εμπνευστές της Λευκής Βίβλου προσδιορίζουν το μέλλον της δημόσιας υγείας βάσει των εξελίξεων που λαμβάνουν χώρα στο πεδίο της ηλεκτρονικής υγείας, την οποία και θεωρούν ως το επόμενο στάδιο στο χώρο της δημόσιας υγείας και ένας τέτοιος στόχος σαν αυτός που αναφέρθηκε παραπάνω μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από συγκεκριμένες ενέργειες όπως είναι η δημιουργία ενός κοινοτικού πλαισίου για ασφαλείς, υψηλού επιπέδου και αποδοτικές υπηρεσίες υγείας, η στήριξη των κρατών μελών και των περιφερειών για τη διαχείριση της καινοτομίας στα συστήματα υγείας και η προώθηση της εφαρμογής και της διαλειτουργικότητας των λύσεων ηλεκτρονικής υγείας στα συστήματα υγείας<sup>7</sup>.

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο, παρατηρούμε πως η διαφύλαξη και η προαγωγή της δημόσιας υγείας υπήρξε ένα από τα πρωταρχικά σημεία λειτουργίας και δραστηριοποίησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πάνω σε αυτά τα μοτίβα κινήθηκαν οι όποιες ενέργειες των οργάνων της αλλά και των κρατών-μελών για την επίτευξη αυτών των στόχων. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί και το χαρακτηριστικό της επικαιροποίησης που διακρίνεται μέσα από τις δράσεις, οι οποίες σχεδιάστηκαν και εκπονήθηκαν κατά καιρούς από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, χαρακτηριστικό που δείχνει την τάση εναρμόνισης των εκάστοτε πολιτικών της υγείας με τις ανάγκες της εποχής στην οποία

---

<sup>7</sup> βλ. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007), *Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013*, ανάκτηση από τον [ιστότοπο http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_el.pdf). ανακτήθηκε την 02/04/2014.

πραγματώθηκαν. Η Λευκή Βίβλος για την υγεία είναι ένα παράδειγμα αυτής της επικαιροποίησης και η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα πρωτοπόρο σχέδιο δράσης, πάντοτε σε σύγκριση με την εποχή που απευθύνεται, και το οποίο απετέλεσε μια πολύ καλή βάση για τον σχεδιασμό και την εκπόνηση του Τρίτου Σχεδίου Δράσης για την υγεία, δηλαδή την εξέλιξή του, την οποία και θα αναλύσουμε στη συνέχεια της εργασίας μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

### 2.1 Γενικά

Όπως διαβάζουμε στο κείμενο πρότασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου (2011<sup>2</sup>) σχετικά με το πλαίσιο δράσης για την υγεία τη χρονική περίοδο 2014-2020, ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους τομείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς αντιπροσωπεύει περίπου το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της ΕΕ και απασχολεί έναν στους δέκα εργαζόμενους, ενώ το ποσοστό των εργαζομένων με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης υπερβαίνει τον γενικό μέσο όρο<sup>8</sup>. Η υγεία λοιπόν αποτελεί έναν σημαντικό άξονα στην όλη ανάπτυξη και πρόοδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς καταλαμβάνει ένα σημαντικό μερίδιο του ΑΕΠ της αλλά και απασχολεί ένα μεγάλο αριθμό ατόμων σε αυτή.

Το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία δεν αποτελεί μια αποκλειστικά αυτόνομη κίνηση για την ενίσχυση της υγείας. Αποτελεί ένα κομμάτι μιας γενικότερης μεταρρύθμισης που επιχειρείται από την ίδια την Ευρωπαϊκή Ένωση αναφορικά με την απασχόληση, την εκπαίδευση, την έρευνα και την καινοτομία, την κοινωνική ένταξη, τη μείωση της φτώχειας και την κλιματική ενέργεια υπό τον τίτλο «Ευρώπη 2020». Όπως ισχυρίζονται οι εισηγητές του, η δεκαετής αναπτυξιακή στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης "Ευρώπη 2020" δεν είναι απλά ένα εργαλείο για την καταπολέμηση της κρίσης που εξακολουθεί να πλήττει πολλές από τις ευρωπαϊκές οικονομίες. Στοχεύει στην αντιμετώπιση των

---

<sup>8</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τη θέσπιση του προγράμματος «Υγεία για την Ανάπτυξη» του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020, Βρυξέλλες, σελ. 2



*ελλείψεων του αναπτυξιακού μας μοντέλου και στη δημιουργία των αναγκαίων συνθηκών για μια ανάπτυξη πιο έξυπνη, διατηρήσιμη και χωρίς αποκλεισμούς<sup>9</sup>.*

## **2.2 Η προτεραιότητα του επιπέδου υγείας**

Από όσα έχουμε εκθέσει παραπάνω, αλλά και από το γενικό νόημα της δημιουργίας και της αξίας του προγράμματος «Ευρώπη 2020», φαίνεται πως η διατήρηση και η βελτίωση του τομέα της υγείας στην Ευρώπη αποτελεί πρωταρχικής σημασίας σκοπό για τους φορείς που τη σχεδιάζουν και την επιτελούν. Διαβάζουμε στην ανακοίνωση της Επιτροπής για τον προϋπολογισμό του προγράμματος «Ευρώπη 2020» (2011<sup>1</sup>) πως η *προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» για μια έξυπνη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Η διατήρηση υγιών και ενεργών ανθρώπων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχει θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητα. Η καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη βοηθά στην αντιμετώπιση της πρόκλησης της βιωσιμότητας του τομέα στο πλαίσιο των δημογραφικών αλλαγών<sup>10</sup>.*

Με λίγα λόγια, και από όσα έχουμε εκθέσει μέχρι στιγμής, είναι εμφανές πως το πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη στην υγεία που θα λάβει χώρα κατά το χρονικό διάστημα 2014-2020 έχει στο επίκεντρό του τον άνθρωπο, καθώς δηλώνει πως η δική του ύπαρξη και διατήρηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη και την επέκταση της Ένωσης από την άποψη της ανταγωνιστικότητας και της παραγωγικότητας. Εν συντομία

---

<sup>9</sup> Από την ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το «Ευρώπη 2020» στον ιστότοπο [http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/index_el.htm), ανακτήθηκε την 08/04/2014.

<sup>10</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>1</sup>), Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών. Ένας προϋπολογισμός για την «Ευρώπη 2020». Μέρος 2<sup>ο</sup>: Δελτία Πολιτικής., Βρυξέλλες, σελ. 54

λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως ο άνθρωπος αποτελεί την κινητήριο δύναμη της δράσης, είτε αυτή ανάγεται στο ατομικό επίπεδο είτε στο συλλογικό.

Η δράση για την ανάπτυξη της υγείας που μπορεί να συντελεστεί ανάμεσα στο 2014 και το 2020 έχει μια διαφορετική «απόχρωση» από τις υπόλοιπες προσπάθειες που είχαν πραγματοποιηθεί με αυτό το στόχο. Και αυτό γιατί πλέον συσχετίζει την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας (στην προκειμένη περίπτωση ολόκληρης της Ευρωπαϊκής Ένωσης) με την υγεία των πολιτών της. Όπως βρίσκουμε στην πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου (2011<sup>2</sup>) *το προτεινόμενο τρίτο πρόγραμμα δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας (2014-2020), «Υγεία για την Ανάπτυξη», ενισχύει και δίνει μεγαλύτερη έμφαση από τα προηγούμενα προγράμματα στη συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης και ενός υγιούς πληθυσμού. Το πρόγραμμα είναι προσανατολισμένο σε δράσεις με σαφή ενωσιακή προστιθέμενη αξία, σύμφωνα με τους στόχους της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» και τις τρέχουσες προτεραιότητες πολιτικής<sup>11</sup>.*

### 2.3 Η επικαιροποίηση της πολιτικής υγείας

Έχουμε ήδη αναφέρει πως μια πολιτική χαρακτηρίζεται από την προσαρμοστικότητά της στις απαιτήσεις της εποχής που ασκείται. Η επικαιροποίηση της πολιτικής για την υγεία, που πραγματώνεται μέσα από την εφαρμογή του πλαισίου δράσης το οποίο μελετούμε, γίνεται σε μια δύσκολη, πραγματικά, εποχή για όλη την Ευρώπη. Η χρηματοπιστωτική κρίση, που έκανε αισθητή την εμφάνισή της και στη χώρα μας, κατέστησε ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη να υπάρξει ένα είδος βελτίωσης στη σχέση ανάμεσα στο κόστος και την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Έτσι, τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι αναγκασμένα να ισοσταθμίσουν την παροχή πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σε

<sup>11</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 2



όλους τους πολίτες ταυτόχρονα με την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας με όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος. Όπως αναφέρεται στην πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου για το πρόγραμμα δράσης 2014-2020 (2011<sup>2</sup>) η υποστήριξη των προσπαθειών που καταβάλλουν τα κράτη μέλη για να βελτιώσουν τη βιωσιμότητα των εθνικών τους συστημάτων υγείας έχει ζωτική σημασία για την εξασφάλιση της ικανότητάς τους να παρέχουν υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες τους σήμερα και στο μέλλον. Το πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη» συμβάλλει στην εξεύρεση και εφαρμογή καινοτόμων λύσεων για τη βελτίωση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, δίνοντας έμφαση στο ανθρώπινο κεφάλαιο και στην ανταλλαγή ορθών πρακτικών<sup>12</sup>.

Η Ελλάδα, τόσο ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και – κυρίως – ως μια χώρα που πλήττεται σε μεγάλο βαθμό από τις αναγκαστικές αλλαγές που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στις δομές και τους ρυθμούς της, δεν μπορεί να αποτελέσει εξαίρεση στον κανόνα επικαιροποίησης της υγείας. Το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία αφορά άμεσα και τη χώρα μας, η οποία καλείται να συμμορφωθεί με τις επιταγές του και να εφαρμόσει κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις προτάσεις του, προκειμένου να υπάρξει μια μεταρρυθμιστική βελτίωση των παροχών υγείας τόσο από την πλευρά των υπηρεσιών όσο και από την πλευρά του κόστους.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στο κείμενο του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου (2011<sup>2</sup>), οι βασικοί στόχοι που τέθηκαν στο πρόγραμμα «Ευρώπη 2020: Μια ευρωπαϊκή στρατηγική για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη» στρέφονται όλοι γύρω από την εμβληματικές πρωτοβουλίες, όπως η «Ένωση καινοτομίας» και το «ψηφιακό θεματολόγιο». Ωστόσο, η καινοτομία

---

<sup>12</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 2

δεν αφορά μόνο την τεχνολογία και τα νέα προϊόντα. Αφορά επίσης την καινοτομία στον τρόπο οργάνωσης και στη δομή της υγειονομικής περίθαλψης, στον τρόπο χρησιμοποίησης των πόρων, στον τρόπο χρηματοδότησης των συστημάτων. Από την άποψη αυτή, η καινοτομία στην υγεία έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης<sup>13</sup>.

#### 2.4 Το πρόγραμμα «Υγεία για την ανάπτυξη» (2014-2020)

Το πρόγραμμα «Υγεία για την ανάπτυξη» (2014-2020) – όπως είναι ο επίσημος θεσμικός του τίτλος - αποτελεί το τρίτο πολυετές πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχει ως αντικείμενό του τη βελτιστοποίηση του κλάδου της υγείας στα κράτη-μέλη της Ένωσης. Αυτή τη φορά όμως, συγκριτικά με τα υπόλοιπα προγράμματα που προηγήθηκαν χρονικά αυτού που μελετούμε, οι όποιες προτάσεις για βελτίωση του τομέα της υγείας δεν υποβλήθηκαν με άξονα αποκλειστικά και μόνο την ίδια την υγεία αλλά λαμβάνοντας υπόψη και άλλες παραμέτρους, δημοσιονομικής κυρίως φύσης, οι οποίες είναι άμεσα συνυφασμένες με αυτή.

Συνοπτικά, όπως το εντοπίσαμε στον ιστότοπο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το πρόγραμμα δράσης, κύριο μέλημά του είναι η παροχή βοήθειας και στήριξης στα κράτη-μέλη που θα το εφαρμόσουν με απώτερο στόχο:

- την υλοποίηση των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων προκειμένου να καταστούν τα συστήματα υγείας καινοτόμα και βιώσιμα·
- τη βελτίωση της πρόσβασης σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη·
- την προαγωγή της καλής υγείας των Ευρωπαίων πολιτών και την πρόληψη των νόσων·

---

<sup>13</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 2-3.

- την προστασία των πολιτών της ΕΕ από διασυνοριακές απειλές<sup>14</sup>.

Από την ανωτέρω παράθεση των στόχων του Τρίτου Προγράμματος για την Υγεία γίνεται εμφανής η πολυεπίπεδη διάσταση στην οποία κυμαίνεται η ενδεχόμενη εφαρμογή του συγκεκριμένου σχεδίου από τις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρατηρούμε πως το εύρος του δεν καλύπτει αποκλειστικά και μόνο τις ανάγκες της κάθε χώρας σε εθνικό επίπεδο αλλά καθορίζει και τις συνιστώσες των υγειονομικών συνθηκών που πρέπει να θεσπιστούν αναφορικά με την σύμπραξη των χωρών-μελών με κράτη που δεν ανήκουν στην Ένωση και, κατά συνέπεια, δεν υπακούν στο ενδοκοινοτικό πρωτόκολλο για την υγεία. Πρόκειται λοιπόν για ένα πρόγραμμα-ασπίδα που κατοχυρώνει την υγειονομική πολιτική τόσο εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και εκτός αυτής.

#### 2.4.1 Συνδυασμός με άλλες δράσεις

Πέρα όμως από σύντομο πλαίσιο δράσης που εκθέσαμε συνοπτικά, το πρόγραμμα περιλαμβάνει και την υποστήριξη διάφορων αρχών που λειτουργούν συνεπικουρικά για την επίτευξη των σκοπών που αποτελούν το αντικείμενό του. Όπως αναφέρεται στο κείμενο της πρότασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου (2011<sup>15</sup>), το πρόγραμμα θα υποστηρίξει τους άξονες της πρόβλεψης, του προγραμματισμού των αναγκών και της κατάρτισης των επαγγελματιών της υγείας, κάτι που θα αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός αναφορικά με την καινοτομία στο πεδίο της οργάνωσης αλλά και στην ενίσχυση της ανάπτυξης που πλέον θα πραγματοποιείται χωρίς αποκλεισμούς. Κατά τους συντάκτες του κειμένου πρότασης αυτό συμβαδίζει με την εμβληματική πρωτοβουλία της ΕΕ 2020 για νέες δεξιότητες και θέσεις εργασίας και με την έμφαση που δίνει στην

<sup>14</sup> Όπως παραθέτονται στην ιστοσελίδα [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/p0017\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/p0017_el.htm), ανακτήθηκε την 08/04/2014.

ευελιξία με ασφάλεια, στην απόκτηση των κατάλληλων εφοδίων για τις σημερινές και αυριανές θέσεις εργασίας, στις καλύτερες συνθήκες εργασίας και στη βελτίωση της δημιουργίας θέσεων εργασίας. Με τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη, ο τομέας της υγείας έχει μεγάλες δυνατότητες δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας<sup>15</sup>.

Η συλλογιστική πορεία που ακολουθεί η σύνταξη και εφαρμογή του Τρίτου Προγράμματος για την Υγεία προάγει την άμεση σύνδεση ανάμεσα στην καλή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και την αύξηση της παραγωγικότητας. Η όλη φιλοσοφία αυτής της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην παραγωγικότητα (και κατ'επέκταση στην ανταγωνιστικότητα) και στη διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας μπορεί να γίνει περισσότερο κατανοητή, αν λάβουμε υπόψη μας πως τα προβλήματα υγείας αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες που οδηγούν τους εργαζομένους στην απόφαση να μουν στο καθεστώς της πρόωρης συνταξιοδότησης. Όπως υπογραμμίζουν οι συντάκτες της πρότασης κειμένου του προγράμματος δράσης η διατήρηση υγιών και ενεργών ανθρώπων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχει θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και στην ανταγωνιστικότητα. Η αύξηση του αριθμού των ετών υγιούς ζωής αποτελεί προϋπόθεση για να επιτύχει η Ευρώπη ποσοστό απασχόλησης 75 % των ατόμων ηλικίας 20-64 ετών και να αποφύγει τις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις για λόγους ασθένειας. Επιπλέον, η διατήρηση της καλής υγείας και της δραστηριότητας των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών μπορεί να έχει αντίκτυπο στη συμμετοχή στην αγορά εργασίας και να οδηγήσει σε δυνητικώς σημαντικές οικονομίες στους προϋπολογισμούς για την υγειονομική περίθαλψη<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 3

<sup>16</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 3

#### 2.4.2 Στόχοι του προγράμματος

Έχουμε ήδη αναφέρει σε προηγούμενο σημείο του κεφαλαίου συνοπτικά τους στόχους που καλείται να επιτύχει η εφαρμογή του πλαισίου δράσης. Διαβάζοντας το κείμενο της πρότασης για την εφαρμογή του Τρίτου Προγράμματος για την Υγεία παρατηρήσαμε πως το όλο εγχείρημα για την εφαρμογή του προγράμματος μπορεί, σύμφωνα με τους συντάκτες του, να στηριχθεί σε τέσσερις βασικούς άξονες οι οποίοι είναι:

*(1) ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε επίπεδο ΕΕ, με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις πόρων, τόσο ανθρώπινων όσο και οικονομικών, και διευκόλυνση της υιοθέτησης της καινοτομίας από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ούτως ώστε να υποστηριχθεί η ανάπτυξη καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας·*

*(2) βελτίωση της πρόσβασης στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη και ενημέρωση για ειδικά θέματα και πέρα από τα εθνικά σύνορα και ανάπτυξη κοινών λύσεων και κατευθυντήριων γραμμών για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών, ούτως ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των πολιτών της ΕΕ σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη·*

*(3) εντοπισμός, διάδοση και προώθηση της υιοθέτησης επικυρωμένων βέλτιστων πρακτικών για οικονομικώς αποδοτικά μέτρα πρόληψης, μέσω της αντιμετώπισης των κρίσιμων παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα του καπνίσματος, της κατάχρησης οινοπνεύματος και της παχυσαρκίας, όπως και του HIV/AIDS, με εστίαση στη διασυνοριακή διάσταση, με στόχο την πρόληψη των νόσων και την προαγωγή της καλής υγείας και*

*(4) ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων και απόδειξη της αξίας τους για τη βελτίωση της ετοιμότητας και του συντονισμού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας, με στόχο την προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας<sup>17</sup>.*

<sup>17</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 3-4



### 2.4.3 Δράση σε επίπεδο Κρατών

Όμως παρά τις όποιες παροτρύνσεις που υπάρχουν από την Ευρωπαϊκή Ένωση για εφαρμογή του κοινοτικού πλαισίου αναφορικά με τη βελτιστοποίηση του κλάδου της υγείας, τα κράτη-μέλη είναι από μόνα τους υπεύθυνα να αναλάβουν άμεση δράση σε εθνικό επίπεδο για την καλύτερεύσή τους στους κλάδους παροχής και διασφάλισης της υγείας. Όπως αναφέρεται στο κείμενο της πρότασης για την εφαρμογή του Τρίτου Προγράμματος για την Υγεία στόχος της πολιτικής της ΕΕ για την υγεία είναι να συμπληρώνει και να στηρίζει τις εθνικές πολιτικές και να ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών. Το πρόγραμμα παρέχει δυνατότητες οικοδόμησης και ενίσχυσης μηχανισμών συνεργασίας και διαδικασιών συντονισμού μεταξύ των κρατών μελών, με στόχο τον εντοπισμό κοινών εργαλείων και βέλτιστων πρακτικών που δημιουργούν συνέργειες, προσδίδουν ενωσιακή προστιθέμενη αξία και οδηγούν σε οικονομίες κλίμακας, στηρίζοντας τις μεταρρυθμίσεις σε δύσκολες συνθήκες<sup>18</sup>.

Αναλυτικότερα, και όπως αυτοί εκτίθενται στο σχέδιο του προγράμματος που έχει δοθεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, οι στόχοι του πλαισίου δράσης μπορούν να αποδοθούν ως εξής:

- \* *Ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε επίπεδο ΕΕ, με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις πόρων, τόσο ανθρώπινων όσο και οικονομικών, και διευκόλυνση της υιοθέτησης της καινοτομίας από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ούτως ώστε να υποστηριχθεί η ανάπτυξη καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας.*

Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί που αντιμετωπίζουν τα κράτη λόγω της σύνδεσής τους με την υγεία έχουν σαν αποτέλεσμα την ανάγκη να επενδύονται πολλά από τα κρατικά χρήματα στον τομέα

<sup>18</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 5

της παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, ο διαρκώς αυξανόμενος ρυθμός με τον οποίο επιτελείται η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί έναν σημαντικό λόγο που έχει αναγκάσει τους κρατικούς οικονομικούς μηχανισμούς κάθε χώρας να στραφούν στην όσο το δυνατόν ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και στη συνεχή τροφοδότησή τους με ιατρικά μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας έτσι ώστε να μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών. ΟΑυτή όμως την περίοδο οι προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα οικονομικά επιτελεία κάθε κράτους έχουν αυξηθεί ακόμα περισσότερο λόγω της μείωσης των δημόσιων δαπανών, ως αναπόφευκτης απόρροιας της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Ωστόσο, όπως αναφέρεται στο κείμενο του προγράμματος τα στοιχεία δείχνουν ότι οι αποτελεσματικές μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας έχουν τη δυνατότητα να συγκρατήσουν την «υπέρμετρη αύξηση του κόστους», να συναρτούν δηλαδή τις δαπάνες για την υγεία με την αύξηση του ΑΕγχΠ<sup>19</sup>.

Πώς όμως μπορεί να συνεισφέρει το συγκεκριμένο πλαίσιο δράσης στην αντιμετώπιση αυτού του μέγιστου ζητήματος; Όπως διαβάζουμε ξανά στο κείμενο του σχεδίου το πρόγραμμα, στηρίζοντας τις προσπάθειες των κρατών μελών να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την οικονομική βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αποσκοπεί να ενθαρρύνει τη μετατόπιση σημαντικών πόρων στο πλαίσιο του τομέα αυτού προς τα πλέον καινοτόμα και πολύτιμα προϊόντα και υπηρεσίες, τα οποία ταυτόχρονα παρουσιάζουν τις καλύτερες δυνατότητες εμπορικής αξιοποίησης και συμβάλλουν μακροπρόθεσμα στην εξοικονόμηση δαπανών. Επιζητεί ακόμη να υποστηρίξει την καινοτομία στον τρόπο οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης, να ενθαρρύνει, παραδείγματος χάριν, τη στροφή προς την κοινοτική φροντίδα και προς την ολοκληρωμένη φροντίδα<sup>20</sup>. Με λίγα λόγια, το πρόγραμμα στοχεύει στην δείξη συγκεκριμένων τακτικών και μεθόδων που μπορεί να

<sup>19</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 5

<sup>20</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 5

χρησιμεύσουν στην εξοικονόμηση χρημάτων από τα κράτη αλλά και στην αναμόρφωση του τομέα της υγείας μέσω της χρήσης καινοτόμων υπηρεσιών και τεχνολογιών που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξή της. Απαραίτητη προϋπόθεση όμως αποτελεί το γεγονός της συνύπαρξης αυτών των τακτικών με έναν μακροχρόνιο αποδοτικό σχεδιασμό που θα πρέπει να έχουν χαράξει τα ίδια τα κράτη- μέλη καθώς αυτά μόνο γνωρίζουν τις εσωτερικές τους απαιτήσεις σε κάθε κλάδο, μηδέ της υγείας εξαιρουμένης.

Είναι γνωστό πως η γήρανση του πληθυσμού απο κοινού με την αλλαγή που παρατηρείται εντός του κοινωνικού συνόλου μέσα από τη μεταβολή των οικογενειακών δομών αυξάνει τη ζήτηση για επίσημες και επαγγελματικές υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τη διαθεσιμότητα άτυπων υπηρεσιών υγείας στο οικογενειακό περιβάλλον<sup>21</sup>. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μέχρι το 2020 θα υπάρχει στην Ένωση έλλειψη ενός εκατομμυρίου εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας και, αν δεν ληφθούν άμεσα μέτρα για την αλλαγή αυτής της κατάστασης, δεν θα μπορεί να καλύπτεται το 15% των αναγκαίων υπηρεσιών. Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης το πρόγραμμα στοχεύει στην ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε συλλογικό επίπεδο Ένωσης, προκειμένου να εξασφαλίσει την παροχή φροντίδας από τα εκάστοτε εθνικά συστήματα υγείας με όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος. Έτσι, είναι απαραίτητο να βρεθούν καινοτόμες λύσεις για την ενδεχόμενη αντιμετώπιση των ελλείψεων εργατικού δυναμικού και για την αύξηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της χρήσης καινοτόμων προϊόντων, υπηρεσιών, εργαλείων και μοντέλων.

Η επιτέλεση αυτών των στόχων που προσδιορίζουν οι εμπνευστές του προγράμματος δράσης μπορεί, κατ' αυτούς, να οδηγήσουν σε μια σειρά θετικών αποτελεσμάτων όπως είναι η ενίσχυση της ευρωπαϊκής

---

<sup>21</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 6



συνεργασίας για την αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας και η διερεύνηση των δυνατοτήτων που μπορεί να περιλαμβάνει η χρήση της ηλεκτρονικής υγείας και των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας (ΤΠΕ) για την υγεία, ανάμεσα στα οποία συγκαταλέγεται και η θέσπιση ενός ειδικού δικτύου ηλεκτρονικής υγείας και συνεργαζόμενων ηλεκτρονικών μητρώων ασθενών, στο πλαίσιο της εφαρμογής της οδηγίας για τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη<sup>22</sup>. Φαίνεται επίσης πως οι δράσεις αυτές θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τις ελλείψεις εργατικού δυναμικού που πιθανώς να ανακύψουν στον τομέα της υγείας αλλά και θα βοηθήσουν τα κράτη μέλη να προβούν σε αλλαγές και μεταρρυθμίσεις των εθνικών συστημάτων υγείας τους. Εκτός αυτού, όπως αναφέρεται στο κείμενο της πρότασης, οι δράσεις που αναφέρθηκαν θα υποστηρίζουν και μέτρα που θα θέτουν υψηλές προδιαγραφές ασφάλειας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας για τα προϊόντα ιατροτεχνολογικής χρήσης τα οποία απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων της νομοθεσίας της ΕΕ σ' αυτόν τον τομέα ή συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών, όπως επίσης θα υποστηρίζουν μέτρα που αφορούν διατάξεις της προαναφερόμενης οδηγίας σχετικά με την ηλεκτρονική υγεία και την αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας<sup>23</sup>. Με λίγα λόγια, το πρόγραμμα έχει ως στόχο του να υποστηρίξει συγκεκριμένες δράσεις που κυμαίνονται από την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών που θα μειώσουν το κόστος που διαθέτει κάθε κράτος για τις δαπάνες υγείας αλλά και την υποστήριξη από την Ένωση μέτρων επίβλεψης της εθνικής πολιτικής που ασκεί κάθε κράτος-μέλος στον τομέα της υγείας.

- \* ***Βελτίωση της πρόσβασης στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη και ενημέρωση για ειδικά θέματα και πέρα από τα εθνικά σύνορα και ανάπτυξη κοινών λύσεων και κατευθυντήριων γραμμών για τη***

<sup>22</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 6

<sup>23</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 6

**βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών.**

Όπως είναι γνωστό, η πρόσβαση όλων των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη, ανεξαρτήτως χρημάτων, κοινωνικής θέσης και καταγωγής, είναι καθοριστική για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας σε κάθε κράτος αλλά και για την εξάλειψη τυχόν ανισοτήτων που μπορεί να παρουσιαστούν. Ουσιαστικά όμως, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την πρόσβαση των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη σε κάθε χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης ξεχωριστά. Έχει παρατηρηθεί μάλιστα πως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, οι κοινωνικά αποκλεισμένοι και όσοι διαβιούν σε υποβαθμισμένες ή πολύ μικρές περιφέρειες μπορεί να αντιμετωπίζουν πρόβλημα αναφορικά με το βαθμό πρόσβασής τους σε υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Όπως αναφέρουν οι συντάκτες της πρότασης για την εφαρμογή του Τρίτου Προγράμματος για την Υγεία για να υπάρξει βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ιδίως σε ειδικές συνθήκες που η ικανότητα σε εθνικό επίπεδο είναι ανεπαρκής, είναι σαφώς χρήσιμο να υπάρξει ενίσχυση της δικτύωσης μεταξύ των ευρωπαϊκών κέντρων αναφοράς στα οποία θα υπάρχει ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών των κρατών-μελών της Ένωσης. Επιπλέον, το πρόγραμμα θα εδραιώσει και θα συνεχίσει την τρέχουσα δράση για τον εντοπισμό, την ανταλλαγή και τη διάδοση ορθών πρακτικών σ' αυτόν τον τομέα. Το πρόγραμμα θα αυξήσει την πρόσβαση στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη στηρίζοντας τη δημιουργία και την οργάνωση ενός συστήματος ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς και ορίζοντας τα κριτήρια και τους όρους λειτουργίας τους, καθώς επίσης αναπτύσσοντας κοινές λύσεις και κατευθυντήριες γραμμές για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης

και την ασφάλεια των ασθενών σε όλη την ΕΕ, αντιμετωπίζοντας ένα φάσμα θεμάτων περιλαμβανομένης της μικροβιακής αντοχής<sup>24</sup>.

- \* **Εντοπισμός, διάδοση και προώθηση της υιοθέτησης επικυρωμένων βέλτιστων πρακτικών για οικονομικά αποδοτικά μέτρα πρόληψης, μέσω της αντιμετώπισης των κρίσιμων παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα του καπνίσματος, της κατάχρησης οινοπνεύματος και της παχυσαρκίας, όπως και του HIV/AIDS, με εστίαση στη διασυνοριακή διάσταση, με στόχο την πρόληψη των νόσων και την προαγωγή της καλής υγείας.**

Όπως αναφέρεται στο κείμενο του προγράμματος δράσης οι χρόνιες νόσοι αποτελούν την κύρια αιτία θανάτων και κακής ποιότητας ζωής στην Ευρώπη. Περισσότεροι από 4 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρωπαϊκή Ένωση πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας χρόνιων νόσων, αριθμός που αντιπροσωπεύει το 87% της πρόωρης θνησιμότητας στην ΕΕ. Οι χρόνιες νόσοι συνιστούν επίσης τεράστια οικονομική επιβάρυνση λόγω της απώλειας της ικανότητας των ανθρώπων να εργάζονται την περίοδο ακμής τους<sup>25</sup>. Με λίγα λόγια, ο αυξανόμενος βαθμός θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση λόγω χρόνιων ασθενειών αποτελεί ένα σημαντικό ανασταλτικό στοιχείο στον περιορισμό των δαπανών των χωρών στον τομέα της υγείας παρά το γεγονός ότι πολλές χρόνιες νόσοι μπορούν να προληφθούν, καθώς σχετίζονται με μια σειρά επιβλαβών συνηθειών που οφείλονται κατά κύριο λόγο στους ίδιους τους ασθενείς.

Για τον περιορισμό, ακόμα και για την εξάλειψη των χρόνιων νοσημάτων που οφείλονται στις βλαβερές συνήθειες των ασθενών, υπάρχει πρόβλεψη ώστε το πρόγραμμα να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις σ' αυτούς τους τομείς προωθώντας τη βέλτιστη πρακτική στην προαγωγή της υγείας και την οικονομικά αποδοτική πρόληψη.

---

<sup>24</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 7

<sup>25</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 8

θέτοντας στο στόχαστρο καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και ειδικά το κάπνισμα, την κατάχρηση οίνοπνεύματος και την παχυσαρκία, καθώς και το HIV/AIDS, με έμφαση στα διασυνοριακά θέματα. Θα στηρίξει την ευρωπαϊκή συνεργασία και δικτύωση για την πρόληψη των χρόνιων νόσων, περιλαμβανομένης της κατάρτισης κατευθυντήριων γραμμών για τον ποιοτικό προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου. Οι δράσεις στο πλαίσιο αυτού του στόχου θα στηρίζουν επίσης μέτρα που αποσκοπούν άμεσα στην προστασία της δημόσιας υγείας σε σχέση με τα προϊόντα καπνού και τη διαφήμισή τους, μέτρα τα οποία απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων της νομοθεσίας της ΕΕ σ' αυτόν τον τομέα ή συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών<sup>26</sup>.

- \* *Ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων και απόδειξη της αξίας τους για τη βελτίωση της ετοιμότητας και του συντονισμού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας, με στόχο την προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας.*

Κατά καιρούς η Ευρωπαϊκή Ένωση αντιμετωπίζει σημαντικές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας. Από τη φύση τους, αυτές οι απειλές δεν μπορούν να περιοριστούν εντός των συνόρων ενός κράτους και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από κανένα κράτος μέλος μόνο του, χωρίς τουλάχιστον να υπάρξει κάποια σύμπραξη ή κοινή πολιτική αντιμετώπισής του. Έτσι, είναι αυτονόητο πως κάθε χώρα ξεχωριστά αλλά και σαν μονάδες που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ένωση πρέπει να είναι καλά προετοιμασμένες απέναντι στο ενδεχόμενο εμφάνισης αυτών των απειλών που μπορεί να βάλουν σε κίνδυνο τους πολίτες και τις εθνικές οικονομίες.

Αναφορικά με την πρόληψη μετάδοσης ασθενειών από τρίτες χώρες προς εκείνες που αποτελούν κράτη-μέλη της Ένωσης υπογραμμίζεται πως οι δράσεις που προβλέπονται βάσει αυτού του

---

<sup>26</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 8

στόχου θα συμβάλουν στην ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων για την προετοιμασία της αντιμετώπισης πιθανών έκτακτων καταστάσεων για την υγεία, για τον συντονισμό της αντιμετώπισης αυτών των έκτακτων καταστάσεων σε ευρωπαϊκό επίπεδο και για τη στήριξη της δημιουργίας εθνικής ικανότητας όσον αφορά την ετοιμότητα και τη διαχείριση υγειονομικών κρίσεων, λαμβανομένων υπόψη των σχετικών διεθνών πρωτοβουλιών. Ο στόχος είναι να στηριχθεί ο σχεδιασμός της ετοιμότητας, μεταξύ άλλων και για μια πανδημία γρίπης, η αντιμετώπιση των ελλείψεων όσον αφορά την ικανότητα εκτίμησης του κινδύνου στα κράτη μέλη και η ενίσχυση της ικανότητας σε παγκόσμιο επίπεδο για την αντιμετώπιση των απειλών κατά της υγείας<sup>27</sup>.

Πέρα όμως από την όποια πρόληψη για τη μη μετάδοση ασθενειών οι δράσεις θα στηρίζουν επίσης μέτρα για την προστασία και τη βελτίωση της υγείας του ανθρώπου σε σχέση με μεταδοτικές νόσους και διασυννοριακές μαστίγες της υγείας, καθώς και μέτρα για την παρακολούθηση και την έγκαιρη προειδοποίηση σχετικά με διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας και για την καταπολέμησή τους, τα οποία απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων της νομοθεσίας της ΕΕ σ' αυτούς τους τομείς ή συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων αυτών<sup>28</sup>.

Συνοψίζοντας το παρόν κεφάλαιο της εργασίας μας είναι εμφανές πως το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία αποτελεί ένα πολυεπίπεδο πλάνο αναδιαμόρφωσης της υγείας τόσο σε εθνικό όσο και σε ενδοκοινοτικό πλαίσιο. Με την εφαρμογή κανόνων και τακτικών που στόχο έχουν να προασπίσουν και να ενισχύσουν τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι εμπνευστές του επιθυμούν την ελαχιστοποίηση των δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο κατώτατο δυνατό σημείο, δεδομένης της χρηματοοικονομικής ύφεσης που μαστίζει τις χώρες της το

<sup>27</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 9

<sup>28</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π. σελ. 9

τελευταίο διάστημα. Στη συνέχεια της μελέτης μας θα έχουμε τη δυνατότητα να ερευνήσουμε διεξοδικά την όποια εφαρμογή των αρχών του προγράμματος υγείας και να καταγράψουμε τα συμπεράσματα αυτής της διαδικασίας.



### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3      ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στα μέχρι στιγμής δεδομένα που έχουμε παραθέσει, γίνεται εμφανές πως το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία είναι ένα στοχευμένο σχέδιο που θέτει τη λειτουργία της υγείας σε νέα βάση, λαμβάνοντας υπόψη, σε μεγάλο βαθμό μάλιστα, τις καταστάσεις και τις συγκυρίες που επικρατούν τη δεδομένη στιγμή εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης τόσο σε οικονομικό όσο και σε πολιτικό επίπεδο. Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί πως ο σχεδιασμός του προγράμματος δεν έγινε με αυθαίρετο τρόπο. Όπως διαβάζουμε στο κείμενο του προγράμματος δράσης *το πρόγραμμα βασίζεται στα αποτελέσματα του πρώτου προγράμματος για τη δημόσια υγεία (2003-2008) και του δεύτερου προγράμματος για την υγεία (2008-2013), σύμφωνα με τα συμπεράσματα και τις συστάσεις που διατυπώνονται στις διάφορες αξιολογήσεις και τους ελέγχους που διενεργήθηκαν για τα εν λόγω προγράμματα*<sup>29</sup>.

Συνοπτικά, και όπως έχουμε αναφέρει ξανά σε άλλο σημείο της εργασίας μας, το πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη» έχει ως απώτερούς του στόχους την υλοποίηση των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων προκειμένου να καταστούν τα συστήματα υγείας καινοτόμα και βιώσιμα, τη βελτίωση της πρόσβασης σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη, την προαγωγή της καλής υγείας των Ευρωπαίων πολιτών και την πρόληψη των νόσων και την προστασία των πολιτών της ΕΕ από διασυννοριακές απειλές. Όλα αυτά όμως αποτελούν τα μέσα με τα οποία θα επιτευχθεί ο τελικός σκοπός του προγράμματος, ο οποίος είναι να γίνει εστίαση σε λιγότερες δράσεις που έχουν αποδεδειγμένη ενωσιακή προστιθέμενη αξία,

---

<sup>29</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 11

*παράγουν συγκεκριμένα αποτελέσματα και ανταποκρίνονται σε προσδιορισμένες ανάγκες ή κενά<sup>30</sup>.*

Με λίγα λόγια, το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης εστιάζει στις ενέργειες που θα πραγματοποιήσουν τα κράτη-μέλη σε ατομικό, αν μπορούμε να το χαρακτηρίσουμε έτσι, επίπεδο προκειμένου να βελτιστοποιήσουν τη λειτουργία και την παροχή της υγείας εντός των εθνικών τους συνόρων. Παρά όμως την όποια αυτονομία και αυτοτέλεια που εισάγει το πρόγραμμα αναφορικά με τη δράση των μελών της, δεν σημαίνει πως η Ευρωπαϊκή Ένωση θα παραμείνει αμέτοχη στην όποια διαδικασία αναβάθμισης του τομέα της υγείας. Το αντίθετο μάλιστα, αποτελεί ρυθμιστή των όποιων πράξεων των κρατών-μελών της πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Για την ακρίβεια, *το πρόγραμμα επιδιώκει να βελτιώσει τον τρόπο συνεργασίας των κρατών μελών στον τομέα της υγείας και να δώσει κίνητρα για μεταρρυθμίσεις των εθνικών πολιτικών στον τομέα της υγείας<sup>31</sup>.*

### **3.1 Τα νέα στοιχεία του Προγράμματος Δράσης**

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι όποιες δραστηριότητες που θα πραγματοποιήσουν τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ανάπτυξη της υγείας σε εθνικό επίπεδο δεν θα πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμης διάρκειας. Αντιθέτως, οι όποιες πράξεις και ενέργειες που θα λάβουν χώρα κατά τον ορίζοντα επταετίας, μέσα στον οποίο θα επιτελεστεί το πρόγραμμα, καθώς επίσης και τα ετήσια σχέδια εργασιών θα πρέπει να βασίζονται σε πολυετή προγραμματισμό με καθορισμένο έναν περιορισμένο αριθμό δράσεων ανά έτος. Επιπλέον, βασιζόμενο στα αποτελέσματα και στα διδάγματα των προηγούμενων πλαισίων δράσης που πραγματοποιήθηκαν κατά

---

<sup>30</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 11

<sup>31</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 11



το παρελθόν, το πρόγραμμα εισάγει ορισμένα νέα στοιχεία για την περαιτέρω επιτυχή πραγμάτωσή του, όπως είναι:

- 1. η εισαγωγή δεικτών προόδου για τη μέτρηση και την παρακολούθηση τόσο της πορείας των στόχων όσο και του αντικτύπου του προγράμματος.** Με αυτό τον τρόπο θα υπάρχει όσο το δυνατόν πιο στενή παρακολούθηση της πορείας του προγραμματισμού που θα εφαρμόσει καθένα από τα κράτη-μέλη τόσο από τους εθνικούς όσο και από τους κοινοτικούς φορείς.
- 2. Η αναγωγή της ενωσιακής προστιθέμενης αξίας ως βασικού καθοριστικού παράγοντα για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων στα ετήσια σχέδια δράσης.** Συνοπτικά, η έγκριση της κοινότητας στα σχέδια των κρατών-μελών της για τη βελτιστοποίηση της υγείας θα αποτελεί βασικό άξονα στο σχεδιασμό της όποιας εθνικής πολιτικής που θα ασκηθεί στο καθένα από αυτά για την επίτευξη του προαναφερθέντος σκοπού.
- 3. Η καλύτερη διάδοση και κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των σχεδίων στους φορείς που διαμορφώνουν πολιτική.** Με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί η άμεση ανατροφοδότηση των κρατών-μελών με στοιχεία που θα πιστοποιούν την αποτελεσματικότητα ή μη των δράσεών τους και ως εκ τούτου, θα υπάρξει μεγαλύτερος έλεγχος της επιτυχίας της εφαρμογής του προγράμματος δράσης.
- 4. Ο καθορισμός κινήτρων για την ενθάρρυνση της μεγαλύτερης συμμετοχής στο πρόγραμμα από τα κράτη-μέλη με το χαμηλότερο ακαθάριστο εθνικό εισόδημα (ΑΕΕ).** Σκοπός της συγκεκριμένης πρότασης είναι να συμμετάσχουν στην εφαρμογή του προγράμματος και χώρες της Ένωσης που δεν παρουσιάζουν στοιχεία ιδιαίτερης οικονομικής προόδου. Αυτό θα περιλαμβάνει

μεγαλύτερα ποσοστά συγχρηματοδότησης για τα εν λόγω κράτη-μέλη<sup>32</sup>.

### 3.2 Προτάσεις για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος

Η επίτευξη των στόχων που αναφέραμε σε προγενέστερο σημείο της ενότητας αυτής αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχημένη εφαρμογή του προγράμματος υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δεδομένης όμως της πιθανής δυσκολίας που μπορούν να αντιμετωπίσουν οι ευρωπαίοι εταίροι κατά την εφαρμογή του, είναι η ίδια η κοινότητα που δίνει από μόνη της ορισμένες κατευθυντήριες προτάσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν μια σημαντική βάση για την έναρξη της εφαρμογής του σχεδίου δράσης. Παρακάτω ακολουθεί μια παράθεση των προτάσεων αυτών, έτσι όπως αυτές διατυπώνονται στο κείμενο του προγράμματος δράσης και οι οποίες είναι κατανεμημένες ανάλογα με το στόχο που οι εφαρμοστές του καλούνται να επιτύχουν.

#### 3.2.1 Κράτη και δημόσια υγεία

Αναφορικά με τη **συμβολή των κρατών για τη δημιουργία καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας** η Ευρωπαϊκή Ένωση προτείνει:

- την ανάπτυξη συνεργασίας, σε κοινοτικό επίπεδο, για την αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας, έτσι όπως αυτή παρατίθεται και καθορίζεται από το πλαίσιο της οδηγίας 2011/24/ΕΕ<sup>33</sup> σχετικά με την εφαρμογή των δικαιωμάτων των

<sup>32</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 11

<sup>33</sup> Το κείμενο του πλαισίου της οδηγίας 2011/24/ΕΕ βρίσκεται στον ιστότοπο <http://eur->

ασθενών αναφορικά με το καθορισμένο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, θα υπάρξει διευκόλυνση της αξιοποίησης των αποτελεσμάτων που απορρέουν από ερευνητικά σχέδια που υποστηρίζονται βάσει του 7ου προγράμματος-πλαισίου και, πιο μακροπρόθεσμα, από τις δραστηριότητες που θα πραγματοποιηθούν στο πλαίσιο των επόμενων προγραμμάτων έρευνας και καινοτομίας 2014-2020 («Ορίζοντας 2020»)

- Την προώθηση της υιοθέτησης καινοτομιών που μπορούν να εφαρμοστούν στον τομέα της υγείας, αλλά και την προώθηση της ηλεκτρονικής υγείας που μπορεί να εξοικονομήσει μεγάλα ποσά και να αυξήσει τη διαλειτουργικότητα ανάμεσα στις εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας. Η δράση αυτή θα εξυπηρετήσει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργία του ευρωπαϊκού εθελοντικού δικτύου για την ηλεκτρονική υγεία που συστάθηκε από την οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.
- Την υποστήριξη της βιωσιμότητας του υγειονομικού εργατικού δυναμικού που δραστηριοποιείται εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης κυρίως με την προώθηση αποδοτικών μεθόδων πρόβλεψης και προγραμματισμού και αποτελεσματικών στρατηγικών πρόσληψης και διατήρησης του σχετικού προσωπικού. Η δράση αυτή μπορεί να υποστηριχθεί με την ανάπτυξη αποτελεσματικού μηχανισμού πρόβλεψης και προγραμματισμού αναφορικά με το εργατικό δυναμικό που δραστηριοποιείται στον τομέα της υγείας από πλευράς αριθμών, πεδίου άσκησης του επαγγέλματος και δεξιοτήτων, την παρακολούθηση της κινητικότητας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της μετανάστευσης επαγγελματιών του τομέα της υγείας, με την ανάπτυξη αποτελεσματικών

στρατηγικών πρόσληψης και παραμονής στην υπηρεσία και την ανάπτυξη ικανοτήτων.

- Την παροχή εμπειρογνωμοσύνης έτσι ώστε να υπάρξει ενός είδους την υποστήριξη των κρατών μελών στο έργο που προσπαθούν να υλοποιήσουν για την προώθηση μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας τους. Και αυτή η δράση μπορεί να διευκολυνθεί με την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων που απορρέουν από ερευνητικά σχέδια που υποστηρίζονται βάσει του 7<sup>ου</sup> προγράμματος-πλαίσιου και από τις δραστηριότητες που θα αναληφθούν στο πλαίσιο του επόμενου προγράμματος έρευνας και καινοτομίας 2014-2020 («Ορίζοντας 2020») σε μεταγενέστερο χρονικό επίπεδο.
- Την υποστήριξη της ευρωπαϊκής σύμπραξης καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση, ενός πιλοτικού σχεδίου που εντάσσεται στα πλαίσια της εμβληματικής πρωτοβουλίας «Ένωση Κοινοτομίας» της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στους τομείς της καινοτομίας στη θεραπεία και την περίθαλψη και της καινοτομίας στην ενεργό γήρανση και την ανεξάρτητη διαβίωση.
- Την υλοποίηση δράσεων που έχουν προσυμφωνηθεί στα πλαίσια των εκάστοτε νομοθετικών πλαισίων που έχουν θεσμοθετηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση αναφορικά με τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, καθώς και από τις διατάξεις της νομοθεσίας περί διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με την εφαρμογή του μέτρου της ηλεκτρονικής υγείας και την αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας. Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης αυτής της νομοθεσίας.

- Την προώθηση ενός συστήματος γνώσεων για τον τομέα της υγείας, την οποία θα αναλάβουν κατάλληλες επιστημονικές επιτροπές που θα έχουν συσταθεί από αρμόδιους τεχνοκράτες, ώστε να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Έργο της επιτροπής θα αποτελεί και η συλλογή και ανάλυση στοιχείων για την υγεία, καθώς επίσης και η ευρεία διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος από κοινού με την παροχή υποστήριξης στις επιστημονικές επιτροπές που έχουν συσταθεί σύμφωνα με την απόφαση 2008/721/ΕΚ<sup>34</sup> της Επιτροπής για το συγκεκριμένο θέμα<sup>35</sup>.

### 3.2.2 Πρόσβαση των πολιτών στην υγεία

Αναφορικά με τη **μεγαλύτερη πρόσβαση των πολιτών σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη** η Ευρωπαϊκή Ένωση προτείνει:

- Την κατάρτιση κριτηρίων διαπίστευσης των φορέων παροχής υγείας και την υποστήριξη των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς. Η δράση αυτή θα επιτρέψει, μεταξύ άλλων, τη διακίνηση ιατρικής εμπειρογνωμοσύνης για ασθενείς με παθήσεις που απαιτούν εξαιρετικά εξειδικευμένη περίθαλψη και ιδιαίτερη συγκέντρωση πόρων και εμπειρογνωμοσύνης, όπως στην περίπτωση των σπάνιων νόσων, όπως θα καθοριστούν με συγκεκριμένα κριτήρια που θα κυμαίνονται στο πλαίσιο της οδηγίας σχετικά με την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με την οδηγία 2011/24/ΕΕ.

---

<sup>34</sup> Η ελληνική έκδοση του κειμένου της απόφασης βρίσκεται στον ιστότοπο [http://www.heliachamber.gr/iliaimages/2008-721-EK\\_F32124\\_F203.pdf;jsessionid=75B98E97A18FE2573A2F62B6CEDCDABD](http://www.heliachamber.gr/iliaimages/2008-721-EK_F32124_F203.pdf;jsessionid=75B98E97A18FE2573A2F62B6CEDCDABD) ανακτήθηκε την 08/04/2014.

<sup>35</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 22 και 31-32

- Την υποστήριξη των δράσεων που αναλαμβάνονται στον τομέα της αντιμετώπισης των σπάνιων νόσων, ανάμεσα στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η δημιουργία ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς, η παροχή πληροφοριών και η κατάρτιση ανάλογων μητρώων βάσει κοινών διαπιστευτικών κριτηρίων. Η δράση αυτή στοχεύει στην υποστήριξη των κρατών-μελών της κοινότητας, των οργανώσεων των ασθενών και των σχετικών παραγόντων, με στόχο την αποτελεσματική στήριξη των ασθενών που υποφέρουν από σπάνιες νόσους.
- Την ενίσχυση της συνεργασίας ανάμεσα στα κράτη-μέλη και τους κοινοτικούς φορείς ειδικά για τους τομείς που έχουν θέσει ως άμεση προτεραιότητά τους την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Η ενίσχυση αυτή θα λάβει χώρα μέσω της αύξησης των πληροφοριών που παρέχονται στους ασθενείς, της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και της ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών. Ανάμεσα σε αυτές τις ενέργειες περιλαμβάνεται και η υποστήριξη των προσπαθειών που καταβάλλονται για την αντιμετώπιση των χρόνιων νόσων και η ενίσχυση της σχετικής έρευνας για την εξάλειψή τους, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών. Επιπλέον, προτείνεται η ενίσχυση της συνεργασίας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης, μεταξύ άλλων με την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών και την πρόληψη και τον έλεγχο των ιατρογενών λοιμώξεων, με την αύξηση της παροχής πληροφοριών στους ασθενείς για θέματα ασφάλειας και ποιότητας, με τη βελτίωση της ανατροφοδότησης και της διάδρασης μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ασθενών, με την υποστήριξη των δράσεων ανταλλαγής γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών για την περίθαλψη των πασχόντων από χρόνιες νόσους, με την



ανταπόκριση των συστημάτων υγείας και την έρευνα, περιλαμβανομένης της κατάρτισης ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών

- Την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών που στόχο έχουν τη βελτίωση της συνετούς χρήσης των αντιμικροβιακών φαρμάκων στην ιατρική και αλλά και τη μείωση των πρακτικών που αυξάνουν τη μικροβιακή αντοχή. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται ο περιορισμός της χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων και η μείωση των πρακτικών που αυξάνουν τη μικροβιακή αντοχή αλλά και η μείωση του βάρους των ανθεκτικών λοιμώξεων και των ιατρογενών λοιμώξεων. Τέλος, η διασφάλιση της διαθεσιμότητας αποτελεσματικών αντιβιοτικών είναι μια τελευταία πρόταση που μπορεί να ενταχθεί σε αυτά τα πλαίσια.
- Την υλοποίηση δράσεων που απαιτούνται βάσει των στόχων της νομοθεσίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους ιστούς και τα κύτταρα, το αίμα, τα όργανα, τα δικαιώματα των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης και τα φαρμακευτικά προϊόντα. Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης αυτής της νομοθεσίας.
- Την προώθηση ενός συστήματος γνώσεων για τον τομέα της υγείας, ώστε να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων από τα εκάστοτε όργανα. Στη δράση αυτή μπορεί να συμπεριληφθεί και η ανάλυση στοιχείων για την υγεία καθώς επίσης και η ευρεία διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 23 και 32-33

### 3.2.3 Διατήρηση της υγείας και πρόληψη νόσων

Αναφορικά με την **προώθηση της καλής υγείας των πολιτών και πρόληψη των νόσων**, η Ευρωπαϊκή Ένωση συστήνει:

- την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών αναφορικά με την διευθέτηση βασικών ζητημάτων υγείας, όπως είναι η πρόληψη του καπνίσματος, η κατάχρηση οινοπνεύματος και η παχυσαρκία. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο δράσεων περιλαμβάνεται η ανάληψη ενεργειών για τη δημιουργία πανευρωπαϊκών δικτύων και συμπράξεων με τη συμμετοχή παραγόντων σε δράσεις επικοινωνιακής προβολής, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για θέματα βασικής σημασίας για την υγεία, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη διασυνοριακή διάσταση και στα κράτη-μέλη όπου δεν υπάρχει καμία ή ελάχιστη δραστηριοποίηση για τα θέματα αυτά.
- Την υποστήριξη των προσπαθειών που λαμβάνουν χώρα για την πρόληψη των χρόνιων νόσων, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται και ο καρκίνος, η οποία θα πραγματοποιηθεί με την ανταλλαγή γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών, αλλά και με την ανάπτυξη κοινών δραστηριοτήτων. Ειδικότερα προτείνεται η στήριξη της ευρωπαϊκής συνεργασίας και δικτύωσης για την πρόληψη και τη βελτίωση της αντίδρασης στις χρόνιες νόσους, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ανταλλαγής γνώσεων και ορθών πρακτικών και της ανάπτυξης κοινών δραστηριοτήτων στον τομέα της πρόληψης. Για την πρόληψη του καρκίνου αποκλειστικά προτείνεται η συνέχιση και παρακολούθηση των εργασιών που έχουν ήδη ξεκινήσει με τη δημιουργία ενός ευρωπαϊκού συστήματος ενημέρωσης για τον καρκίνο που θα μπορεί να παράσχει συγκρίσιμα δεδομένα. Επιπλέον, προτείνεται η στήριξη του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, μαζί με τους

μηχανισμούς εθελοντικής διαπίστευσης αλλά και η στήριξη της ανάπτυξης ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών για την πρόληψη, όπου υπάρχουν σοβαρές ανισότητες.

- Την υλοποίηση των δράσεων που απαιτούνται βάσει των στόχων της νομοθεσίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με τα προϊόντα καπνού και τη διαφήμισή τους. Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες που να αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης αυτής της νομοθεσίας.
- Την προώθηση ενός συστήματος γνώσεων για τον τομέα της υγείας, προκειμένου να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Στο προαναφερθέν σύστημα γνώσης θα περιλαμβάνεται και η συλλογή και ανάλυση στοιχείων για την υγεία, καθώς επίσης και η ευρεία διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος.<sup>37</sup>

#### 3.2.4 Προστασία από διασυνοριακές απειλές για την υγεία

Αναφορικά με την προστασία των πολιτών από ενδεχόμενες διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση προτείνει:

- την ενίσχυση της ετοιμότητας των κρατών-μελών και του τρόπου που αυτά αντιμετωπίζουν τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας. Ωστόσο, πρέπει να υπάρξει μια κίνηση συνεκτίμησης και συντονισμού αναφορικά με τις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται σε παγκόσμιο επίπεδο όπως είναι η δημιουργία κοινών στοιχείων για γενικό και ειδικό σχεδιασμό ετοιμότητας, συμπεριλαμβανομένης της ετοιμότητας για την

<sup>37</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 23 και 33

πανδημία γρίπης, και τακτική υποβολή εκθέσεων σχετικά με την εφαρμογή των σχεδίων ετοιμότητας.

- Την ενίσχυση της ικανότητας εκτίμησης της επικινδυνότητας που μπορεί να ενέχει η πιθανή μετάδοση μιας μολυσματικής νόσου μέσω των συνόρων μιας χώρας-μέλους της κοινότητας που μπορεί να πραγματοποιηθεί με την αύξηση των δυνατοτήτων επιστημονικής εμπειρογνωμοσύνης και με τη «χαρτογράφηση» των υφιστάμενων εκτιμήσεων. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η κάλυψη των κενών όσον αφορά την ικανότητα εκτίμησης της επικινδυνότητας με την αύξηση των ικανοτήτων επιστημονικής εμπειρογνωμοσύνης και «χαρτογράφηση» των υφιστάμενων εκτιμήσεων με στόχο τη βελτίωση της συνοχής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Την υποστήριξη μιας δημιουργίας σειράς κανόνων που θα έχουν ως αντικείμενό τους την αντιμετώπιση απειλών κατά της υγείας στα κράτη-μέλη, η οποία θα περιλαμβάνει την ανάπτυξη σχεδίων προγραμματισμού και συντονισμού αναφορικά με θέματα ετοιμότητας και αντιμετώπισης τυχόν έκτακτων περιστατικών, με την καθιέρωση κοινών προσεγγίσεων στον τομέα του εμβολιασμού και με την κατάρτιση κατευθυντήριων γραμμών και μηχανισμών για την από κοινού λήψη ιατρικών αντιμέτρων. Ειδικότερα προτείνεται η ανάπτυξη σχεδίων προγραμματισμού σε θέματα ετοιμότητας και αντιμετώπισης δυνητικών κινδύνων, ο συντονισμός της λήψης μέτρων για τη δημόσια υγεία, η καθιέρωση κοινών προσεγγίσεων στον τομέα του εμβολιασμού, η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών που θα περιλαμβάνουν συγκεκριμένα προστατευτικά μέτρα των οποίων θα γίνεται άμεση εφαρμογή σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για θέματα ενημέρωσης, κατάρτιση οδηγών ορθής πρακτικής, την ανάπτυξη νέου μηχανισμού για την από κοινού λήψη ιατρικών αντιμέτρων και την ανάπτυξη κοινών στρατηγικών επικοινωνίας.

- Την υλοποίηση των δράσεων που απαιτούνται και έχουν θεσμοθετηθεί με την κείμενη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις μεταδοτικές νόσους και τις άλλες απειλές κατά της υγείας. Οι άλλες απειλές κατά της υγείας περιλαμβάνουν ασθένειες που προκαλούνται από βιολογικά και χημικά συμβάντα, καθώς και από την περιβαλλοντική και κλιματική αλλαγή. Οι δράσεις αυτές μπορεί να περιέχουν δραστηριότητες που αποσκοπούν στη διασφάλιση της εκτέλεσης, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αναθεώρησης αυτής της νομοθεσίας.
- Την προώθηση ενός συστήματος γνώσεων για τον τομέα της υγείας, ώστε να υποστηρίζεται η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Στο σύστημα γνώσης θα συμπεριλαμβάνεται και η συλλογή και ανάλυση στοιχείων για την υγεία και την ευρεία διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος<sup>38</sup>.

### 3.3 Η εφαρμογή του προγράμματος

Η εφαρμογή του προγράμματος γίνεται με την εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η οποία χρησιμοποιεί ως μέσα ελέγχου την έγκριση και την πραγματοποίηση ετήσιων σχεδίων εργασίας που καθορίζουν τα στοιχεία που προβλέπονται μέσα από το δημοσιονομικό κανονισμό, και ιδίως:

α) τις προτεραιότητες και τις δράσεις που θα πρέπει να αναληφθούν και να εφαρμοστούν, έτσι ώστε να υπάρξει μια ολική πραγμάτωση του σχεδίου δράσης. Η κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων που απαιτούνται για την εφαρμογή του σχεδίου δράσης ανήκει σε αυτή την κατηγορία.

---

<sup>38</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 23-24 και 33-34

β) Τον καθορισμό λεπτομερών κριτηρίων, βάσει των οποίων θα γίνεται η επιλεξιμότητα όλων όσων είναι δικαιούχοι επιχορηγήσεων για την εφαρμογή του σχεδίου δράσης. Συγκεκριμένα, δικαιούχοι σύμφωνα με το άρθρο 8 του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» αποτελούν φορείς που έχουν συσταθεί νόμιμα, σε δημόσιες αρχές, σε οργανισμούς του δημόσιου τομέα, και ιδίως σε ερευνητικά και υγειονομικά ιδρύματα, σε πανεπιστήμια και ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και σε επιχειρήσεις. Εκτός των προαναφερθέντων, δικαιούχοι επιχορηγήσεων είναι φορείς μη κυβερνητικοί, μη κερδοσκοπικοί και ανεξάρτητοι από βιομηχανικά, εμπορικά, επιχειρηματικά ή άλλα συγκρουόμενα συμφέροντα, φορείς που λειτουργούν στον τομέα της δημόσιας υγείας, διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στις διαδικασίες κοινωνικού διαλόγου σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και τέλος, φορείς που δραστηριοποιούνται στο επίπεδο της Ένωσης και τουλάχιστον στα μισά κράτη μέλη και εξασφαλίζουν ισορροπημένη γεωγραφική κάλυψη της Ένωσης<sup>39</sup>.

γ) Τον καθορισμό κριτηρίων που θα ορίζουν το ποσοστό της χρηματοδοτικής συνεισφοράς της Ένωσης για την εφαρμογή του σχεδίου δράσης, καθώς επίσης και κριτηρίων που θα αξιολογούν την ύπαρξη ή όχι περίπτωσης εξαιρετικής χρησιμότητας του μέτρου, καθώς επίσης και κριτηρίων για τον προσδιορισμό του εφαρμοστέου ποσοστού συγχρηματοδότησης.

δ) Τον καθορισμό των βασικών κριτηρίων επιλογής και ανάθεσης που θα χρησιμοποιηθούν για την επιλογή των προτάσεων που θα λάβουν οικονομική ενίσχυση.

ε) Τον προσδιορισμό του χρονοδιαγράμματος αναφορικά με τις προγραμματισμένες προσκλήσεις υποβολής προσφορών και τις προσκλήσεις υποβολής προτάσεων.

---

<sup>39</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 26



στ) Την κατά περίπτωση εξουσιοδότηση σχετικά με τη χρησιμοποίηση κατ' αποκοπή ποσών, ενιαίων κλιμάκων κόστους κατά μονάδα ή κατ' αποκοπή ποσοστών χρηματοδότησης σύμφωνα, όπως αυτά ορίζονται σύμφωνα με τον δημοσιονομικό κανονισμό.

ζ) Την αναφορά των δράσεων που συγχρηματοδοτούνται από διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται ενεργά στον τομέα της υγείας και οι οποίες υλοποιούνται χωρίς προηγούμενη πρόσκληση υποβολής προτάσεων, πράγμα που δικαιολογείται κατάλληλα<sup>40</sup>.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί πως κατά την εφαρμογή του προγράμματος δράσης, η Επιτροπή, σε συνεργασία με τους αντιπροσώπους των κρατών-μελών που έχουν ως αντικείμενο του χαρτοφυλακίου τους την υγεία, εξασφαλίζει την τήρηση όλων των σχετικών νομικών διατάξεων που έχουν θεσπιστεί αναφορικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων των πολιτών και, σε περιπτώσεις όπου απαιτείται, την καθιέρωση μηχανισμών για την διασφάλιση του δικαιώματος της εμπιστευτικότητας και της ασφάλειας αυτών των δεδομένων<sup>41</sup>.

### 3.4 Έλεγχος του προγράμματος και αξιολόγηση αυτού

Το έργο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής δεν σταματά μετά και τον καθορισμό των δράσεων και των παραμέτρων που πρέπει να τηρηθούν προκειμένου να υπάρξει όσο το δυνατόν καλύτερη εφαρμογή του σχεδίου δράσης για την υγεία και που στη συνέχεια θα οδηγήσει στην επίτευξη των στόχων και του σκοπού δημιουργίας του. Η Επιτροπή διατηρεί μια στενή συνεργασία με τα κράτη-μέλη της κοινότητας, και ειδικότερα, παρακολουθεί την εφαρμογή των δράσεων του προγράμματος, λαμβάνοντας σε μεγάλο βαθμό υπόψη

<sup>40</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 27

<sup>41</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 27

της τους στόχους και τους δείκτες του, καθώς επίσης και τις όποιες πληροφορίες για το ύψος των σχετικών με το κλίμα δαπανών. Παράλληλα, στις αρμοδιότητές της είναι και η υποβολή σχετικής έκθεσης για την ενημέρωση των υπόλοιπων αρμόδιων οργάνων επιτέλεσής του, δηλαδή του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Η έκθεση αυτή αποτελείται από τα διαθέσιμα στοιχεία που υποβάλλουν τα κράτη-μέλη και σχετίζονται με την εφαρμογή και τον αντίκτυπο του προγράμματος<sup>42</sup>.

Το αργότερο έως τα μέσα του 2018, η Επιτροπή θα πρέπει να έχει συντάξει μια έκθεση αξιολόγησης που θα περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με την επίτευξη των στόχων όλων των μέτρων του προγράμματος, τόσο σε επίπεδο αποτελεσμάτων όσο και αντικτύπου, την αποδοτικότητα της χρήσης των πόρων που δόθηκαν για την εφαρμογή των αρχών του προγράμματος και την ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία του, με απώτερο σκοπό τη λήψη απόφασης σχετικά με την παράταση, την τροποποίηση ή την αναστολή των μέτρων. Η αξιολόγηση εξετάζει επιπλέον τις δυνατότητες απλούστευσης των προτάσεων που έχουν τεθεί, την εσωτερική και εξωτερική συνοχή των μέτρων, τη συνεχή επικαιρότητα όλων των στόχων, καθώς επίσης τη συμβολή των μέτρων στις προτεραιότητες της Ένωσης για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό του μακροπρόθεσμου αντίκτυπου του προηγούμενου προγράμματος. Θα πρέπει να αναφερθεί πως αξιολογούνται οι πιο μακροπρόθεσμες από όλες τις επιδράσεις που αναφέρονται στο σχέδιο δράσης και η βιωσιμότητα των αποτελεσμάτων του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» με σκοπό τη λήψη απόφασης σχετικά με το ενδεχόμενο παράτασης, τροποποίησης ή αναστολής ενός επόμενου προγράμματος. Τέλος, η Επιτροπή δημοσιοποιεί τα αποτελέσματα

---

<sup>42</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 27

των δράσεων που υλοποιούνται σύμφωνα με τον παρόντα κανονισμό και εξασφαλίζει την ευρεία διάδοσή τους<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), ό.π., σελ. 27-28

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

### 4.1 Γενική θεώρηση της κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα

Σήμερα, στην Ελλάδα ο τομέας της υγείας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό τόσο από τάσεις καθολικού και παγκόσμιου χαρακτήρα, όπως είναι η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας που κάνει αισθητή την εμφάνισή της και σε αυτό το πεδίο, όσο και από παθογένειες του παρελθόντος αλλά κυρίως από τη σοβαρή χρηματοπιστωτική και κοινωνική κρίση που διέρχεται η χώρα και η οποία την έχει οδηγήσει σε σοβαρό τέλμα, μη μπορώντας να ανταπεξέλθει με ικανότητα στα όσα είναι δεσμευμένη από τη φύση της να προσφέρει στους πολίτες.

Όπως διαβάζουμε στην πρόταση του Υπουργείου Υγείας για την εφαρμογή των αρχών του Τρίτου Προγράμματος Δράσης για την Υγεία (2013), η Ελλάδα, πριν βρεθεί στη δυσχερή θέση στην οποία βρέθηκε μετά το ξέσπασμα της κρίσης, *χαρακτηριζόταν από υψηλή για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα, συνολική εθνική δαπάνη υγείας, που όμως αναλυόταν σε χαμηλή δημόσια και υψηλή κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη, με αποτέλεσμα την άνιση επιβάρυνση των φτωχών και ηλικιωμένων<sup>44</sup>*. Με λίγα λόγια, στην περίοδο προ της κρίσης η Ελλάδα χαρακτηριζόταν από ένα πρόγραμμα εφαρμογής παροχής υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερος δαπανηρό και – το κυριότερο – άνισο ως προς τους πολίτες στους οποίους απευθυνόταν καθώς δεν έχαιραν υπηρεσίας υγείας υψηλής ποιότητας. Φαίνεται επίσης πως ίσχυε και ένα είδος κοινωνικής ανισότητας, θύματα της οποίας υπήρξαν οι κατώτερες τάξεις, όπως είναι οι φτωχοί, αλλά και ευπαθείς ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι χρειάζονται ένα σύστημα υγείας ευέλικτο και

<sup>44</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), *Υγεία 2014-2020. Πρόταση Υπουργείου Υγείας*, Αθήνα, σελ. 3. Σε ηλεκτρονική μορφή από τον ιστότοπο <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Keimeno-8eseon.pdf>, ανακτήθηκε την 14/04/2014.

εύκολα προσβάσιμο, δεδομένων των ιδιαιτεροτήτων που αποτελούν κομμάτι της ομάδας που ανήκουν.

Η κατάσταση αυτή δεν άργησε να επιφέρει σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία του εθνικού προγράμματος υγείας της χώρας μας. Κατά την περίοδο αυτή σημειώνονται πολύ γνωστά σοβαρά διαρθρωτικά και χρονίζοντα προβλήματα που μάστιζαν τον τομέα της υγείας μέχρι και αρκετά πρόσφατα. Συγκεκριμένα, εμφανίστηκαν λειτουργικά προβλήματα όπως υπερπροσφορά γιατρών και υπερπροσφορά νοσοκομειακών κλινών. Υπήρχαν δε περιπτώσεις όπου σημειώνονταν πολλές περιπτώσεις προκλητής ζήτησης ακριβών ιατρικών υπηρεσιών, ενώ η υπερκατανάλωση ακριβών φαρμάκων μπορεί να σημειωθεί εδώ ως ένα αρνητικό χαρακτηριστικό που λειτουργούσε επιβαρυντικά στην εφαρμογή του προγράμματος υγείας της Ελλάδας<sup>45</sup>.

Την υφιστάμενη κατάσταση που επικρατούσε στον τομέα της υγείας από πλευράς λειτουργίας του συστήματος υγείας επιβάρυνε και ένας άλλος, διαφορετικός παράγοντας που όμως έπαιξε και θα συνεχίζει να παίζει καθοριστικό ρόλο στις υγειονομικές δομές της χώρας. Πρόκειται για την ταχύτερη του Ευρωπαϊκού μέσου όρου γήρανση του πληθυσμού της χώρας η οποία, όπως σημειώνεται στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου Υγείας, από 17,5% το 2009 προβλέπεται πως θα κυμανθεί σε ποσοστό άνω του 22% το 2020 και του 35% το 2050, πάντα επί του συνολικού ποσοστού του πληθυσμού. Η πραγματοποίηση ενός τέτοιου ενδεχομένου σίγουρα θα αλλάξει την κατάσταση που επικρατεί στον τομέα της υγείας, καθώς θα οδηγήσει στην εμφάνιση μιας αναπόφευκτης «έκρηξης» στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω της ραγδαίας και επικίνδυνης αύξησης της ζήτησης<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup>βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 3

<sup>46</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 3

Η οικονομική κρίση, στη δίνη της οποίας βρίσκεται η χώρα μας κατά το τελευταίο διάστημα, έχει επηρεάσει και μια σειρά κοινωνικο-οικονομικών μεταβολών οι οποίες δεν θα μπορούσαν να αφήσουν άθικτη την κατάσταση που επικρατούσε στον τομέα της υγείας. Όπως διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου Υγείας, *η σοβαρή επιδείνωση της κατάστασης αυτής της σειράς κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που διεθνώς θεωρούνται ως προσδιοριστικοί της κατάστασης της υγείας στον πληθυσμό, όπως είναι το εισόδημα και η πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση, αναμένεται να επιβαρύνουν σημαντικά το σύστημα υγείας*<sup>47</sup>. Συνοπτικά, φαίνεται πως το πλήγμα που έχει επιφέρει, ή θα επιφέρει η οικονομική κρίση, σε εργασιακούς θεσμούς άρρηκτα συνδεδεμένους μεταξύ τους, όπως είναι η εργασία (και κατ' επέκταση το εισόδημα) και η ασφάλιση, θα επηρεάσει άμεσα και σε μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας, το οποίο θα κληθεί να ανταπεξέλθει σε δύσκολες για την εύρυθμη λειτουργία του περιστάσεις.

#### **4.2 Τα προβλήματα του τομέα της υγείας στην Ελλάδα**

Όπως είναι γνωστό, το υφιστάμενο δημοσιονομικό πλαίσιο, παρά τις όποιες ανάγκες που υπάρχουν και πρέπει να καλυφθούν στον τομέα της υγείας, θα συνεχίζει να εφαρμόζει αυστηρούς περιορισμούς στη διαθέσιμη χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παράλληλα, λόγω της κρίσης η ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας φαίνεται να συμπιέζεται σε μεγάλο βαθμό, μη επιτρέποντας τη διεύρυνση και σωστή λειτουργία του συστήματος υγείας. Λαμβάνοντας και αυτά τα δεδομένα υπόψη, είναι εμφανές ότι απαιτούνται σημαντικές διαρθρωτικές μεταβολές στο συνολικό σύστημα υγείας προκειμένου αυτό, αυξάνοντας την - οικονομική κυρίως - αποδοτικότητα και την ιατρική αποτελεσματικότητά του, να μετριάσει ή και να ισοφαρίσει τις απώλειες πόρων οδηγούμενο

<sup>47</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 3



σταδιακά σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από δικαιότερη πρόσβαση σε ποιοτικότερες υπηρεσίες με χαμηλότερη δαπάνη.

Διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου Υγείας πως υπάρχουν κρίσιμες περιοχές όπου σήμερα εμφανίζονται στο ελληνικό περιβάλλον οξυμένα προβλήματα και τα οποία είναι αντιμετωπίσιμα μόνο με διαρθρωτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις. Οι προβληματικοί λοιπόν τομείς του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας σχετίζονται με:

*α) την παροχή προς τους πολίτες ποιοτικών και επαρκών ως προς τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τα Νοσοκομεία.*

Η συνεχιζόμενη καθυστέρηση της εφαρμογής μιας σειράς κρίσιμων διαρθρωτικού χαρακτήρα παρεμβάσεων στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας όπως είναι προσανατολισμός του κόστους προς τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια, η λειτουργία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων, η κεντροποίηση και ο έλεγχος προμηθειών, ο εξορθολογισμός της στελέχωσης των υπηρεσιών και ο εκσυγχρονισμός του οργανωτικού και λειτουργικού μοντέλου πάνω στο οποίο έχει βασιστεί η λειτουργία του συστήματος υγείας διατηρεί σε πολύ υψηλά επίπεδα το κόστος λειτουργίας των θεραπευτικών κέντρων παρά τις όποιες σοβαρές μειώσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στους προϋπολογισμούς τους και ενώ η ζήτηση υπηρεσιών εμφανίζει αύξηση, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που έχουν στα χέρια τους οι αρμόδιες υπηρεσίες. Συνεπώς, τίθεται επιτακτικά η ανάγκη εφαρμογής σοβαρών διαρθρωτικών παρεμβάσεων που στόχο έχουν **την αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς των δημόσιων μονάδων υγείας**, έτσι ώστε να διασφαλισθεί η δικαιότερη πρόσβαση των πολιτών στη νοσοκομειακή φροντίδα αλλά και η παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

*β) Τη λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).*

Παρά το γεγονός ότι η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί ένα σημαντικό θετικό βήμα αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα, ο ίδιος ο Οργανισμός δεν έχει ενδυναμωθεί επαρκώς, τόσο διοικητικά όσο και υλοκοτεχνικά προκειμένου να λειτουργεί αποτελεσματικά και αποδοτικά διασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο την ομαλή χρηματοδότηση του συστήματος. Παρά τις θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές που έχουν ήδη υλοποιηθεί μετά από παρεμβάσεις των οργάνων του Υπουργείου, ο Οργανισμός καλείται να αντιμετωπίσει ακόμα **την καθυστέρηση οργάνωσης του πρωτοβάθμιου τομέα υγείας**, κάτι που έχει σαν συνέπεια τη δυσχέρεια στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, την ασυνέχεια της ιατρικής φροντίδας, την αδυναμία ανάσχεσης της ζήτησης προς τα νοσοκομεία, τις χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και την ελλιπή ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης. Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τα όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, η ενδυνάμωση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί μια κομβικού χαρακτήρα προτεραιότητα που μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της παροχής υγείας στη χώρα.

*γ) Την αύξηση της ανάγκης για παροχή σύγχρονων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.*

Ο τομέας Ψυχικής Υγείας έχει κάνει σημαντικά βήματα μέσα στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που έφερε τον γενικό τίτλο ΨΥΧΑΡΓΩΣ ωστόσο, η μακροχρόνια ύφεση και η πολύ υψηλή ανεργία, στοιχεία που έχουν ενταθεί σε μεγάλο βαθμό λόγω της δεδομένης οικονομικής κρίσης έχουν αναμφισβήτητα δημιουργήσει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στα επίπεδα ψυχικής υγείας του πληθυσμού που θίγεται, με μια σειρά από δείκτες να υποστηρίζουν την παραπάνω υπόθεση. Επιπλέον η αδυναμία κάλυψης των κόστεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας έχει οδηγήσει σημαντικό αριθμό ασθενών που καλύπτονταν από φορείς του ιδιωτικού τομέα να αναζητά υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο τομέα. Ταυτόχρονα, η δημογραφική γήρανση έχει επιδεινώσει αισθητά την επιδημιολογία ψυχικών ασθενειών που σχετίζονται με το γήρας, όπως είναι η άνοια.

Έτσι, η αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί νέα πρόκληση του τομέα προκειμένου να πραγματοποιηθεί βελτίωση της αποδοτικότητας της χρήσης των πόρων που παρέχονται από το σύστημα και να εξασφαλιστεί η προσβασιμότητα σε όλο το εύρος των υπηρεσιών που μπορεί να παρέχει το σύστημα. .

Οι συντάκτες του κειμένου θέσεων αναφέρουν επίσης πως η *συνεχιζόμενη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση που συντελείται στη χώρα και η οποία τελικά θα οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου, βιώσιμου συστήματος ψυχικής υγείας, έχει ανάγκη περισσότερο από ποτέ για παρεμβάσεις που θα στηρίζουν τη δραστηριότητα και λειτουργία των υφιστάμενων και νέων κοινοτικών δομών, αλλά και που θα ενισχύσουν την διοικητική και οργανωτική λειτουργία του συστήματος, ώστε η τελική παρεχόμενη υπηρεσία ψυχικής υγείας προς τον ωφελούμενο τελικά να αποτιμάται και να είναι ποιοτική, επαρκής και αποτελεσματική*<sup>48</sup>.

*δ) Την αύξηση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία.*

Οι στοχευμένες δράσεις και στρατηγικές προηγούμενων προγραμματικών περιόδων που στόχο είχαν να συμβάλουν στην υιοθέτηση υγιεινών προτύπων ζωής και συνηθειών πλέον κινδυνεύουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της μη υλοποίησης εξαιτίας των νέων κοινωνικο-οικονομικών δεδομένων της κρίσης. Όπως διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου σχετικά με το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία, *η αύξηση της ανεργίας συσχετίζεται διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα, μεταξύ άλλων, με προβλήματα εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, καθώς και ευρύτερα με την υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής και συνηθειών διατροφής κλπ. Άτομα και οικογένειες που απειλούνται με φτώχεια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας, στοιχείο που εμποδίζει την κοινωνικο-οικονομική τους ένταξη*<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 5

<sup>49</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 5

Οι επιδημιολογικές μεταβολές που συνδέονται άμεσα με τον έλλιπή εμβολιασμό του πληθυσμού λόγω κόστους, τα αναδυόμενα λοιμώδη νοσήματα που οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και με την αύξηση του αριθμού των μεταναστών στη χώρα αλλά και η εγκατάλειψη του υγιεινού τρόπου ζωής, σε συνδυασμό με την κλιματική αλλαγή και την υποβάθμιση της ποιότητας του περιβάλλοντος αποτελούν τις νέες κρίσιμες περιοχές στον τομέα της δημόσιας υγείας στις οποίες το σύστημα θα πρέπει να προσαρμοστεί για να βελτιώσει την άμυνα των πολιτών έναντι των κινδύνων.

Προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι αυξημένες ανάγκες με αποτελεσματικό τρόπο εξασφαλίζοντας παράλληλα τη βιωσιμότητα του συστήματος, απαιτείται μια συνολική μεταστροφή της οποίας επίκεντρο θα είναι η πρόληψη των νοσημάτων και η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από την ενίσχυση των δομών και μηχανισμών Πρωτοβάθμιας και Δημόσιας Υγείας που συνεχίζουν να αποτελούν ένα από τις κύριες προβληματικές περιοχές του σημερινού συστήματος.

*ε) Τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από οικονομικά ασθενείς πολίτες, από πολίτες απομακρυσμένων περιοχών, πολίτες που ανήκουν στις Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες και σε πολίτες με γλωσσικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.*

Η απώλεια των θέσεων εργασίας που κατείχαν μέχρι πρότινος οι πολίτες και που αναπόφευκτα οδήγησε και στην απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης για μεγάλο μερίδιο του πληθυσμού από κοινού με τη συρρίκνωση των υπηρεσιών και την αυξανόμενη γεωγραφική απομόνωση των κατοίκων δυσπρόσιτων και νησιωτικών περιοχών λόγω μείωσης της τακτικότητας των δρομολογίων έφερε σε δυσχερή θέση την ήδη μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, ευπαθείς κοινωνικά ομάδες όπως είναι οι ρομά, οι εκδιδόμενες γυναίκες, οι χρήστες ναρκωτικών και οι μετανάστες αλλά και άτομα με πολιτισμικές ή/και γλωσσικές ιδιαιτερότητες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Έτσι,

είναι πλέον μεγάλη ανάγκη το σύστημα υγείας να αντιμετωπίσει τα νέα δεδομένα δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην υιοθέτηση νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών και καινοτόμων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας που αξιοποιούν στο έπακρο τις νέες τεχνολογίες και επικοινωνιών<sup>50</sup>.

#### **4.3 Εφαρμογή του προγράμματος δράσης για την υγεία στην Ελλάδα**

Όπως διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου Υγείας, οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν σχεδόν το 80% των προϋπολογισμών υγειονομικής περίθαλψης. Για το έτος 2010 οι δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη, αντιπροσώπευαν σχεδόν το 15% του συνόλου των δαπανών της κυβέρνησης. Στη δεκαετία πριν από την κρίση, ήταν μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες δαπάνες για τις κυβερνήσεις σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη, ξεπερνώντας σημαντικά την όποια αύξηση του ΑΕΠ. Ωστόσο, οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα αναμένεται να αυξηθούν κατά το ένα τρίτο έως το 2060 λόγω κυρίως της επιταχυνόμενης γήρανσης του πληθυσμού<sup>51</sup>. Παρατηρούμε λοιπόν πως οι δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών υγείας αποσπούσαν ένα μεγάλο χρηματικό ποσό από τους προϋπολογισμούς των κρατών, ποσό που πρόκειται να αυξηθεί κατά πολύ εξαιτίας των ραγδαία αυξανόμενων ποσοστών της γήρανσης του πληθυσμού.

Οι στρατηγικές προτεραιότητες που απετέλεσαν τον άξονα προσδιορισμού της ανάπτυξης της Ελλάδας για τον Τομέα της Υγείας έγιναν έχοντας λάβει υπόψη τους τις αντίστοιχες κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και τις ιδιαίτερα σοβαρές συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που διέρχεται η χώρα. Ιδιαίτερη

---

<sup>50</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 4-6

<sup>51</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 21



έμφαση δόθηκε στις προκλήσεις που τίθενται προκειμένου να επιτευχθεί μια ριζική αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έτσι όπως καθορίζονται από ένα περιβάλλον αυξημένων κοινωνικών αναγκών αλλά και δημοσιονομικών περιορισμών.

Όπως διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου, οι σχετικές Ευρωπαϊκές κατευθύνσεις αποτυπώνονται με σαφήνεια στο Έγγραφο Εργασίας των Υπηρεσιών της Επιτροπής «Επενδύοντας στην Υγεία» και περιλαμβάνονται στη Δέση Μέτρων για τις Κοινωνικές Επενδύσεις, η οποία εγκρίθηκε στις 20 Φεβρουαρίου 2013 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή [Commission Staff Working Document “ Investing in Health”, Brussels, 20.2.2013 SWD(2013) 43 final]. Το Ευρωπαϊκό πλαίσιο αναδεικνύει τον ρόλο της υγείας ως αναπόσπαστου μέρους της στρατηγικής «Ευρώπη 2020», ορίζοντας στρατηγικές προτεραιότητες και αντίστοιχες επενδυτικές κατευθύνσεις σε τρεις διακριτούς Άξονες:

*Άξονας I: «Εξυπνες Επενδύσεις για Βιώσιμα Συστήματα Υγείας»*

*Άξονας II: «Επενδύοντας στην Υγεία των Πολιτών»*

*Άξονας III: «Επενδύοντας στην Αμβλυνση των Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας»<sup>52</sup>.*

Στην Ελλάδα το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με άλλα υπουργεία και υπό το συνολικό συντονισμό του Γραφείου του Πρωθυπουργού που είναι αρμόδιο για την τεχνική βοήθεια που λαμβάνει η χώρα υλοποιεί από το Σεπτέμβριο του 2012 την Πρωτοβουλία “Health in Action” η οποία στοχεύει στην χάραξη μιας συγκεκριμένης δομής, διαδικασιών και εργαλείων που απαιτούνται έτσι ώστε να υπάρξει μια αποτελεσματική διαχείριση των μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ. Στο πλαίσιο δράσεων του Health in Action αναπτύσσονται Οδικοί Χάρτες και αναλυτικά Σχέδια Δράσης για τις επιμέρους διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που θα εφαρμοσθούν στον

<sup>52</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 22



*Τομέα Υγείας και παρέχονται συστάσεις για τη συνολική διαδικασία μεταρρύθμισης, προκειμένου αυτή να διευκολύνει την επίτευξη των στόχων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής για την Ελλάδα και των Μνημονίων Συνεργασίας που έχει συνάψει η χώρα, να βελτιώσει τον υφιστάμενο στρατηγικό/ αναπτυξιακό προγραμματισμό και να βελτιστοποιήσει τη χρήση αρχικά των πόρων του ΕΣΠΑ και στη συνέχεια του Συμφώνου Εταιρικής Σχέσης για την περίοδο 2014-2020<sup>53</sup>.*

#### **4.4 Η ελληνική εφαρμογή του προγράμματος δράσης**

Εκτός των όποιων κατευθύνσεων που εκπορεύονται από την προωθούμενη Ευρωπαϊκή Στρατηγική και των μεταρρυθμίσεων που σχεδιάζονται στο πλαίσιο της Πρωτοβουλίας Health in Action, το Υπουργείο Υγείας λαμβάνει υπόψη του και την υφιστάμενη κατάσταση του Τομέα Υγείας προκειμένου να πραγματοποιήσει τον Αναπτυξιακό Προγραμματισμό της επόμενης περιόδου. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω το Όραμα του Τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020 διατυπώνεται ως ακολούθως:

*Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εξασφαλίζοντας παράλληλα τη βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας για τις επόμενες γενεές<sup>54</sup>.*

Συνοπτικά λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως το όραμα του Υπουργείου Υγείας σχετικά με την παροχή της υγείας στη χώρα διακρίνεται από μια πολυλειτουργικότητα καθώς ευελπιστεί να πραγματοποιήσει τόσο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, όσο και την μείωση ή ακόμα και εξάλειψη των ανισοτήτων που

---

<sup>53</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 22

<sup>54</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 23

επικρατούν στον συγκεκριμένο τομέα, με απώτερο σκοπό τη διατήρηση ενός συστήματος υγείας που θα μπορεί να κληροδοτηθεί και στις επόμενες γενιές.

#### *4.4.1 Το ελληνικό σχέδιο δράσης για την υγεία*

Με βάση το όραμα του Υπουργείου Υγείας για τη νέα εποχή στην υγεία αλλά και έχοντας λάβει υπόψη τις αρχές και τις προτάσεις που έχουν συμπεριληφθεί στο κείμενο του ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης «Υγεία για την Ανάπτυξη» έχουν σχεδιαστεί ορισμένοι πυλώνες που υποστηρίζονται από συγκεκριμένους στρατηγικούς στόχους και τους οποίους θα παραθέσουμε στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου.

##### *4.4.1.1 Πυλώνας 1: Βιωσιμότητα του συστήματος υγείας*

Όπως διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου, η μεταρρύθμιση που θα τελεστεί στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα θα πραγματοποιήσει μια ολική αναδιάταξη μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας που εφαρμόζεται σήμερα σε εθνικό επίπεδο, και η οποία θα έχει στο επίκεντρό της τη βελτίωση της η σχέσης κόστους – αποτελέσματος. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι *οι επενδύσεις που θα πραγματοποιηθούν στον Τομέα με τη μορφή συγχρηματοδοτούμενων έργων, ή με άλλες μορφές, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από καινοτομία και έξυπνη εξειδίκευση, να διασφαλίζουν την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, την ορθολογική λειτουργία και διαχείριση των υπηρεσιών του Υπουργείου και των εποπτευόμενων Φορέων, την ανάπτυξη συστημάτων λογοδοσίας (συστημικής και ατομικής) κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πολίτη και τη συνεχή μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (κόστος σε σχέση με τα αποτελέσματα). Επίσης θα πρέπει να εξισορροπούν τις περιφερειακές ανισότητες λαμβάνοντας υπ όψη τις απομακρυσμένες περιοχές και την ιδιαίτερη νησιωτική κατανομή της*

χώρας<sup>55</sup>. Με λίγα λόγια, πρόκειται για ένα σχέδιο μεταρρύθμισης που στοχεύει στην εκ βάθρων αλλαγή της κατάστασης που επικρατεί αυτή τη στιγμή στην υγεία και το οποίο θα περατωθεί με την αρωγή που θα δείξουν τόσο οι δημόσιοι όσο και οι ιδιωτικοί φορείς.

Ο συγκεκριμένος πυλώνας του ελληνικού σχεδίου μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τον σχεδιασμό και την πραγμάτωση συγκεκριμένων δράσεων.

\* Αναφορικά με τη διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας προτείνεται:

1. η ενίσχυση συστημάτων προγραμματισμού, κατάρτισης προϋπολογισμών και παρακολούθησης της εκτέλεσής τους στην βάση του μοντέλου των κλειστών νοσηλίων από όλες τις Μονάδες Υγείας, τόσο στην περιφέρεια της χώρας όσο και στα κεντρικά της σημεία. Ο στόχος αυτός μπορεί να πραγματοποιηθεί με την εφαρμογή μιας σειράς από υποχρεωτικές ενέργειες όπως είναι η πλήρης εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος και η ηλεκτρονική κεντρική παρακολούθηση της εκτέλεσης των προϋπολογισμών.

2. Η ενίσχυση των συστημάτων και των διαδικασιών για την πραγματοποίηση εσωτερικών ελέγχων, κυρίως μέσω της ενίσχυσης των υφιστάμενων διαδικασιών που ισχύουν, αλλά και μέσα από τη σοβαρή ισχυροποίηση της λειτουργίας εσωτερικού ελέγχου σε όλα τα διοικητικά επίπεδα.

3. Η εισαγωγή σύγχρονων διαδικασιών αναφορικά με τις προμήθειες αλλά και η αναγωγή τους σε μια κεντρική υπηρεσία. Ο στόχος αυτός μπορεί να γίνει πραγματικότητα μέσα από την ενίσχυση και την τυποποίηση των διαδικασιών προμηθειών τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο αλλά και μέσα από την περιφερειακή κεντροποίηση προμηθειών των νοσοκομείων, τον έλεγχο της συμβατότητας προμηθειών με εγκεκριμένους για αυτό το σκοπό προϋπολογισμούς, την εισαγωγή συστημάτων που θα ελέγχουν τις

---

<sup>55</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 23

ηλεκτρονικές προμήθειες, θα παρακολουθούν τις τιμές, θα διαχειρίζονται τις αποθήκες και γενικότερα θα εκσυγχρονίσουν εκσυγχρονισμός την εφοδιαστική αλυσίδα και των έλεγχου των αναλώσεων και των αποθεμάτων.

4. Η εισαγωγή νέων βιώσιμων μεθόδων τιμολόγησης και αποζημίωσης των Φαρμάκων, μέθοδος που θα επιφέρει την πλήρη ενσωμάτωση των σχετικών ευρωπαϊκών οδηγιών που έχουν σχεδιαστεί για αυτό το θέμα και την αξιοποίηση των κατευθύνσεων και των συμπερασμάτων που έχουν εξαχθεί από ευρωπαϊκές αξιολογήσεις τεχνολογιών υγείας. Επιπλέον, επιθυμείται ο προσδιορισμός των σχετικών ευθυνών και των αρμοδιοτήτων αναφορικά με την τιμολόγηση, η ενίσχυση του ανταγωνισμού που πρέπει να λαμβάνει χώρα κατά την προμήθεια φαρμάκων, έτσι ώστε να ωφελείται το σύστημα υγείας, ο εκσυγχρονισμός του τρόπου συγκρότησης και εφαρμογής της λίστας φαρμάκων προκειμένου να υπάρξει αναθεώρηση των επιπέδων συμμετοχής και του τρόπου εφαρμογής για εξειδικευμένα ακριβά φάρμακα αλλά και ο εξορθολογισμός των περιθωρίων κέρδους όσων συμμετέχουν στην αλυσίδα διανομής των φαρμάκων από κοινού με την επανεξέταση των όρων συνεργασίας ανάμεσα στις φαρμακευτικές βιομηχανίες και τους επαγγελματίες υγείας.

5. Η δημιουργία μέτρων που στόχο έχουν τον έλεγχο και συνάμα τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Ειδικότερα επιθυμείται η εισαγωγή μέτρων για τον περιορισμό της πολυφαρμακίας και πιο συγκεκριμένα της αλόγιστης χρήσης αντιβιοτικών από τους πολίτες, η εισαγωγή μηχανισμών τιμολόγησης που θα ευνοούν τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων έναντι των γνησίων, η διασφάλιση της ορθής συνταγογράφησης και η ενημέρωση των ασθενών, του προσωπικού και των φορέων ασφάλισης για την ορθολογική χρήση φαρμάκων<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 23-24

\* Αναφορικά με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και των αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προτείνεται:

1. ο προσδιορισμός της εθνικής στρατηγικής που θα διασφαλίζει την υγείας και θα ενδυναμώνει τους φορείς της και κυρίως τον ΕΟΠΥΥ. Ειδικότερα, προτείνεται η ανάπτυξη συγκεκριμένης στρατηγικής πρότασης μαζί με τον προσδιορισμό του ρόλου του ΕΟΠΥΥ στην προσπάθεια δημιουργίας ενός βιώσιμου συστήματος ασφάλισης υγείας. Επιπλέον, προτείνεται ο προσδιορισμός του καλυπτόμενου πληθυσμού και των προσφερόμενων πακέτων κάλυψης υγείας, χωρίς να υπάρχει εξαίρεση του τρόπου και του επιπέδου κάλυψης των ανασφάλιστων ατόμων. Επιδιώκεται η διαμόρφωση σχέσεων μεταξύ όλων των ασφαλιστικών ταμείων και του τρόπου χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ καθώς επίσης και η εφαρμογή αποτελεσματικού μοντέλου λειτουργίας, οικονομικής διαχείρισης, οργάνωσης, ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΟΠΥΥ από κοινού με την ανάπτυξη του απαιτούμενου πληροφοριακού συστήματος. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί και στις λειτουργίες διαχείρισης των καθυστερούμενων εισφορών καθώς στη σύναψη και διαχείριση συμβάσεων με νοσοκομεία, ιατρούς και λοιπούς παρόχους υγείας. Τέλος, επιδιώκεται και η εισαγωγή συστήματος που έργο του θα είναι η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ.
2. Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας με απώτερο σκοπό τον περιορισμό της προσφυγής σε εξειδικευμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί εάν επέλθει μια κάποιου είδους βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών στην πρωτοβάθμια υγεία, κάτι που μπορεί να γίνει μέσω της αναδιάταξης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε αντιστοιχία με τη ζήτησή τους και με στόχο τη διασφάλιση της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης των πολιτών σε αυτές. Επιπλέον, επιθυμείται η παροχή ολοκληρωμένων και αποτελεσματικών υπηρεσιών



αναφορικά με τον τομέα της ψυχικής υγείας, καθώς και υπηρεσιών παροχής κατ' οίκον φροντίδας. Προωθείται επίσης η εισαγωγή του θεσμού των ιατρών Γενικής Ιατρικής καθώς επίσης και συστήματος παραπομπών προς αυτούς έτσι ώστε να επιβαρύνονται λιγότερο τα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και οι κλινικές των νοσοκομείων αλλά και η βελτίωση της συνεργασίας ανάμεσα στις πρωτοβάθμιες μονάδες, τις μονάδες παροχής κατ' οίκον φροντίδας και στις δευτεροβάθμιες μονάδες.

3. Η βελτίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης μέσα από την εισαγωγή και την καθιέρωση σύγχρονων λειτουργικών μοντέλων στα νοσοκομεία καθώς επίσης και την αξιολόγηση των εφαρμοζόμενων διαδικασιών. Προτείνεται επίσης η εφαρμογή πιλοτικών συγχωνεύσεων ανάμεσα στις εργαστηριακές και τις διοικητικές μονάδες νοσοκομείων που βρίσκονται σε κοντινή απόσταση μεταξύ τους αλλά και η εφαρμογή της αξιολόγησης της απόδοσης των μονάδων του ΕΣΥ βάσει προκαθορισμένων στόχων.
4. Η εισαγωγή μεθόδων για την αποζημίωση των μονάδων υγείας βασισμένες στο κόστος ή στην παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών. Συγκεκριμένα προτείνεται η εισαγωγή κοστολόγησης βάσει των δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα στις μονάδες υγείας. Παράλληλα, επιδιώκεται η επιλογή ενός σύγχρονου δυναμικού συστήματος DRGs με στόχο την αναμόρφωση των ΚΕΝ, η πλήρης θεσμική κατοχύρωση του συστήματος βάσει νομοθετικού πλαισίου και συναφών κανονισμών αλλά και ο αναλυτικός προσδιορισμός του τρόπου και των ρόλων ευθύνης εφαρμογής του. Τέλος, επιθυμείται η ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλης μεθοδολογίας για την κοστολόγηση των νέων προϊόντων, ενώ η υποστήριξη της εφαρμογής του μπορεί να γίνει από ανάλογα πληροφοριακά συστήματα και εφαρμογές. Η δε εφαρμογή της μεθόδου των αποζημιώσεων πρέπει να γίνει με τρόπο που να επιβραβεύει την εξοικονόμηση σπάνιων πόρων.
5. Η ανάπτυξη και εισαγωγή συστημάτων που να πιστοποιούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο στα νοσοκομεία



όσο και στις μονάδες που υπηρετούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

6. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή κατάλληλου συστήματος που θα προβαίνει στη μέτρηση και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μονάδων του τομέα υγείας.
7. Η ανάπτυξη κατάλληλων συστημάτων λογοδοσίας τόσο συστημικής όσο και ατομικής κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη<sup>57</sup>.
- 8.

\* Αναφορικά με τον ψηφιακό εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας και την προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας συνιστάται:

\*

1. Η εισαγωγή συστημάτων και διαδικασιών “Ηλεκτρονικής Υγείας” για την υποστήριξη ενός πλήρους κύκλου πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και διαχείρισης σε σχέση με θέματα υγείας και ευρύτερα θέματα τρόπου ζωής. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η προμήθεια και εγκατάσταση: α) πληροφοριακών συστημάτων νοσοκομείων που να εξασφαλίζουν την απαιτούμενη διαλειτουργικότητα τόσο μεταξύ τους όσο και με τα άλλα πληροφοριακά συστήματα που υπάγονται στον τομέα της υγείας, β) βελτιωμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με σίγουρη χρηματοδότηση, αποτελεσματική διοίκηση, ασφάλεια στη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτό, ενίσχυση των διαδικασιών και ρόλων ελέγχου της λειτουργίας του και θεσμική κατοχύρωση αυτού και των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών του, γ) συστημάτων που θα υποστηρίζουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, δ) συστημάτων τηλεϊατρικής, ε) υπηρεσιών υποστήριξης δημιουργίας ατομικού ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, στ) συστημάτων πληροφόρησης των ανθρώπων που κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας, ζ) ατομικών ενδυτά και φορητά επικοινωνούντων συστημάτων για την

<sup>57</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 24-25

παρακολούθηση και τη στήριξη των ασθενών, η) συστήματα τηλεφροντίδας και θ) συστημάτων εκσυγχρονισμού και δημιουργίας μητρώων.

2. Η ανάπτυξη ηλεκτρονικών δημοπρασιών προϊόντων υγείας<sup>58</sup>.

\* Αναφορικά με την **αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του τομέα υγείας** προτείνεται:

1. η βελτίωση της ισόρροπης κατανομής του προσωπικού που εντάσσεται στους βασικούς επαγγελματικούς κλάδους και ειδικότητες καθώς και στην περιφερειακή κατανομή-σύνδεση με τον προγραμματισμό στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα. Επιπλέον, προτείνεται η ενθάρρυνση της επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού, η εισαγωγή μη οικονομικού χαρακτήρα κινήτρων όπως είναι οι συνθήκες εργασίας και ο σχεδιασμός της μελλοντικής καριέρας, η αναλυτική αποτύπωση και παρακολούθηση όλων των κατηγοριών ανθρώπινων πόρων του υγειονομικού τομέα με τη χρήση βάσης δεδομένων για την υποστήριξη του ετήσιου και του μακροπρόθεσμου προγραμματισμού της απασχόλησής του αναφορικά προς τις ανάγκες που δημιουργούνται. Υποστηρίζεται επίσης η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου για το προσωπικό που εργάζεται στο ΕΣΥ με ψηφιοποίηση του ήδη υπάρχοντος αρχείου καθώς επίσης και η συγκέντρωση των απαιτούμενων πληθυσμιακών, επιδημιολογικών και άλλων δεδομένων που θα υποστηρίξουν τον προγραμματισμό από την πλευρά της ζήτησης.
2. Η ανάπτυξη πολιτικών και μεθοδολογιών αξιολόγησης που θα αξιολογούν το ιατρικό προσωπικό αλλά και όλο το προσωπικό που εργάζεται στον τομέα της υγείας.
3. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση συγκεκριμένων και στοχευμένων προγραμμάτων για την εκπαίδευση του προσωπικού σε επιστημονικά αντικείμενα συναφή με το εργασιακό τους

<sup>58</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 25-26

ενδιαφέρον, στις νέες διαδικασίες και τα συστήματα λειτουργίας, στις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις κλπ καθώς και σε εξειδικευμένα προγράμματα εξατομικευμένης θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης<sup>59</sup>.

\* Αναφορικά με τη βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του τομέα υγείας συνίσταται:

1. η στήριξη της ενεργειακής απόδοσης και της χρήσης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας από τις μονάδες υγείας προκειμένου να υπάρξει όσο το δυνατόν πιο μειωμένη χρήση των συμβατικών μορφών ενέργειας και κατ' επέκταση μικρότερο κόστος για το κράτος.
2. Η προώθηση της συμπαραγωγής ηλεκτρισμού και θερμότητας υψηλής απόδοσης στα νοσοκομεία ως εναλλακτικού τρόπου χρήσης ενέργειας.
3. Η αποτελεσματική διαχείριση των μολυσματικών αποβλήτων προκειμένου να υπάρξει όσο το δυνατόν μικρότερη περιβαλλοντική επιβάρυνση.
4. Η αποτελεσματική διαχείριση των ραδιενεργών ρύπων νοσοκομείων για τους ίδιους προαναφερθέντες λόγους<sup>60</sup>.

\* Αναφορικά με τη βελτίωση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας προτείνεται:

1. η διασυνοριακή συνεργασία της χώρας τόσο με άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και με άλλες χώρες που επιδιώκουν τη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας.

---

<sup>59</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 26

<sup>60</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 26-27

2. Η επιδημιολογική επιτήρηση για την αποφυγή και την πρόληψη τυχόν διασυνοριακά μεταδιδόμενων νοσημάτων από κοινού με άλλες χώρες.
3. Η ανάπτυξη και εδραίωση του τουρισμού υγείας. Η δράση αυτή θα απευθύνεται κυρίως σε πολίτες κρατών όπου τα ιδιωτικά έξοδα για την παροχή υπηρεσιών υγείας θα είναι ιδιαιτέρως υψηλά. Σκοπός είναι η καθιέρωση της χώρας σαν ενός κράτους που προσφέρει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας με χαμηλό ή μέτριο κόστος για τον λήπτη τους<sup>61</sup>.

#### 4.4.1.2 *Πυλώνας 2: Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο*

Είναι κοινή αποδεκτή άποψη το γεγονός πως η επένδυση στην υγεία θεωρείται, ακόμα αν αυτό εκφραστεί με στενά οικονομικούς όρους, ως μια παραγωγική δαπάνη που προάγει την οικονομική μεγέθυνση, λόγω της θετικής επίδρασης που αυτή ασκεί στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής. Ταυτόχρονα, η βελτίωση του περιβάλλοντος και της υγιεινής που ενυπάρχει στο χώρο εργασίας αλλά και η έγκαιρη επένδυση στον τομέα της πρόληψης περισσότερο από τον τομέα της θεραπείας βοηθάει τον πληθυσμό να διατηρείται υγιής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ενώ συνάμα περιορίζει πιθανές μελλοντικές δαπάνες θεραπείας από ασθένειες ενώ θα πρέπει να αναφερθεί και η συμβολή που παρατηρείται τόσο στον περιορισμό του κόστους συντήρησης του συστήματος όσο και στην ανάπτυξη αυτού.

Όπως διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου Υγείας, ένας από τους πολλούς στόχους του για την αναδιαμόρφωση του συγκεκριμένου τομέα αποτελεί και η προώθηση της ανάπτυξης και παρακολούθησης του Δείκτη Προστασίας Υγείας του Πληθυσμού (Health Safety Net). Όπως αναφέρεται στο κείμενο, *με σειρά δεικτών που θα αναδεικνύουν τους αναδόμενους ή/και*

---

<sup>61</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 27

επικρατέστερους κινδύνους υγείας για το σύνολο του πληθυσμού ή συγκεκριμένες ομάδες, το Υπουργείο θα είναι σε θέση να αναπτύξει πολιτικές αντιμετώπισης των κινδύνων, πρόληψης καθώς και σχεδιασμού και εφαρμογής θεραπευτικών μεθόδων ανάλογα με την περίπτωση. Στόχος είναι η διατήρηση της υγείας των πολιτών σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο που θα επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή του στον παραγωγικό και κοινωνικό ιστό της χώρας<sup>62</sup>. Με λίγα λόγια, ο κρατικός μηχανισμός πλέον αναλαμβάνει ενεργό ρόλο και στον τομέα της διατήρησης της υγείας των πολιτών, λαμβάνοντας συνεχώς στοιχεία μέσω διάφορων δεικτών για την κατάσταση που επικρατεί στο συγκεκριμένο πεδίο, κάτι που θα ενισχύσει την προσπάθειά του στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πρακτικών και πολιτικών για τη βελτίωσή του.

Για την επιτέλεση του προαναφερθέντος έργου γενικότερα και των προκαθορισμένων στόχων και σκοπών αυτού ειδικότερα, τα αρμόδια όργανα έχουν σχεδιάσει και επιδιώκουν την εφαρμογή ορισμένων γενικών στρατηγικών πλαισίων, τα οποία θα οδηγήσουν στην πραγμάτωση του πυλώνα για τον οποίο έχουν δημιουργηθεί. Τα πλαίσια αυτά αφορούν:

- \* **την ενίσχυση της απασχολησιμότητας και την αύξηση του ενεργού πληθυσμού**

Το συγκεκριμένο πλαίσιο δράσης μπορεί να επιτελεστεί μέσω:

1. της εισαγωγής κατάλληλων μέτρων βελτίωσης του περιβάλλοντος εργασίας και του περιορισμού των εργατικών ατυχημάτων. Σκοπός αυτής της δράσης είναι να δημιουργήσει τις προδιαγραφές που θα εξασφαλίζουν ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας για τους εργαζόμενους και κατά συνέπεια τη διατήρηση σε χαμηλό επίπεδο

---

<sup>62</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 27

των προβλεπόμενων κόστεων για παροχή υπηρεσιών υγείας μετά από περιστατικό σε χώρο εργασίας.

2. Της ανάπτυξης ειδικών προγραμμάτων διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και της πολυνοσηρότητας όπως είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης ή η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Με αυτό τον τρόπο θα υπάρξει καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών από τα προαναφερθέντα ή παρεμφερή χρόνια νοσήματα, ενώ το σύστημα υγείας θα διακρίνεται πλέον και για την ευελιξία του στην αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων<sup>63</sup>.

**\* Τη βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία**

Η πραγμάτωση του συγκεκριμένου πλαισίου μπορεί να γίνει μέσα από μια σειρά στοχευμένων δράσεων όπως είναι:

1. η διεξαγωγή ειδικών εκστρατειών ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού αναφορικά με σημαντικούς κινδύνους που μπορεί να βλάψουν την υγεία. Επιπλέον, μπορεί να πραγματοποιηθεί ένας γενικός σχεδιασμός και εφαρμογή μέτρων για την αποτροπή βλαβερών συνηθειών, όπως είναι το κάπνισμα. Μπορεί επίσης να γίνει και η υλοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων για την αναγνώριση των κινδύνων μέσα από την προώθηση των πολιτικών που προστατεύουν την υγεία σε τομείς όπως η παιδεία και η εργασία καθώς και μέσω του συντονισμού της δράσης φορέων κοινωνικής πολιτικής που δραστηριοποιούνται στους παραπάνω τομείς.
2. Η έγκαιρη πρόγνωση των κινδύνων στους οποίους μπορεί να τεθεί η υγεία προκειμένου να υπάρξει κατάλληλος προγραμματισμός και συγχρονισμός των οργάνων υγείας για την αντιμετώπισή τους αλλά

---

<sup>63</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 27-28



και ενημέρωση των πολιτών για τις δυνητικές επιπτώσεις τους στην υγεία τους.

3. Η ανάπτυξη προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για μείζονα νοσήματα. Με αυτό τον τρόπο η τυχόν ανάπτυξη και εξάπλωση νοσημάτων θα σταματήσει ή θα περιοριστεί στα πρώτα στάδια της εξάπλωσής τους, με αποτέλεσμα να υπάρξουν μηδαμινά ή ελάχιστα ποσοστά προσβολής επί του συνολικού πληθυσμού.
4. Η ανάπτυξη προγραμμάτων διαχείρισης επιπτώσεων από περιβαλλοντικούς κινδύνους στην ποιότητα των πόσιμων υδάτων, στο υπέδαφος και στον ατμοσφαιρικό αέρα. Η δράση αυτή στοχεύει στον περιορισμό των επιπτώσεων που θα υποστούν τα οικοσυστήματα από περιβαλλοντικούς κινδύνους, και κατά συνέπεια ο ίδιος ο άνθρωπος<sup>64</sup>.

#### \* Την προώθηση της ψυχικής υγείας

Για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου προτείνονται δράσεις που σχετίζονται με:

1. την οργάνωση, υποστήριξη και εφαρμογή της τομεοποίησης. Με αυτό τον τρόπο θα αποφορτιστεί σε μεγάλο βαθμό ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας ενώ οι πολίτες θα μπορούν να απευθύνονται σε συγκεκριμένο τομέα για την κάλυψη των αναγκών τους, εξυπηρετούμενοι καθ' αυτό τον τρόπο σε καλύτερο επίπεδο.
2. Την αναδιαμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό της οργάνωσης, της διοίκησης, του συντονισμού, της παρακολούθησης και της αξιολόγησης του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εν συντομία προτείνεται η επανασύσταση του συνόλου του κλάδου προκειμένου να ανελιχθεί σε ένα πιο ευέλικτο σχήμα που θα βολεύει τόσο τους εργαζόμενους στο συγκεκριμένο κλάδο όσο και τους ασθενείς.

---

<sup>64</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 28

3. Τη διαμόρφωση ενός ενιαίου οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τις λοιπές κοινοτικές δομές. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται ο καλύτερος και αποδοτικότερος έλεγχος των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η σύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ακόμα μια πρόταση που κινείται στην ίδια κατεύθυνση.
4. Την ανάπτυξη ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία και δημιουργία μετανοσοκομειακών ξενώνων σε επιλεγμένες περιοχές προκειμένου να υπάρξει καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, απεμπλοκή των ψυχιατρικών ιδρυμάτων λόγω του μεγάλου αριθμού ασθενών που καλούνται να εξυπηρετήσουν αλλά και πρόνοια για την μετέπειτα πορεία των ψυχικά ασθενών που ακολουθεί τη θεραπεία και την ένταξή τους στην κοινωνία.
5. Την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους.
6. Την ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας σε τομείς ψυχικής υγείας που υστερούν ή είναι ανεπαρκείς σε σχέση με τους πιο ανεπτυγμένους τομείς.
7. Την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες θα είναι ενσωματωμένες σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως είναι τα Κέντρα Υγείας, τα Πολυιατρεία και ο ΕΟΠΥΥ ή εναλλακτικά τη δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας.
8. Την ανάπτυξη του θεσμού των *Φιλοξενουσών Οικογενειών* ως προσπάθεια επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία.
9. Την ανάπτυξη και εφαρμογή κριτηρίων αξιολόγησης του αποκαταστασιακού έργου που παρέχουν οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
10. Τη διασφάλιση της βιωσιμότητας για τις νέες δομές ψυχικής υγείας και αποκατάστασης που μπορεί να επιτευχθεί με την αναδιάρθρωση και τον εκσυγχρονισμό του χάρτη των υπηρεσιών.
11. Τη θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών.

12. Την προώθηση της κοινωνικής οικονομίας και των κοινωνικών επιχειρήσεων μέσα από την ανάπτυξη νέων Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης και την ενίσχυση των υφιστάμενων από κοινού με την ανάπτυξη εναλλακτικών τρόπων απασχόλησης και επαγγελματικής αποκατάστασης όσων είναι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
13. Την ανάπτυξη υποστηρικτικών παρεμβάσεων που θα έχουν επίκεντρό τους τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων.
14. Την ανάπτυξη και παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεδομένων των νέων αναδυόμενων αναγκών καθώς και τη δημιουργία εξειδικευμένων δομών για σχετικά σύγχρονες νόσους, όπως είναι το Αλτσχάιμερ ή ο αυτισμός.
15. Τη συνεργασία με το Υπουργείο Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων με σκοπό την αναδιαμόρφωση των ζητημάτων δικαστικής ψυχιατρικής και δικαστικής προστασίας των ψυχικά πασχόντων αλλά και την ανάπτυξη σχετικών μονάδων ψυχικής υγείας<sup>65</sup>.

**\* Την αξιοποίηση προϊόντων έρευνας του συστήματος υγείας για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και τη θεραπεία νοσημάτων.**

Όπως αναφέρεται στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου, ο στόχος αυτός μπορεί να υλοποιηθεί μέσα από την *προτυποποίηση και εφαρμογή (spin off) των αποτελεσμάτων της έρευνας που υλοποιείται εντός του συστήματος υγείας και αφορά σε προηγμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και ιατροτεχνολογικά προϊόντα, με στόχο την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου, τη σταθεροποίηση της*

---

<sup>65</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 28-29

εξέλιξης ή τη θεραπεία ασθενειών και επομένως την προάσπιση και τη βελτίωση της υγείας των πολιτών<sup>66</sup>.

#### 4.4.1.3 Πυλώνας 3: Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα υγείας

Όπως διαβάζουμε στο κείμενο θέσεων του Υπουργείου για την δράση στον τομέα της υγείας, υπάρχει σε μεγάλο βαθμό η πεποίθηση πως οι πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και πολλές από όσες χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες ομάδες», έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας κυρίως των δυσχερέστερων συνθηκών ζωής τους και των σοβαρών εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που συναντούν<sup>67</sup>. Για όλους αυτούς τους λόγους η επένδυση για την άμβλυνση των ανισοτήτων που παρουσιάζονται στον τομέα της υγείας είναι αναγκαία και μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την εφαρμογή συγκεκριμένων δράσεων. Οι δράσεις αυτές αφορούν:

**\* Επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας και οι οποίες μπορούν να πάρουν μορφή:**

1. με την ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών με αντικείμενό τους τη διαχείριση του πόνου, τη λειτουργία τους ως μονάδων τεχνητού νεφρού ή ως κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας, ως Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας καθώς και λοιπών εξειδικευμένων δομών στις περιοχές που δεν υπάρχουν.
2. Με την επέκταση και την αναβάθμιση υφιστάμενων δομών και υποδομών.

---

<sup>66</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 29

<sup>67</sup> Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 30

\* **Την αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για την διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.** Για την επίτευξη αυτού του στόχου μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

1. η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής
2. Η ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων Τηλεφροντίδας

\* **Την ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών, ενέργεια που μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω:**

1. της ανάπτυξης νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας όπως είναι η φροντίδα κατ' οίκον με στόχο τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας των οικονομικά ασθενέστερων αλλά και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων αλλά και για την αντιμετώπιση τυχόν γλωσσικών και πολιτισμικών ανισοτήτων. Η στελέχωση των μοντέλων αυτών μπορεί να γίνει είτε στα πρότυπα του εθελοντικού κινήματος είτε μέσω εναλλακτικών τρόπων χρηματοδότησης.
2. Της διαμόρφωσης ενός πακέτου κάλυψης ευπαθών κοινωνικών ομάδων που θα σχεδιαστεί και θα παρασχεθεί από τον ΕΟΠΥΥ σε όσους έχουν ανάγκη βοήθειας.
3. Της ενίσχυση του ρόλου του ασθενούς στη διαχείριση της υγείας του και την υιοθέτηση ασθενοκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου ο ασθενής θα είναι στο επίκεντρο της παροχής υπηρεσιών υγείας.

\* **Την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων με:**

1. τη διαμόρφωση παρεμβάσεων προληπτικής ιατρικής στην παιδική υγεία με ιδιαίτερη στόχευση προς τα παιδιά ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων.

2. Την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας, διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, προσυμπτωματικού ελέγχου, εμβολιασμών, προγεννητικού ελέγχου κλπ σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού (ΕΚΟ) που αποδεδειγμένα αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού-οικονομικού αποκλεισμού.
3. Την ανάπτυξη δράσεων κοινωνικής ευαισθητοποίησης του προσωπικού του τομέα υγείας με στόχο την εξάλειψη των διακρίσεων κατά την παροχή υπηρεσιών σε ΕΚΟ<sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup> βλ. Υπουργείο Υγείας (2013), ό.π., σελ. 31



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Η υγεία στην Ελλάδα με το πρόγραμμα δράσης

### 5.1 Αντί εισαγωγής

Από το 2008 η Ελλάδα βρίσκεται στο μάτι του μεγάλου κυκλώνα της χρηματοπιστωτικής κρίσης που αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες που έχουν καταγραφεί στην παγκόσμια οικονομία και που μπορεί να συγκριθεί μονάχα με το μεγάλο κραχ του 1929, όταν και τότε, ορμώμενη από την Αμερική, μια παρόμοια ύφεση είχε πλήξει τις τότε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Πέρα από τα οποία προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί σε όλους τους τομείς και που οι κοινωνικές δομές των χωρών που έχουν επηρεαστεί καλούνται να αντιμετωπίσουν, η οικονομική κρίση έχει επιφέρει σοβαρά προβλήματα και στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, ενώ ταυτόχρονα απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει το κόστος λειτουργίας των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες ανά την Ευρώπη και τον κόσμο χαρακτηρίζεται από μια ιδιομορφία, καθώς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εργασία και την ασφάλιση του εργαζόμενου σε κάποιον φορέα. Μόνον οι εργαζόμενοι, και κατ' επέκταση ασφαλισμένοι σε κάποιον οργανισμό μπορούν να χαιρούν της πρόσβασης σε υπηρεσίες παροχής υγείας. Οι υπόλοιποι χάνουν το δικαίωμα πρόσβασης στη δημόσια δωρεάν υγεία και θα πρέπει να καταφύγουν σε ιδιωτικούς φορείς για την κάλυψη των τυχόν αναγκών τους. Έχοντας λοιπόν υπόψη πως απασχόληση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι δύο έννοιες αλληλένδετες μεταξύ τους, πρέπει να θεωρήσουμε

αυταπόδεικτο πως η απουσία της πρώτης σημαίνει αυτόματα και την απώλεια πρόσβασης στην δεύτερη.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας η ανεργία στην Ελλάδα το 2008 – στην αρχή της κρίσης - ανήλθε στο ποσοστό του 7,1%, το 2009 στο ποσοστό του 9%, το 2010 στο ποσοστό του 12,2% ενώ το 2011 ανήλθε στο 18,4% για να κλείσει το 2012 στο ποσοστό του 23,6%.<sup>69</sup> Παρατηρούμε λοιπόν μια συνεχώς αυξανόμενη πορεία του δείκτη της ανεργίας, κάτι που μας επιτρέπει να εικάσουμε πως και τα ποσοστά των ανασφάλιστων ατόμων έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αν δεχθούμε δε ως δεδομένη την προαναφερθείσα συνθήκη περί σύνδεσης εργασίας και παροχής υγείας, τότε καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως στις μέρες μας μία μεγάλη μερίδα του πληθυσμού στερείται του αναφαίρετου δικαιώματος στην πρόσβαση στην υγεία, κάτι που έχει επιφέρει τεράστιες συνέπειες στο κοινωνικό σύνολο αλλά αποτελεί ταυτόχρονα και ένα επιπρόσθετο βάρος στην οικονομία της χώρας, η οποία πλέον καλείται να μεριμνήσει για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης.

Φαίνεται λοιπόν πως τόσο η οικονομική κρίση όσο και τα απότοκά της έχουν δημιουργήσει ένα δυσχερές κλίμα σε όλο το εύρος της πολιτικής των κρατών που τα υφίστανται, χωρίς ο κλάδος της υγείας να αποτελεί εξαίρεση σε όλο αυτό το σκηνικό. Όπως διαβάζουμε στον Ρομπόλη (2013) *η οικονομική κρίση και ύφεση, η αύξηση της ανεργίας, η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, το δημόσιο έλλειμμα και το δημόσιο χρέος, η μείωση της απασχόλησης και η απομείωση των ομολόγων του ελληνικού δημοσίου κατά 50%, περισφίγγουν δυσμενώς, παρά*

<sup>69</sup>[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101\\_SJO02\\_DT\\_MM\\_08\\_2011\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO02_DT_MM_08_2011_01_F_GR.pdf). ανακτήθηκε την 25/04/2014. και

[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS\\_IN\\_NUMBERS\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS_IN_NUMBERS_GR.pdf). ανακτήθηκε την 25/04/2014.

τις διακηρύξεις «θωράκισης» του κοινωνικού κράτους, την οικονομική κατάσταση των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα και στα άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.<sup>70</sup> Με λίγα λόγια, η οικονομική κρίση έχει περιορίσει τη δράση του κοινωνικού κράτους, μιας μορφής διακυβέρνησης που καθήκον της είναι να στέκεται δίπλα στον πολίτη και να του παρέχει όλα όσα του χρειάζεται για τη διαβίωσή του.

## 5.2 Τα χαρακτηριστικά της υγείας στην Ελλάδα

Από τα παραπάνω γραφόμενα του Ρομπόλη και θέλοντας να εστιάσουμε αποκλειστικά και μόνο στον τομέα της υγείας στη χώρα μας, μιας και το θέμα της μελέτης μας είναι άμεσα συνδεδεμένο με αυτόν, θα θέλαμε να κρατήσουμε δύο σημαντικά στοιχεία. Το πρώτο είναι η σύνδεση της οικονομικής κρίσης με την υγεία. Έχει ήδη αναφερθεί και αναλυθεί ως ένα βαθμό στην προηγούμενη ενότητα το γεγονός ότι η οικονομική κατάσταση μιας χώρας έχει άμεσο αντίκτυπο στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και αυτό γιατί το κράτος αποτελεί τον άμεσο χρηματοδότη του και από εκείνο εξαρτάται άμεσα η διαβίωσή του. Επομένως, ο αναγνώστης θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του την αντιστοιχία ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες, αν θέλει να κατανοήσει εις βάθος τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Το δεύτερο στοιχείο στο οποίο πρέπει να σταθούμε είναι η επίδραση των στοιχείων της γήρανσης του πληθυσμού και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής στη λειτουργία του συστήματος υγείας μιας χώρας. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν κατά βάση αρνητικούς παράγοντες για τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την εφαρμογή των αρχών πάνω στα οποία έχει δομηθεί ένα σύστημα υγείας και αυτό γιατί τα δύο αυτά πληθυσμιακά χαρακτηριστικά

---

<sup>70</sup> Ρομπόλης, Σ. (2013), «Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος» στο *Κοινωνική πολιτική*, τευχ. 1, σελ. 8

αναγκάζουν το σύστημα υγείας να αναπροσαρμόσει την όλη χάραξη που έχει πραγματοποιήσει στην αρχή της λειτουργίας του και να συμπεριλάβει εκ νέου στον προγραμματισμό του αυτές τις ιδιαιτερότητες. Επιπλέον, η παρουσία τους έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού, από τον οποίο εξαρτάται άμεσα η εφαρμογή της πολιτικής της υγείας, καθώς πρέπει να δαπανηθεί ένα αρκετά μεγάλο τμήμα των χρημάτων για την κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν αναπόφευκτα εξαιτίας αυτών.

Αναμφισβήτητα η δημόσια υγεία είναι ένα από τα θύματα της οικονομικής κρίσης. Όπως διαβάζουμε στους Σίσκου κ.ά. (2008) το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως «μεικτό». Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα έχει σχεδιαστεί σύμφωνα με το πρότυπο Beveridge<sup>71</sup>, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και εξωνοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck<sup>72</sup> μέσω των 39 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Αυτή, ωστόσο, αποτελεί μια σχηματική περιγραφή, η οποία δεν απεικονίζει πλήρως την πραγματική κατάσταση.<sup>73</sup> Παρατηρούμε λοιπόν πως το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από ενός είδους πολυπλοκότητα τόσο στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών από τους αντίστοιχους φορείς όσο και στο επίπεδο

<sup>71</sup> σημ. Το σύστημα υγείας τύπου Beveridge είναι εκείνο κατά το οποίο η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους.

<sup>72</sup> σημ. Το σύστημα υγείας τύπου Bismarck είναι εκείνο κατά το οποίο κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι).

<sup>73</sup> Σίσκου, Ο. – Καϊτελίδου, Δ. – Θεοδώρου, Μ. – Λιαρόπουλος, Α. (2008), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο» στο *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), σελ. 664

ζήτησης υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία που έχουν αναλάβει το ρόλο της κάλυψης των πολιτών σε αυτό τον τομέα.

Ποιες όμως είναι οι συνέπειες που επέφερε η κρίση ειδικά στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας; Διαβάζουμε και πάλι στους Σίσκου κ.ά. πως η υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ, σε συνδυασμό με τα οργανωτικά του προβλήματα, έχουν υπονομεύσει το δημόσιο σύστημα προσφοράς. Την ίδια ώρα, η λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης μέσω των 39 ταμείων υγείας οδηγεί σε χαμηλή αποδοτικότητα, από την πλευρά της ζήτησης.<sup>74</sup> Από την έρευνα που έκαναν οι προαναφερθέντες για το συγκεκριμένο ζήτημα προέκυψε ότι οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά τις συναλλαγές τους με τα δημόσια ταμεία λόγω των περίπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών, των καθυστερήσεων στην καταβολή των αποζημιώσεων και των ασαφειών αναφορικά με τις παρεχόμενες καλύψεις.<sup>75</sup> Πέρα λοιπόν από τα όποια προβλήματα που επέρχονται εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, σημαντικό είναι και το ζήτημα της περίπλοκης γραφειοκρατικής διαδικασίας που δεν επιτρέπει στους ασφαλισμένους την άμεση επιστροφή των χρημάτων που έχουν προκαταβάλει για την θεραπεία τους.

### 5.3 Η υγεία στην Ελλάδα της κρίσης

Η κατάσταση στον τομέα της υγείας μετά και το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης μπορεί να χαρακτηριστεί, χωρίς κανενός είδους υπερβολή, ως ασθενική. Όπως διαβάζουμε στη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2013), η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων στην περίοδο μετά το 2010 έχει εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας,

<sup>74</sup> Σίσκου, Ο. κ.ά., ό.π., σελ. 669

<sup>75</sup> Σίσκου, Ο. κ.ά., ό.π.



η οποία επιτείνεται και εξαιτίας της μείωσης της ιδιωτικής δαπάνης. Η κατάρρευση αυτού του μηχανισμού και η ύπαρξη «πλεονάζουσας» ζήτησης έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό μέρος αυτής να μην βρίσκει ανταπόκριση, κυρίως σε ευπαθή στρώματα του πληθυσμού.<sup>76</sup> Με λίγα λόγια, αν και υπάρχει μια στροφή των πολιτών στη λήψη υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς, το κράτος δεν μπορεί πλέον να προσφέρει υπηρεσίες ανάλογες προς τη διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση για αυτές λόγω της έλλειψης χρημάτων που αντιμετωπίζει.

Η θέση αυτή που διατυπώνεται από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας βρίσκει σύμφωνους τους Κυριόπουλο και Τσιάντου (2010). Αναφέρουν χαρακτηριστικά πως τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πόλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία*, Αθήνα, ανάκτηση από τον ιστότοπο

[http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf), ανακτήθηκε την 25/04/2014.

<sup>77</sup> Κυριόπουλος, Γ. –Τσιάντου, Β. (2010), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη» στο *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5), σελ. 837



Παράλληλα πιστεύουν πως στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Για το λόγο αυτό πιστεύουν ότι η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών. Η δυσανεμία των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.<sup>78</sup> Έτσι, για μια ακόμη φορά, φαίνεται πως οι δημόσιοι πάροχοι υγείας δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση που έχουν οι υπηρεσίες τους αλλά και να αντιμετωπίσουν τα εσωτερικά προβλήματα από τα οποία μαστίζονται και που υποβαθμίζουν σε μεγάλο βαθμό το ρόλο τους στην κοινωνία.

Ενδιαφέρουσα είναι και η προσέγγιση του Ρομπόλη γενικότερα πάνω στο θέμα οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος. Συγκεκριμένα, παρατηρεί την αναγκαιότητα αλλαγής της μονομερούς και αναποτελεσματικής (ηλικία συνταξιοδότησης, προσδόκιμο όριο ζωής) διαχειριστικής προσέγγισης επαρκών και οικονομικά βιώσιμων συστημάτων κοινωνικής πολιτικής<sup>79</sup> και αυτό γιατί οι συγκεκριμένοι παράγοντες δεν θα πρέπει να λογαριάζονται ως αυτοί που μπορούν να φέρουν από μόνοι τους ένα σύστημα υγείας σε αδιέξοδο, λειτουργώντας ως εμπόδιο κατά την εφαρμογή των αρχών του. Είναι η γενικότερη αδυναμία του συστήματος να

<sup>78</sup> Κυριόπουλος, Γ. –Τσιάντου, Β. (2010), ό.π., σελ. 837

<sup>79</sup> Ρομπόλης, Σ. (2013), ό.π., σελ. 5

αποδεχθεί τις συνεχώς μεταβαλλόμενες καταστάσεις της κοινωνίας και να προσαρμοστεί σε αυτές.

Και συνεχίζει ο μελετητής λέγοντας πως Ως εκ τούτου, θεωρούμε ότι η διαχειριστική και περιοριστική προσέγγιση, αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις πολύπλευρες διαστάσεις της μακροχρόνιας οικονομικής βιωσιμότητας και κοινωνικής αποτελεσματικότητας του κοινωνικού κράτους. [...] Το πρόβλημα, κατά την γνώμη μας, είναι η δυναμική της ανάπτυξης, το μέγεθος της απασχόλησης και η αναδιανομή του εισοδήματος. [...] Έτσι, οι εφαρμοζόμενες πολιτικές από το 1990 και μετά αποστέρησαν το κοινωνικό κράτος στις χώρες της Ε.Ε. από νέους πόρους παρά την συρρίκνωση των κοινωνικών και συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων, χωρίς να καταστεί δυνατή, όπως εξήγγειλε η εφαρμοζόμενη περιοριστική πολιτική νεοκλασικής έμπνευσης, η αντιμετώπιση του διαρθρωτικού προβλήματος του κοινωνικού κράτους, το οποίο συνίσταται στην αποκατάσταση του ρόλου του, του περιεχομένου του, της λειτουργίας του, της χρηματοδότησής του και των στόχων του.<sup>80</sup> Εν ολίγοις, όπως αντιλαμβανόμαστε από τις παρατηρήσεις του Ρομπόλη, το όλο σύστημα του κοινωνικού κράτους έχει εξαρχής δομηθεί πάνω σε λανθασμένες βάσεις, καθώς δεν έλαβε υπόψη του συγκεκριμένα στοιχεία που, μπορεί κατά τη στιγμή σχεδιασμού του να μην ήταν αναγκαία η συμπερίληψή τους, εντούτοις όμως έπρεπε να προβλεφθούν σε περίπτωση μελλοντικής εμφάνισής τους. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που, κατά τον ερευνητή, η χώρα μας έχασε ένα μεγάλο ποσοστό από τα κονδύλια και τις χρηματοδοτήσεις των ευρωπαϊκών της εταίρων που θα τη βοηθούσαν σημαντικά στη χάραξη μιας σωστής κοινωνικής πολιτικής ανάλογη με εκείνη των υπόλοιπων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

---

<sup>80</sup> Ρομπόλης, Σ. (2013), ό.π., σελ. 5

Στον τομέα των υποδομών η υγεία έχει δεχθεί επίσης σημαντικά πλήγματα καθώς αρκετοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας και φορείς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχουν καταργηθεί / συγχωνευθεί ή πρόκειται να καταργηθούν/συγχωνευθούν με μονάδες αντίστοιχου προς αυτές αντικειμένου. Αποτέλεσμα αυτού είναι η περιφέρεια, σε μεγαλύτερο βαθμό από τις κεντρικές περιοχές, να αντιμετωπίζει προβλήματα πρόσβασης στις μονάδες υγείας και κατά συνέπεια στην περίθαλψη. Ταυτόχρονα, η αδυναμία του κράτους να ανανεώσει τις συμβάσεις του μη μόνιμου προσωπικού, το πάγωμα των προσλήψεων αλλά και η μη δυνατότητα του κράτους να ανταποκριθεί σε μεγάλο βαθμό στις οικονομικές απαιτήσεις που είναι αναγκαίες για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας έχει οδηγήσει τον συγκεκριμένο τομέα σε μια διογκωμένη ανεπάρκεια προσωπικού και σε μια γενικότερη δυσλειτουργία.<sup>81</sup>

Σημαντική απόρροια της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας είναι και η αναγκαστική χρήση γενόσημων φαρμάκων από τους ασθενείς έτσι ώστε να υπάρξει μείωση του κόστους θεραπείας τους. Κατά τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) *γενόσημο προϊόν είναι ένα φαρμακευτικό προϊόν που παρασκευάζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι ίδιο με ήδη εγκεκριμένο προϊόν (το πρωτότυπο προϊόν/φάρμακο ή προϊόν αναφοράς) και είναι ασφαλές και αποτελεσματικό. Το γενόσημο προϊόν περιέχει την ίδια δραστική ουσία, όπως το προϊόν αναφοράς, σε ίδια ποσότητα, γι' αυτό και είναι θεραπευτικά ισοδύναμο με το πρωτότυπο.*<sup>82</sup> Πρόκειται λοιπόν για χρήση αντίγραφων φαρμάκων της πατέντας εκείνων που θεωρούνται από τους εθνικούς

---

<sup>81</sup>βλ. Καράτζιου, Ντ., «Κακούργημα το κλείσιμο δημόσιων νοσοκομείων» στην εφημ. *Ελευθεροτυπία*, ημερομηνία δημοσίευσης 30/6/2013, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=372043>, ανακτήθηκε την 25/04/2014.

<sup>82</sup> Για λεπτομέρειες σχετικά με τη χρήση γενόσημων φαρμάκων επισκεφθείτε την ιστοσελίδα <http://ekstrateia.eof.gr/>, ανακτήθηκε την 25/04/2014.

οργανισμούς φαρμάκων κάθε χώρας ως πρωτότυπα. Με τη χρήση αυτών των τύπων φαρμάκων το Υπουργείο Υγείας υπολογίζει τη μείωση του κόστους θεραπείας τουλάχιστον στο μισό σε σύγκριση με τη δαπάνη που θα έπρεπε να γίνει με τη χρήση πρωτότυπων φαρμάκων. Η εν λόγω τακτική έχει δημιουργήσει αντιδράσεις στο χώρο της υγείας γενικότερα καθώς τόσο οι γιατροί όσο και οι πολίτες κάνουν λόγο για εκπτώσεις στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που μπορούν να επιφέρουν σοβαρά προβλήματα στην υγεία των ασθενών παρά τις όποιες εγγυήσεις που δίνουν οι ιθύνοντες του τομέα της υγείας στη χώρα μας.<sup>83</sup>

#### 5.4 Υγεία στην Ελλάδα και Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης

Σε προηγούμενα κεφάλαια αυτής της εργασίας έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης και ανάλυσης ενός νέου στρατηγικού πλαισίου δράσης για την υγεία που φέρει τον γενικό τίτλο «Υγεία για την Ανάπτυξη». Το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία, όπως είναι ευρέως γνωστό, στοχεύει στον καθορισμό νέων προοπτικών για την υγεία, η οποία πλέον μπαίνει σε νέες διαστάσεις. Εναρμονίζεται με τις επιταγές της σύγχρονης εποχής, στην οποία ο άνθρωπος αποτελεί την βασική προτεραιότητα και προτείνει δράσεις για την διατήρηση της καλής του κατάστασης υγείας αλλά και για την πρόληψη νοσημάτων. Ταυτόχρονα όμως, προσαρμόζεται και στα νέα δεδομένα που έχουν προκύψει εξαιτίας της εμφάνισης της χρηματοπιστωτικής κρίσης και των επιπτώσεων αυτής σε βάρος των εθνικών οικονομιών των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

---

<sup>83</sup> βλ. Μπουλουτζά, Π., «ΕΟΦ: Τα γενόσημα είναι ασφαλή», άρθρο στην εφημερίδα *Καθημερινή*, ημερομηνία δημοσίευσης 29/02/2012, ανάκτηση από την ιστοσελίδα <http://www.kathimerini.gr/451675/article/epikairothta/ellada/eof-ta-genoshma-einai-asfalh>. ανακτήθηκε την 25/04/2014.

Η Ελλάδα εκπόνησε ένα δικό της πλάνο δράσης για την αναμόρφωση και την επικαιροποίηση του σχεδιασμού που ίσχυε μέχρι πρότινος στον τομέα της υγείας και το οποίο παρουσιάσαμε εκτεταμένα σε αντίστοιχο κεφάλαιο της μελέτης μας. Το θέμα όμως δεν είναι μονάχα η θεωρητική αναθεώρηση ενός υπάρχοντος πλάνου που μέχρι στιγμής – κατά γενική ομολογία – δεν απέδωσε όσο έπρεπε και δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες των οργάνων που το σχεδίασαν. Το ζήτημα είναι αν, ακόμα και οι δράσεις που περιλαμβάνονται στο επικαιροποιημένο πρόγραμμα για την υγεία μπορούν να εφαρμοστούν στην πράξη.

Μερικά από τα στοιχεία που περιέχονται στο ελληνικό πρόγραμμα δράσης για την υγεία είχαν σχεδιαστεί κατά το παρελθόν, αρκετά πριν το χρονικό πλαίσιο που αναφέρεται και στον ευρωπαϊκό σχεδιασμό (2014-2020). Όπως βρίσκουμε στον Οικονόμου (2012) η πρόταση για την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο ελληνικό σύστημα υγείας θεσπίστηκε ήδη από το 2010 με το νόμο 3892/2010 σχετικά με την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Όπως αναφέρει ο μελετητής *σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, όλοι οι ιατροί που έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή ή είναι συμβεβλημένοι με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι ιατροί των δημόσιων δομών υγείας, οι φαρμακοποιοί που λειτουργούν φαρμακείο και είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων υποχρεούνται να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*<sup>84</sup>. Ωστόσο, αν και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι υποχρεωτική και θεσμοθετημένη δια νόμου εδώ και πολύ καιρό, μόλις πρόσφατα κατάφερε να εδραιωθεί ως απαραίτητη προϋπόθεση λειτουργίας του συστήματος υγείας της

---

<sup>84</sup> Οικονόμου, Χ. (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, σελ. 98



Ελλάδας, αποδεικνύοντας πως η χώρα έχει μειωμένα αντανακλαστικά όσον αφορά την εισαγωγή νέων πρακτικών στους ήδη υπάρχοντες μηχανισμούς της.

Αντιδράσεις έχουν σημειωθεί αναφορικά με την πρόθεση του Υπουργείου να μειώσει κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις φαρμακευτικές δαπάνες, οι οποίες αποτυπώνονται στον ηλεκτρονικό τύπο. Όπως τονίζουν όσοι δραστηριοποιούνται στον τομέα του φαρμάκου, η επιθυμία για περιορισμό των χρηματικών ποσών που διατίθενται από το κράτος για την κάλυψη των φαρμακευτικών δαπανών μπορεί να επιφέρει μια επικείμενη ανθρωπιστική κρίση καθώς ενέχει τον κίνδυνο ελλείψεων φαρμάκων από την αγορά και κατά συνέπεια τον κίνδυνο αποδόμησης της δημόσιας Υγείας. Για την υποστήριξη αυτής της άποψης παρατίθεται και μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας σύμφωνα με την οποία:

- το 60% των χρονίως πασχόντων αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας,
- οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης την τριετία 2011-13,
- οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 50% τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επίσης την τριετία 2011-13,
- το επίπεδο αυτοεκτίμησης της υγείας των χρονίως πασχόντων έχει μειωθεί κατά 60% από το 2012<sup>85</sup>.

Αντιδράσεις έχουν σημειωθεί και σχετικά με τη χρήση γενόσημων φαρμάκων αντί των πρωτοτύπων. Όπως σημειώνεται στον ηλεκτρονικό τύπο παρά τις διευκρινίσεις που έχουν δοθεί από τον

---

<sup>85</sup> βλ. Μπιμπή, Μ. (2013), «'Καμπανάκι' για τις ελλείψεις φαρμάκων από τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης», δημοσίευση στις 14/11/2013 στον ιστότοπο <http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1231273415>, ανακτήθηκε την 25/04/2014.



Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των γενοσήμων φαρμάκων, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (ΙΣΑ) δεν εγκρίνει τη χορήγηση γενοσήμων φαρμάκων καθώς τη χαρακτηρίζει επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία αλλά και υποβάθμιση της φαρμακευτικής περίθαλψης, την νομοθετική ρύθμιση του υπουργείου Υγείας, με την οποία προβλέπεται η συνταγογράφηση των φαρμάκων με τη δραστική ουσία και η επιλογή των φθηνότερων - στην αγορά- σκευασμάτων από τον φαρμακοποιό<sup>86</sup>.

Παρατηρούμε λοιπόν πως ορισμένα από τα κύρια σημεία του ελληνικού προγράμματος δράσης για την υγεία έχουν υπάρξει και κατά το παρελθόν αντικείμενα διαπραγμάτευσης και επικείμενης εισαγωγής στο σύστημα υγείας της χώρας. Επιπλέον, η στάση συγκεκριμένων φορέων που πρόσκεινται στον κλάδο της υγείας αναφορικά με τα προαναφερθέντα σημεία προτού αυτά ενταχθούν στο γενικότερο πλαίσιο αναμόρφωσης της υγείας δεν μας προϊδεάζει θετικά για την επιτυχή εφαρμογή του σχεδίου δράσης. Σε γενικές γραμμές λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως οι όποιες μεταρρυθμίσεις που σχεδιάζονται για να γίνουν στον τομέα της υγείας δεν έχουν βρει θετική ανταπόκριση από τα αρμόδια όργανα. Ωστόσο, είναι πολύ νωρίς ακόμα για να κρίνουμε αν όντως το Τρίτο Πρόγραμμα Δράσης για την Υγεία μπορεί να εφαρμοστεί απαρέγκλιτα και σύμφωνα με τις αρχές που το διαπνέουν.

---

<sup>86</sup> Άγνωστου συγγραφέα (2012), «Γενόσημα φάρμακα: τι είναι και γιατί έχουν γίνει αιτία πολέμου», δημοσίευση στις 21/2/2012, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1231182845>. ανακτήθηκε την 25/04/2014.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη συγκεκριμένη εργασία έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης του Τρίτου Προγράμματος Δράσης για την Υγεία, έτσι όπως αυτό έχει εκπονηθεί από την αρμόδια επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης και φέρει τον γενικό τίτλο «Υγεία για την Ανάπτυξη». Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση του σχεδίου δράσης, όπως αυτό περιέχεται στο κείμενο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και μια ανάλυση των αρχών, των σκοπών και των στόχων που εμπεριέχονται σε αυτό προκειμένου να υπάρξει μια ενιαία πολιτική για την υγεία ανάμεσα στα μέλη της ευρωπαϊκής κοινότητας. Παρουσιάστηκε επίσης και η προσαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος δράσης, έτσι όπως αυτή συντελέστηκε από τις ελληνικές αρχές που έχουν ως αρμοδιότητά τους τον τομέα της υγείας αλλά και μια έκθεση γενικότερου προβληματισμού σχετιζόμενη με την κατάσταση που επικρατεί στην υγεία αυτή την εποχή.

Από τη μελέτη μας διαπιστώσαμε πως η χάραξη μιας ενιαίας ευρωπαϊκής πολιτικής για την μεταρρύθμιση στην υγεία μόνο θετικά θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί, και αυτό γιατί δίνει στους ευρωπαίους εταίρους μια κοινή βάση διαπραγμάτευσης πάνω στο συγκεκριμένο θέμα από την οποία μπορούν να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα για την περαιτέρω ανάπτυξη του συγκεκριμένου κλάδου. Από την άλλη πλευρά όμως, δεν είναι εφικτή μια ολική υιοθέτηση και προσαρμογή των προτάσεων που περιλαμβάνονται εντός του σχεδίου δράσης από τις χώρες-μέλη της Ένωσης, δεδομένων των διαφορετικών καταστασιακών συγκυριών που ισχύουν σε εθνικό επίπεδο και που δεν γνωρίζουμε αν επιτρέπουν ή όχι την πλήρη ενσωμάτωση των αρχών του σχεδίου στα δικά τους συστήματα υγείας.

Ξεχωριστό κεφάλαιο αποτέλεσε η έκθεση του ελληνικού κειμένου θέσεων για το σχέδιο δράσης, έτσι όπως αυτό εκπονήθηκε από το

Υπουργείο Υγείας. Κατά την εξέταση των προτάσεων που εμπεριέχονται στο κείμενο θέσεων διαπιστώσαμε αρκετές καινοτομίες που μπορούν να δικαιολογήσουν μια ενδεχόμενη μεταρρύθμιση στον κλάδο της υγείας. Παρ' όλα αυτά όμως δεν μπορούμε να είμαστε ούτε απολύτως σίγουροι αλλά ούτε και απόλυτα αισιόδοξοι ως προς την πλήρη υλοποίηση των προτάσεων του κειμένου. Δυστυχώς, η κατάσταση που επικρατεί τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο στη χώρα δεν επιτρέπει πολλές ριζικές τομές σε κανένα πεδίο διακυβέρνησης λόγω των περιορισμένων πόρων που μπορούν να διατεθούν για αυτό το σκοπό. Ωστόσο, αντιδράσεις έχουν προκληθεί στην προσπάθεια εφαρμογής ορισμένων δράσεων που υπάγονται στο πρόγραμμα δράσης σε προγενέστερο χρόνο, κάτι που μας κάνει να είμαστε σε μεγάλο βαθμό επιφυλακτικοί ως προς την επιτυχή εφαρμογή αυτού.

Τέλος, δεν θα θέλαμε να είμαστε απόλυτοι αναφορικά με την υλοποίηση του σχεδίου δράσης για την υγεία σε ελληνικό πλαίσιο. Από την ανάγνωση και μόνο του κειμένου θέσεων, μπορεί κανείς να διαπιστώσει πως πρόκειται για ένα φιλόδοξο σχέδιο που, αν καταφέρει να πραγματοποιηθεί, θα σημάνει μια νέα εποχή στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας στην χώρα. Παρά όμως τις όποιες φιλοδοξίες του, το σχέδιο έρχεται να αλλάξει τα πράγματα σε μια δύσκολη εποχή όπου οι χρηματοοικονομικοί πόροι είναι αρκετά περιορισμένοι με αποτέλεσμα να είναι αμφίβολη η όποια ολοκληρωμένη εφαρμογή του.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Άγνωστου συγγραφέα (2012), «Γενόσημα φάρμακα: τι είναι και γιατί έχουν γίνει αιτία πολέμου», δημοσίευση στις 21/2/2012

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία*, Αθήνα

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007), *Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013*

Ευρωπαϊκή Ένωση (2010), *Ενοποιημένες Συνθήκες. Χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>1</sup>), *Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών. Ένας προϋπολογισμός για την «Ευρώπη 2020». Μέρος 2<sup>ο</sup>: Δελτία Πολιτικής.*, Βρυξέλλες

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011<sup>2</sup>), *Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τη θέσπιση του προγράμματος «Υγεία για την Ανάπτυξη» του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020*, Βρυξέλλες

Καράτζιου, Ντ., «Κακούργημα το κλείσιμο δημόσιων νοσοκομείων» στην εφημ. *Ελευθεροτυπία*, ημερομηνία δημοσίευσης 30/6/2013

Κυριόπουλος, Γ. –Τσιάντου, Β. (2010), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη» στο *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5)

Μπιμπή, Μ. (2013), «Καμπανάκι για τις ελλείψεις φαρμάκων από τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης», δημοσίευση στις 14/11/2013

Μπουλουτζά, Π., «ΕΟΦ: Τα γενόσημα είναι ασφαλή», άρθρο στην εφημερίδα *Καθημερινή*, ημερομηνία δημοσίευσης 29/02/2012

Οικονόμου, Χ. (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Ρομπόλης, Σ. (2013), «Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος» στο *Κοινωνική πολιτική*, τευχ. 1

Σίσκου, Ο. – Καϊτελίδου, Δ. – Θεοδώρου, Μ. – Λιαρόπουλος, Λ. (2008), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο» στο *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5)

Υπουργείο Υγείας (2013), *Υγεία 2014-2020. Πρόταση Υπουργείου Υγείας*, Αθήνα